



UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CARRERA DE ENFERMERÍA

“ACTITUD DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA FRENTE A LA PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES DE NIÑOS HOSPITALIZADOS”

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

Docente guía:

Luisa González Henríquez

Tesistas:

Mariela Alarcón Vargas - Eva Carrizo Vásquez

Claudia Cerda Flores - Andrés Contreras

Luis Saldivia Espinoza - Aída Romero Cerda

Claudia Valdebenito Arriagada



*“No hay nada imposible,
porque los sueños de ayer son las
esperanzas de hoy y pueden
convertirse en realidad
mañana...”*

AGRADECIMIENTOS

La realización de esta tesis no se podría haber logrado sin la ayuda de aquellos que hicieron posible concluir nuestra labor y llegar a nuestros tan anhelados objetivos.

En primer lugar agradecemos a Dios, por estar presente en nuestras vidas especialmente en los momentos más difíciles y darnos la oportunidad de desarrollar nuestra vocación.

A nuestros padres por el amor y el apoyo incondicional que nos han brindado, que en forma indirecta, pero no menos importante, han permitido que nosotros, sus hijos, logremos nuestros propósitos y las metas que nos hemos fijado como estudiantes y como personas.

A nuestras familias, parejas y amigos quienes han estado con nosotros a lo largo del camino, apoyándonos y acompañándonos en la realización de esta tesis, contribuyendo a nuestro crecimiento tanto personal como profesional.

A nuestra profesora guía, la señora Luisa González quien nos ha apoyado y orientado en el camino de la profesión y en el proceso completo de nuestra tesis.

A Fabián Catafau y Gonzalo Vargas, quienes aportaron sus conocimientos matemáticos, además de apoyarnos en gran parte del proceso.

Y al equipo de Enfermería de los servicios de Pediatría de los hospitales encuestados, agradecemos su disposición y colaboración para desarrollar nuestro estudio.



Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

ÍNDICE

Tesis Actitud del Equipo de Enfermería

ÍNDICE DE MATERIAS

Capítulo1: Introducción	Páginas
• Introducción	2
• Delimitación del problema	3
• Definición de términos	4
• Limitaciones del estudio	5
• Objetivos generales	6
• Objetivos específicos	7

Capítulo2: Marco Conceptual	Páginas
• Marco teórico	9
• El niño sano, su crecimiento y desarrollo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Recién nacido ○ Lactante ○ Pre-escolar. 	9
• Teorías del desarrollo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Teoría sociocultural de Vygotsky. ○ Teoría cognitiva de Piaget. ○ Teoría psicosocial de Erickson. ○ Teoría del desarrollo moral de Kohlberg. 	15
• Los padres en la formación del niño: <ul style="list-style-type: none"> ○ El apego 	28
• El niño enfermo y la hospitalización: <ul style="list-style-type: none"> ○ Factores estresantes de la hospitalización del niño. ○ Efectos de la hospitalización en el niño. 	31
• Características de un servicio pediátrico	37
• Rol del profesional de Enfermería en servicios de hospitalización Pediátrica	40
• Las actitudes	44
• Operacionalización de variables	52

Capítulo 3: Metodología		Páginas
•	Diseño de la investigación	59
•	Población en estudio y definición del universo.	60
•	Diseño muestral	60
•	Método de recolección de datos	60
•	Descripción del instrumento	61
•	Estudio de confiabilidad del instrumento	61
•	Criterios de análisis	62
•	Organización del trabajo en terreno	67
•	Criterios utilizados para el análisis de datos	67

Capítulo 4: Resultados, presentación gráficos y tablas		Páginas
Nº	Gráficos	
1. 1	“Distribución porcentual de Enfermeras y Paramédicos según Actitud en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”	69
1. 2	“Distribución porcentual de Enfermeras según rango de edad, que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”	70
1. 3	“Distribución porcentual de Paramédicos según rango de edad que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”	70
1. 4	“Distribución porcentual de Enfermeras según años de trabajo en Enfermería y Pediatría de los hospitales en estudio”	71
1. 5	“Distribución porcentual de paramédicos según años de trabajo en Enfermería y Pediatría de los hospitales en estudio”	72
1. 6	“Distribución porcentual de Enfermeras según Sobrecarga laboral que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”	73
1. 7	“Distribución porcentual de Paramédicos según Sobrecarga laboral que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”	73
1. 8	“Distribución porcentual de Enfermeras y Paramédicos según conocimiento en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”	74
1. 9	“Distribución porcentual de Enfermeras y Paramédicos según motivación en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”	74

Nº	Tablas	Páginas
1. 1	“Distribución porcentual de Enfermeras y Paramédicos según Actitud en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”	69
2. 1	“Actitud y su relación con la edad de las Enfermeras que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”	75
2. 2	“Actitud y su relación con la edad de los Paramédicos que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”	75
2. 3	“Actitud y su relación con los Años de trabajo en Enfermería de las Enfermeras que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”	76
2. 4	“Actitud y su relación con los Años de trabajo en Enfermería de los Paramédicos que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”	76
2. 5	“Actitud y su relación con los Años de trabajo en Pediatría de las Enfermeras que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”	77
2. 6	“Actitud y su relación con los Años de trabajo en Pediatría de los Paramédicos que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”	77
2. 7	“Actitud y su relación con la Sobrecarga laboral de las Enfermeras que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”	78
2. 8	“Actitud y su relación con la Sobrecarga laboral de los Paramédicos que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”	78
2. 9	“Actitud y su relación con el Conocimiento sobre hospitalización pediátrica de las Enfermeras que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”	79
2. 10	“Actitud y su relación con el Conocimiento sobre hospitalización pediátrica de los Paramédicos que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”	79
2. 11	“Actitud y su relación con la Motivación de las Enfermeras que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”	80
2. 12	“Actitud y su relación con la Motivación de los Paramédicos que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”	80

Capítulo 5:	Páginas
• Conclusiones	82
• Sugerencias	84
• Resumen	85
• Bibliografías	86
• Referencias bibliográficas	88
• Anexos: <ul style="list-style-type: none">○ Otros datos○ Gráficos relacionales○ Consentimiento informado○ Instructivo○ Instrumento	89

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN.

La hospitalización es para los niños un acontecimiento que trastorna su normal crecimiento y desarrollo, ya que implica la separación de las personas más significativas, como son sus padres o quien desempeñe dicho rol, además de su entorno habitual el cual los hace sentirse mas seguros.

En la antigüedad el cuidado de los enfermos era relegado a familiares o personas eclesiásticas; con el tiempo estos cuidados se fueron institucionalizando, pasando a ser responsabilidad exclusiva del personal de dichas instituciones, puesto que eran consideradas las únicas personas capacitadas en el cuidado del paciente y capaces de lograr la mejoría de éste, desplazando de esta forma a la familia por considerarse innecesaria.

Esta visión ha ido cambiando, ya que se ha demostrado el impacto positivo que da a los usuarios institucionalizados el contar con el apoyo y presencia de sus familiares más cercanos, como es el caso de los padres de los niños hospitalizados, es decir una visión más holística del ser humano, tal como han propuesto algunas teoristas como Virginia Henderson.

El Equipo que brinda el cuidado en las instituciones no sólo debe ser calificado de acuerdo a sus conocimientos, sino que también debe brindar seguridad psicológica, física y social a todos los niños hospitalizados, para que este proceso llegue a ser una experiencia positiva.

Al no existir apreciación constante de la actitud del Equipo de Enfermería, muy difícilmente se podrá implementar proyectos o reformas, incluso se verá dificultado el mantener una adecuada gestión de los cuidados de calidad en los servicios, denotando una actitud negativa respecto de la presencia de los familiares de los pacientes hospitalizados.

Considerando la gran importancia que para los niños tiene la participación de los padres en la hospitalización y no existiendo estudios de investigación que den cuenta de cómo es la actitud del Equipo de Enfermería, ante este aspecto tan relevante de la atención de la Enfermería pediátrica, es que se decidió realizar esta investigación en algunas de las instituciones de salud que tienen servicios pediátricos en la V región.



DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.

Actitud del Equipo de Enfermería frente a la participación de los padres de niños hospitalizados de 0 a 5 años y su relación con algunos factores biopsicosociales, en: Hospital Carlos Van Buren, Hospital Gustavo Fricke y Clínica Reñaca en Mayo del 2006.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

Actitud del Equipo de Enfermería	Conducta de aceptación o rechazo del Equipo de Enfermería frente a la participación de los padres de los niños hospitalizados.
Equipo de Enfermería	Se considera compuesto por Enfermera/o, Técnicos Paramédicos o de nivel superior y auxiliares de Enfermería.
Padres	Se considera padre o madre biológico, tutor legal, familiar o persona no consanguínea que se dedica al cuidado del niño.
Hospitalización	Permanencia de niños enfermos de ambos sexos de 0 a 5 años en recintos hospitalarios pediátricos por más de 24 hrs.
Factores biopsicosociales	En este estudio se considerarán: edad, tiempo de trabajo (general y en pediatría), sobrecarga laboral, conocimiento sobre hospitalización pediátrica, motivación que tienen los componentes del Equipo de Enfermería en la atención de los niños enfermos hospitalizados.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Etapa de diseño:

- Se encuentran escasas investigaciones con respecto al tema y material bibliográfico relacionado con el problema en estudio, especialmente con respecto a actitud y sobre el rol de Enfermería.
- Inexistencia de instrumentos específicos validados para medir actitud, lo cual nos limita a realizar la medición según el criterio del grupo y considerar actitud como positiva o negativa.
- Debido al retraso en la respuesta de las cartas de autorización para realizar el estudio en los establecimientos, se debió hacer cambios en la fecha programada para la aplicación del instrumento.

Etapa de ejecución:

- No existe colaboración por parte de algunos integrantes del Equipo de Enfermería, por falta de interés en la participación del estudio o debido a que no se encontraban en la institución al momento de la aplicación del instrumento.
- Debido a la rotación de trabajo de cada servicio en los cuales se realizó la encuesta, fue necesario tomar varios días consecutivos para abarcar todo el Equipo de Enfermería considerado en la planificación.

OBJETIVOS GENERALES.

- ❖ Identificar actitudes del Equipo de Enfermería de los servicios pediátricos en estudio, frente a la participación de los padres de niños hospitalizados en estos servicios.
- ❖ Describir factores biopsicosociales de los miembros del Equipo de Enfermería de los servicios pediátricos en estudio.
- ❖ Establecer si existe relación entre las actitudes del Equipo de Enfermería frente a la participación de los padres en la hospitalización de los niños de 0 a 5 años y los factores biopsicosociales presentes en los miembros de dicho Equipo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ❖ Identificar actitudes positivas y negativas del Equipo de Enfermería en los servicios pediátricos estudiados.

- ❖ Describir características biopsicosociales del Equipo de Enfermería, tales como:
 - Edad.
 - Tiempo de trabajo (general y en pediatría).
 - Sobrecarga laboral.
 - Conocimiento sobre hospitalización pediátrica.
 - Motivación del Equipo de Enfermería en la atención pediátrica.

- ❖ Establecer relación entre actitudes del Equipo de Enfermería y:
 - Edad.
 - Tiempo de trabajo (general y en pediatría).
 - Sobrecarga laboral.
 - Conocimiento sobre hospitalización pediátrica.
 - Motivación del Equipo de Enfermería en la atención pediátrica.

CAPÍTULO 2

MARCO CONCEPTUAL

MARCO TEORICO

EL NIÑO SANO, SU CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Recién Nacido: Esta etapa comprende desde el nacimiento hasta los 28 días.

El recién nacido es un ser absolutamente dependiente que tiene que adaptarse a muchos cambios fisiológicos, entre éstos, el más importante, es el cambio respiratorio, que en su vida intrauterina se realizaba a través de la circulación fetal.

Dentro de estas características tenemos las adaptaciones inmediatas a la vida extrauterina. Es una etapa de gran velocidad de crecimiento y desarrollo; ocurren muchos cambios fisiológicos complejos y muy importantes.

Los indicadores para conocer la evolución del recién nacido, son de crecimiento y de maduración. Los primeros: peso, talla, perímetro craneal, perímetro torácico y pliegues cutáneos. Y los segundos: desarrollo psicomotor, lenguaje y coordinación.

Según los sistemas, el gran cambio a nivel *respiratorio*, es el tipo de respiración, ya que en la vida intrauterina se realiza a través de la circulación y luego logran hacerlo en forma independiente, su frecuencia normal es de 40 a 60 respiraciones por minuto. A nivel *circulatorio*, los recién nacidos presentan una frecuencia cardíaca de 70 a 170 pulsaciones por minuto. Al igual que en la respiración ocurren grandes modificaciones fisiológicas, como el cierre de algunos conductos sanguíneos como el foramen oval, conducto arterioso y el conducto venoso, y que junto al comienzo de la respiración y el pinzamiento del cordón umbilical, lo que conlleva una diferencia de presiones y se invierte la circulación, lo que hace que la circulación pase de ser fetal a postnatal. Junto a estos cambios, el recién nacido, en cuanto a *termorregulación*, posee grasa parda que aumenta la producción de calor, el cual distribuye a través de la circulación, pero a la vez presenta muchas formas de perderlo, debido a que tiene una gran superficie corporal por lo que adopta una postura en flexión; además tienen una delgada capa de grasa subcutánea y no puede producir calosfríos o tiritar, por lo que en su defecto aumentan el metabolismo y consume más oxígeno.

El *Sistema Digestivo* del recién nacido posee la capacidad de digerir, absorber y metabolizar nutrientes, pero sus enzimas son insuficientes para metabolizar proteínas e hidratos de carbono simples. Debido a que no produce suficiente amilasa pancreática, no puede absorber grasas como las de la leche de vaca. La inmadurez del hígado puede producir ictericia fisiológica o hipoglicemias. La capacidad estomacal se limita a 90 ml.,

por lo que requiere de poca cantidad y alta frecuencia de alimentaciones. La importancia de conocer el funcionamiento de su sistema digestivo, se basa en la dependencia de éste para satisfacer la necesidad de alimentación, ya que es el adulto responsable quien decide cuál es el tipo de alimentación que brindará al niño.

El patrón de *eliminación intestinal* es rápido y con cambios progresivos como meconio durante las primeras 36 horas de vida, en el cual se elimina líquido amniótico y otras secreciones. Las deposiciones transicionales que aparecen al tercer día, son de color marrón verdoso a marrón amarillento, y las deposiciones de leche que comienzan a aparecer al cuarto día y tienen características diferentes según la alimentación del niño (pecho: amarillas a doradas; artificial: amarillo claro a marrón claro). En el *sistema urinario* la orina debe tener aspecto amarillo pálido y ser transparente, en cuanto a volumen el niño debería orinar unos 30 a 80 ml/Kg/24hrs. y su pH debe ser neutro. A esta edad hay incapacidad de concentrar y contener orina.

Nuevamente existe gran importancia en el conocimiento del patrón fisiológico del recién nacido, ya que de esto dependerá la cantidad de mudas que se le brindará, evitando así patologías de la piel.

En cuanto al *sistema inmunológico*, el recién nacido posee 3 barreras de defensa, la primera consta de la piel y mucosas; la segunda -de elementos celulares- se destaca por la respuesta inflamatoria de los tejidos para localizar las infecciones (es inmadura); la tercera barrera es la capacidad de formar anticuerpos específicos ante la exposición de agentes extraños. Por lo general coproducen sus propias gammaglobulinas, pero están protegidos gracias a la IgG que reciben de la circulación materna y de leche materna. Por lo que si la madre desarrolla anticuerpos frente a agentes patógenos, el niño se encontrará protegido.

Según las funciones sensoriales, éstas se encuentran bien desarrolladas y son muy importantes en el crecimiento y desarrollo, como también en el establecimiento de vínculos afectivos. El recién nacido en cuanto a la visión posee una estructura ocular completa, músculos inmaduros con poca habilidad para enfocar, puede ver a unos 20 a 30 cms y sus lagrimales no funcionan hasta la segunda a cuarta semana de edad. Respecto a la audición posee una agudeza similar a la de un adulto, reacciona ante sonidos altos con reflejo de alarma y a sonidos de baja frecuencia con disminución de la actividad motora y cese del llanto. En cuanto al tacto al mes responde a estímulos dolorosos en forma generalizada y al año puede localizar la zona del dolor. Siente el olor de la madre y el dulce de la leche materna.

El niño necesita actividades constantes que le den seguridad. También necesita estimulación que lo ayude a desarrollarse tanto en lo cognitivo, social, motriz y lenguaje, además de la parte afectiva en cada una de ellas; con presencia de objetos y personas que le proporcionen experiencias como contacto de piel a piel, tocarlo, masajearlo, palmaditas como demostración de cariño cuando está desnudo, mostrar colores vivos, figuras que se mueven para estimular la vista y el movimiento de la cabeza, y aprovechar la lactancia para mirarlo, acariciarlo y hablarle.

Los cuidados en el niño deben ser realizados con periodicidad y prolijidad, ya que depende de ellos para subsistir, algunos de ellos son aseo o baño; mudas, para que el niño se sienta cómodo, mantenga su piel sana y una buena higiene. Vestirlo adecuadamente, debido a que el niño tiene mayor movilidad, va a transpirar más y estará propenso a irritaciones, por lo que la ropa debe ser de algodón para que absorba la humedad. Es importante que sea holgado, para permitir movimientos libres. Se le debe cortar las uñas, para prevenir lesiones, rasguños e infecciones (cortar mientras duerme y alejado de su cara) y tomar todas las precauciones ambientales para prevenir accidentes, en relación con el adulto, ya que el niño al ser totalmente dependiente, se ve afectado por los riesgos de quien lo cuida. Los cuales pueden ser debido a una mala estructura de la casa. Algunos accidentes más comunes son caídas, quemaduras con líquidos calientes y asfixia por obstrucción de vía respiratoria con objetos pequeños o por aspiración de leche.

Lactante: Esta etapa comprende desde los 28 días hasta los 2 años de edad.

Es una etapa de gran velocidad de crecimiento y desarrollo, que a partir de los 6 meses comienza a disminuir, aumentando su capacidad de desarrollo motora y cognitiva.

Se mantienen los mismos indicadores de crecimiento y maduración, incluyendo a los de maduración el desarrollo dentario, óseo y sexual.

Según los sistemas, el *respiratorio* se caracteriza por una frecuencia respiratoria normal de 30 a 40 respiraciones por minuto. A medida que va creciendo ésta va disminuyendo. Su capacidad torácica es pequeña, tiene respiración de tipo abdominal, sus vías aéreas y pulmón tienen características de mayor congestión debido al pequeño diámetro de la laringe, tráquea y bronquios. Posee un cuello corto y actividad ciliar poco eficiente; hasta los 3 meses la respiración nasal es exclusiva, por lo que puede comenzar a respirar por la boca. El *sistema circulatorio* se caracteriza por una frecuencia cardíaca normal de 80 a 160 latidos por minuto. Aunque ya a los 6 meses alcanza un promedio de 120 latidos por minuto. En cuanto al *sistema Digestivo*: en la cavidad oral comienza la aparición de dientes (brote de los 2 incisivos inferiores) comienza a morder y masticar,

posee una mejor madurez del esfínter esofágico, por lo tanto disminuyen los reflujos y vómitos. A esta edad aumenta la musculatura masticatoria y desaparece el reflejo de protrusión. El vaciamiento gástrico es en 2 a 4 horas con tránsito intestinal completo. Las reservas de hierro duran hasta los 6 meses, a partir de aquí se deben entregar en la alimentación, la cual comienza a ser sólida (1 comida en el almuerzo y un postre).

Por otra parte, el niño se encuentra protegido *inmunológicamente* por las barreras mencionadas anteriormente y por la lactancia materna que contiene las defensas necesarias, por lo tanto debido al inicio de la comida en el niño de 6 meses, existe una transición alimentaria, estos alimentos nuevos para su organismo deben ser incorporados con lentitud y a tolerancia para adecuar su organismo a ellos.

El *sistema Urinario* se caracteriza por orina de aspecto amarillo pálido y transparente, en cuanto a volumen el niño debería orinar unos 30 a 80 ml./Kg. y su pH debe ser neutro. Entre los 18 a 24 meses de edad, los lactantes comienzan a aprender a controlar esfínteres, por lo que se recomienda sacar los pañales. Existe hidrolabilidad, debido al aumento de la relación superficie-volumen en los lactantes y a que tienen mayor metabolismo, o sea, el niño pierde más agua. Los genitales masculinos en el 90% de los niños nacen con los testículos en la bolsa escrotal, el glande se asoma y el prepucio se retrae.

Según los *órganos de los sentidos*, la visión se va desarrollando de a poco, a los 3 a 4 años verá más colores y a los 7 años logrará la madurez visual definitiva. El oído se va perfeccionando paulatinamente y se debe tener precaución con las infecciones de la laringe, ya que ésta se comunica con el oído medio a través de la trompa de Eustaquio que a esta edad se encuentra anatómicamente en posición horizontal. En cuanto a la parte sensorial, al mes responde a estímulos dolorosos en forma generalizada y al año puede localizar la zona de dolor.

Al igual que el recién nacido, el lactante requiere una estimulación permanente, al mudarlo se debe incentivar el movimiento, jugar; a partir de los 2 meses se debe semisentar, salir con él, repetir sonidos y compartir en familia, además dejarlo patear para que fortalezca los músculos de las piernas y brazos, acostar en prono para que levante la cabeza y el tronco con sus brazos, que toque y observe objetos y sus manos, para que fortalezca la coordinación visual y motora, darle la oportunidad de descubrir objetos escondidos, para despertar su curiosidad y mostrarle un espejo para que descubra su propia imagen.

Aún es un ser dependiente que requiere de los mismos cuidados que el recién nacido, variando en ciertas actividades que se pueden realizar al lactante, como aseos

más frecuentes, los que pueden ser día por medio y lavado de pelo 2 veces a la semana. Lavado de dientes a partir de la erupción de su primer diente para crear el hábito en el niño, sin pasta hasta que aprenda a escupir. Lavado de manos como la medida más importante para prevenir enfermedades. A partir de los 6 meses se les puede formar el hábito mojándoles sus manos. Se debe continuar con las medidas de prevención de accidentes del recién nacido, además se debe tomar en cuenta que el niño adquiere mayor destreza para realizar mayor cantidad de movimientos, por lo tanto son frecuentes las caídas, quemaduras con líquidos calientes y asfixia por obstrucción de vía respiratoria con objetos pequeños o por aspiración de leche o comida.

Pre Escolar: Esta etapa comprende desde los 2 años, 11 meses y 29 días, hasta los 4 años de edad.

Es una etapa más relajada para los padres en el sentido de la independencia del niño, pero a la vez requiere de mayor supervisión debido a que exploran el ambiente, tienen mayor movimiento, por lo que están más propensos a caídas. Comienzan a desarrollarse más en el aspecto social y cognitivo, por lo que ponen en aprietos a sus padres, ya que preguntan e inventan muchas cosas.

Su ritmo de crecimiento es más lento y desacelerado, es más estabilizante.

Proporcionalmente el niño crece más en peso que en estatura, tienen el abdomen menos prominente, comienza el alargamiento del tronco, brazos y piernas, tienen una postura claramente erecta.

Según los sistemas, los preescolares presentan una frecuencia respiratoria normal de 20 a 30 respiraciones por minuto a medida que va creciendo, va disminuyendo la frecuencia respiratoria. Las estructuras tienen un lumen más amplio, ya no tienen tantas enfermedades respiratorias bajas, sino que predominan las altas. Tienen una mejor capacidad respiratoria. Presentan una frecuencia circulatoria de 80 a 125 latidos por minuto con una mejor capacidad circulatoria. En la cavidad oral aparecen los molares, por lo que tiene un total de 20 dientes. Puede procesar todo tipo de alimentos.

La orina debe tener aspecto amarillo pálido y ser transparente, en cuanto a volumen el niño debería orinar unos 600 a 700 ml/24 horas y su pH debe ser neutro. Alcanza plena madurez a los 5 años. A los 2 a 3 años comienzan a controlar el esfínter anal. Aumenta la potencia muscular, debido a que ejercitan más.

Tienen un mejor control de musculatura fina y gruesa. Sus huesos aún son blandos y resisten poco a la tracción, aunque aparecen 15 a 25 focos de osificación.

Se debe continuar con la estimulación del niño, ayudándolo a descubrir sus características personales (nombre, edad, sexo), facilitarle la posibilidad de ponerse su ropa sólo y felicitarlo cada vez que lo haga, estimular el orden, y darle un lugar físico para que juegue y guarde sus juguetes, estimular el juego con otros niños, formar hábitos y horarios (para comer, dormir, etc.), enseñarles a distinguir roles familiares y expresar sentimientos (alegría, tristeza, etc.) estimular el desarrollo del lenguaje cantando, conversando, leyendo y es bueno que el niño reconozca lo bueno y lo malo.

Es muy importante también a esta edad, entregar a los padres educación sobre los modelos de crianza, como el modelo autoritario o el democrático, basado en las razones de las reglas, control firme y flexible, que anime la independencia y responsabilidad, que respete la individualidad del niño, que alabe y premie las buenas conductas. Los padres deben ser afectuosos, así los niños serán independientes, seguros, responsables, contentos e interactivos. Por el contrario el niño puede expresar pataletas, que son propias del pre escolar, cuando el niño se siente frustrado, se debe ignorar la conducta, pero vigilar que no se accidente.

Se debe promover la higiene del niño, enseñándole el lavado de manos, incentivándolo a que debe realizarlo sólo y cada vez antes y después de las comidas, de ir al baño, etc. también el lavado de dientes, para la prevención de caries.

Para prevenir accidentes, se debe vigilar durante sus juegos, proporcionar lugares seguros, algunos accidentes más comunes son los de tránsito y caídas, quemaduras con líquidos calientes y accidentes en la cocina, asfixia por obstrucción con objetos pequeños (cuerpos extraños) e intoxicaciones por medicamentos o sustancias guardadas en envases de comida.

TEORÍAS DEL DESARROLLO

Teoría sociocultural de Vygotsky

De acuerdo con Vygotsky, los niños están dotados con capacidades perceptivas de atención y de memoria básicas que comparten con otros animales. Esto sigue un curso natural de desarrollo durante los dos primeros años a través del contacto simple y directo con el entorno. Pero a la vez los niños son capaces de representación mental, especialmente a través del lenguaje, su capacidad de participar en diálogos sociales mientras se dedican a tareas culturalmente importantes se intensifica. Pronto los niños empiezan a comunicarse consigo mismo casi de la misma manera en que conversan con los otros. Como resultado, las capacidades mentales básicas son transformadas en procesos cognitivos más elevados que únicamente corresponden al ser humano¹.

Vygotsky postula el lenguaje como base de todos los procesos cognitivos. Él razonaba que los niños hablan a sí mismo para auto-orientarse y auto dirigirse. Como el lenguaje ayuda a los niños a pensar sobre su propia conducta y a seleccionar cursos de acción, lo consideraba como el fundamento de todos los procesos cognitivos superiores, tales como la atención, la memorización y el recuerdo; la categorización; la planificación; la solución de problemas y la auto-reflexión. Conforme los niños van creciendo y encuentran fáciles las tareas, su habla autodirigida (habla privada) disminuye y es internalizada como habla silenciosa.

A medida que los niños establecen diálogos cooperativos con compañeros más hábiles mientras trabajan en tareas dentro de la zona de desarrollo próximo, incorporan el lenguaje de estos diálogos en su habla privada y lo utilizan para organizar los esfuerzos independientes de la misma manera.

Vygotsky se refiere como zona de desarrollo próximo al rango de tareas que los niños todavía no pueden manejar solos, pero que pueden lograr, con la ayuda de los adultos o con sus iguales más hábiles. Conforme los niños se ocupan de diálogos cooperativos con compañeros más maduros, toman el lenguaje de estos diálogos y los hacen parte de su habla privada, y utilizan esta habla, para organizar sus esfuerzos independientes de la misma forma.

La intersubjetividad se refiere al proceso por el cual dos participantes que empiezan una tarea, con comprensiones diferentes, llegan a una comprensión compartida. Esto crea un terreno común para la comunicación, en tanto que cada participante se

ajusta a la perspectiva del otro. Los adultos tratan de promoverla cuando traducen sus propias apreciaciones en forma que sean comprensibles por los niños.

El andamiaje es referido al apoyo en una sesión de enseñanza en la que los adultos adaptan la asistencia que proporcionan de acuerdo a la necesidad del niño. Esta enseñanza es ofrecida cuando una tarea es nueva, la cual va disminuyendo a medida que incrementa la competencia del niño.

La Intersubjetividad y el andamiaje son rasgos de interacción social que favorecen la transferencia de procesos cognitivos a los niños a través del diálogo cooperativo con adultos.

El juego simbólico es una zona de desarrollo próximo, única, muy influyente. A medida que los niños crean situaciones imaginarias y siguen las reglas de la escena, aprenden a actuar de acuerdo a ideas internas, en vez que con impulsos. En la teoría de Vygotsky el juego simbólico, como otros procesos cognitivos superiores, son el producto de la colaboración social.

Teoría cognitiva de Piaget

1. La etapa sensoriomotora (Del nacimiento a los 2 años)

La diferencia entre el recién nacido y el niño de 2 años es tan amplia que la **etapa sensoriomotora** está dividida en seis sub-etapas.

❖ Sub-etapa 1 **Esquemas reflejos (del nacimiento al primer mes).**

Piaget consideraba los reflejos del recién nacido, como los bloques que van construyendo la inteligencia sensoriomotora. Al principio, los niños aplican las conductas reflejas de una forma indiscriminada a cualquier estímulo que entre en contacto con sus labios o con las palmas de sus manos.

Según éste, los recién nacidos son absolutamente egocéntricos. El *egocentrismo* es la incapacidad de distinguir la propia perspectiva cognitiva de las perspectivas de los otros.

El **egocentrismo sensoriomotor** implica una fusión de uno mismo con el mundo circundante, supone la ausencia del entendimiento de sí mismo, en un mundo de objetos.

Disminuye en el período sensoriomotor, conforme los niños van descubriendo gradualmente que sus propias acciones están separadas de la realidad externa¹.

❖ Sub-etapa 2 **Reacciones circulares Primarias:** Las primeras adaptaciones aprendidas (1 a 4 meses).

Los niños empiezan a ganar control voluntario sobre sus conductas repitiendo acciones azarosas de las que obtienen resultados satisfactorios. Como consecuencia de ello desarrollan algunos hábitos motores simples, tales como succionar sus pulgares, abrir y cerrar las manos. En esta sub-etapa los bebés también empiezan a modificar su conducta en respuesta a las demandas del entorno. Mostrando una capacidad limitada para anticipar los acontecimientos.

Piaget denominó *primarias a estas* reacciones circulares, y las consideraba como muy limitadas¹.

Según Piaget, los bebés de esta edad no se interesan por los efectos de sus acciones sobre el mundo externo. Es decir, están orientadas sobre su propio cuerpo y están motivados por sus necesidades básicas.

❖ Sub-etapa 3 **Reacciones circulares secundarias:** Repitiendo escenas interesantes (de 4 a 8 meses).

A esta edad, los niños se sientan y llegan a desarrollar cierta habilidad en alcanzar, coger y manipular objetos. Estos logros motores juegan un importante papel en volver la atención de los bebés hacia el entorno. Durante esta fase, intentan repetir acciones interesantes y sonidos cuyos causantes son ellos mismos¹.

El control mejorado sobre sus propias conductas permite a los niños de esta sub-etapa imitar las conductas de otros con una mayor efectividad. Sin embargo, los bebés menores de 8 meses no pueden adaptarse con flexibilidad y rapidez en la imitación de conductas que sean muy nuevas, así pues, aunque disfrutan mirando a un adulto jugando a ocultarse o tapándose la cara con las manos, no son todavía capaces de participar¹.

❖ Sub-etapa 4 **Coordinación de las reacciones circulares secundarias**
(8-12 meses)

Ahora los niños ya empiezan a organizar esquemas. Combinan las reacciones circulares secundarias en secuencias de acción nueva y más compleja. Como resultado, se obtienen los siguientes cambios cognitivos:

Primero, los bebés pueden involucrarse en **conductas intencionales** o **dirigidas a un fin**. Anteriormente a esta sub-etapa, las acciones que llevan a nuevos esquemas se caracterizan por ser aleatorias. Pero a los 8 meses, los niños han adquirido la suficiente práctica con una diversidad de esquemas que pueden coordinar deliberadamente para resolver problemas sensoriomotores. El ejemplo más claro lo dan las tareas de Piaget de esconder-objetos, en las que le muestra al bebé un juguete atractivo para a continuación esconderlo detrás de su mano o debajo de una colcha. Los niños de esta sub-etapa pueden encontrar el objeto. Al hacerlo, coordinan dos esquemas: empujar a un lado el obstáculo y coger el juguete. Piaget consideraba estas secuencias de acción medio-fin como la primera señal de que los bebés se dan cuenta de la **causalidad física** (la acción causal que un objeto ejerce sobre otro a partir del contacto) y como el fundamento para toda otra solución de problemas posteriores.

El hecho de que los niños puedan recuperar objetos escondidos revela que han empezado a alcanzar un segundo hito en su desarrollo cognitivo: **la permanencia del objeto**, la comprensión de que los objetos continúan existiendo cuando no están a la vista. Pero la conciencia de la permanencia del objeto todavía no está completa. Si un objeto es movido de un lugar escondido a otro, los bebés lo buscarán solamente en el primer escondite¹.

Piaget concluyó que no tienen una imagen clara de la persistencia de los objetos cuando no están al alcance de su vista. También se observa que los niños pueden anticipar los acontecimientos de forma más efectiva y haciendo uso de su nueva capacidad de llevar a cabo conductas intencionales, algunas veces intentan modificar tales experiencias, es decir modifican esquemas para acceder a una nueva conducta observada.

❖ Sub-etapa 5 **Reacciones circulares secundarias (8-12 meses)**

En esta sub-etapa, llega a ser experimental y creativa. Los pequeños ya no repiten conductas que les lleven a resultados familiares. Las repiten pero introduciendo variaciones, provocando nuevos resultados. Se relacionan con el mundo de esta manera,

son mejores solucionadores de problemas sensoriomotores de lo que lo era antes. Por ejemplo, pueden entender cómo hacer pasar una pieza a través de un agujero en un recipiente dándole vueltas y torciéndola hasta que pasa, y pueden utilizar un palo para conseguir un juguete que está fuera de su alcance¹.

Según Piaget, esta nueva capacidad de experimentar les da a los niños una comprensión más avanzada de la permanencia del objeto. Ya que para encontrar un juguete escondido, los niños más mayores miran no solamente en uno sino en varios sitios. Así pues dejan de cometer el error de búsqueda de la etapa anterior. Sus patrones de acción más amplios y flexibles les permiten imitar muchas más conductas, tales como apilar bloques, garabatear en papeles y poner caras divertidas. Una vez que los bebés varían sus acciones respecto a los objetos, claramente se distinguen a sí mismos del mundo que les rodea. Como resultado, el egocentrismo sensoriomotor desaparece¹.

La sub-etapa 5 es realmente el último estadio sensoriomotor.

❖ Sub-etapa 6 **Representación Mental:** Inventando nuevos medios a través de combinaciones mentales (18 meses a 2 años).

La Sub-etapa 6 trae consigo la habilidad de elaborar **representaciones mentales** de la realidad¹.

Es decir, crea imágenes internas de objetos ausentes y acontecimientos pasados. Como resultado, los niños pueden resolver problemas a través de medios simbólicos en lugar de la conducta de acierto y error. Una señal de esta nueva capacidad es que los niños, de improviso, llegan a dar soluciones a problemas sensoriomotores, lo que sugiere que primero experimentan las acciones en su cerebro¹.

Con la capacidad de representar, los niños pequeños logran una comprensión más avanzada de la permanencia del objeto, es decir que los objetos pueden desplazarse o ser movidos cuando no los tienen a la vista.

La capacidad de representación (de esquemas mentales) también trae consigo la capacidad de **imitación diferida**, se entiende por esto la habilidad de recordar y copiar la conducta de modelos que no están presentes en el momento.

Producto de esta nueva capacidad de representación, a finales de esta etapa, se inicia el **juego simbólico**, mediante el cual representan actividades familiares, tales como el simular que manejan un auto, el que comen o que duermen.

2. La etapa preoperacional (2 a 7 años)

Conforme los niños evolucionan desde la etapa sensoriomotora a la etapa preoperacional, el cambio más obvio es un extraordinario incremento en la actividad representacional. Aunque los niños tienen cierta capacidad de representar su mundo, entre los 2 y 7 años esta capacidad hace eclosión.

❖ El juego simbólico

El juego simbólico nos proporciona otro excelente ejemplo del desarrollo de la capacidad de representación durante la etapa preoperacional. Como el lenguaje, se incrementa de manera espectacular durante la temprana infancia. Piaget creía que a través de la imitación, los niños practican y fortalecen los esquemas simbólicos recientemente adquiridos.

En primer lugar, el juego simbólico va desvinculándose cada vez más de las condiciones de la vida real asociadas con él. Al principio, los niños hacen uso únicamente de objetos reales, luego alrededor de los 2 años, hacen uso de juguetes menos realistas, con mayor frecuencia. Entre los 3 y 5 años, los niños mejoran imaginando objetos y sucesos sin ningún soporte del mundo real. Esto indica que sus representaciones están siendo más flexibles, en tanto que un símbolo en el juego ya no tiene por qué guardar parecido con el objeto al que hace referencia.

En segundo lugar, la forma en que el niño como en sí mismo participa en el juego cambia con la edad. Cuando el juego simbólico aparece al principio, está dirigido al sí mismo, pero al poco tiempo después, las acciones simuladas están dirigidas hacia otros objetos, como cuando el niño alimenta a un muñeco. Y pronto en el tercer año los objetos son utilizados como agentes activos. El niño se convierte en un participante independiente que hace que un muñeco se alimente a sí mismo o que un muñeco padre alimente a un muñeco bebé.

Esta secuencia revela que el juego simbólico poco a poco va dejando de estar centrado en el sí mismo conforme los niños se dan cuenta de que los agentes y destinatarios de acciones simuladas pueden ser independientes de ellos mismos.

Finalmente, con el tiempo el juego va incluyendo combinaciones cada vez más complejas de esquemas. Más adelante, los niños coordinan esquemas simulados, especialmente en el **juego socio-dramático**. Sobre la edad de 4 a 5 años, los niños construyen con acierto sobre los temas de juego de otros niños, crean y coordinan varios

papeles en un argumento elaborado, y tienen una sofisticada comprensión del entramado de una historia.

Estos desarrollos son reflejos de un cambio mayor en la capacidad de representación. En el juego socio-dramático complejo, los niños no representan su mundo. Lo que demuestra conciencia de que el juego simbólico es una actividad representacional.

❖ *Egocentrismo y animismo*

De acuerdo con Piaget, la deficiencia más seria de esta etapa, la que subyace a todas las otras, es el **egocentrismo preoperacional**. Ahora, con la emergencia de nuevas capacidades representacionales, el egocentrismo aparece de forma diferente. Los niños pre-operacionales son egocéntricos con respecto a sus puntos de vista simbólicos. Esto es, no son egocéntricos de otras perspectivas más que las suyas y creen que todo el mundo percibe, piensa y siente de la misma manera en que ellos lo hacen.

Piaget señalaba que el egocentrismo, es responsable del pensamiento animista de los niños de la etapa preoperacional; es decir, que objetos inanimados tienen cualidades propias de los seres vivos, tales como pensamiento, deseos, sentimientos, e intenciones, exactamente como ellos mismo.

Argumentaba que el egocentrismo conduce a la rigidez y a la naturaleza del pensamiento preoperacional. El pensamiento de los niños pequeños tiene un arraigo tan fuerte en su propio punto de vista que no se acomodan o revisan sus esquemas, en respuesta a la retroalimentación del mundo físico y social. El pensamiento egocéntrico no es un pensamiento reflexivo, que críticamente se examina a sí mismo.

Teoría psicosocial de Erikson

Erikson es un psicólogo que acepta las ideas de Freud como básicamente correctas, así como también las ideas con respecto al Yo de otros freudianos como Heinz Hartmann y Anna Freud. No obstante, Erikson está orientado hacia la sociedad y la cultura más que cualquier otro freudiano, tal y como cabía esperar de una persona con sus intereses antropológicos. Prácticamente, desplaza en sus teorías a los instintos y al inconsciente.

❖ *El Principio Epigenético*

Erikson es muy conocido por su trabajo sobre la redefinición y expansión de la teoría de los estadios de Freud. Establecía que el desarrollo funciona a partir de un **principio epigenético**. Postulaba la existencia de ocho fases de desarrollo que se extendían a lo largo de todo el ciclo vital. Nuestros progresos a través de cada estadio están determinados en parte por nuestros éxitos o por los fracasos en los estadios precedentes. Como si fuese el botón de una rosa que esconde sus pétalos, cada uno de éstos se abrirá en un momento concreto, con un cierto orden que ha sido determinado por la naturaleza a través de la genética. Si interferimos con este orden natural de desarrollo extrayendo un pétalo demasiado pronto o en un momento que no es el que le corresponde, destruimos el desarrollo de la flor al completo².

Cada fase comprende ciertas **tareas** o funciones que son psicosociales por naturaleza.

Según Erikson, en cada fase se deben cumplir tareas las cuales se establecen en base a dos términos, dentro de los cuales se debe crear un balance para el correcto desarrollo de la persona. También estas fases tienen un **tiempo óptimo**. Es inútil empujar demasiado rápido a un niño a la adultez, cosa muy común entre personas obsesionadas con el éxito. A la vez no es posible bajar el ritmo o intentar proteger a los niños de las demandas de la vida. Existe un tiempo para cada función. Así como que cada estadio se precede en orden secuencial entre uno y otro.

Si logramos cumplir con tareas del estadio, obtendremos como resultado ciertas **virtudes** o fuerzas psicosociales que nos ayudarán en el resto de los estadios de nuestra vida. Por el contrario, si no logramos, podríamos desarrollar **mal adaptaciones o malignidad**, poniendo en peligro nuestro desarrollo faltante. De las dos, la malignidad es la peor, ya que comprende mucho de los aspectos negativos de la tarea o función y muy poco de los aspectos positivos de la misma, tal y como presentan las personas desconfiadas. La *mal adaptación* no es tan mala y comprende más aspectos positivos que negativos de la tarea, como las personas que confían demasiado.

❖ *Niños y adultos*

Quizás la innovación más importante de Erikson fue la de postular no 5 estadios como Freud, sino 8. Erikson elaboró tres estadios adicionales de la adultez a partir del estadio genital hasta la adolescencia descrito por Freud. Ninguno de nosotros nos detenemos en nuestro desarrollo (sobre todo psicológicamente) después de los 12 o 13

años. Parece lógico estipular que debe haber una extensión de los estadios que cubra el resto de nuestro desarrollo.

Erikson también tuvo algo que decir con respecto a las interacciones de las generaciones, lo cual llamó **mutualidad**. Ya Freud había establecido claramente que los padres influían de una manera drástica el desarrollo de los niños. Pero Erikson amplió el concepto, partiendo de la idea de que los niños también influían al desarrollo de los padres. Por ejemplo, la llegada de un nuevo hijo, representa un cambio de vida considerable para una pareja y remueve sus trayectorias evolutivas. Incluso, sería apropiado añadir una tercera (y en algunos casos, una cuarta) generación al cuadro. Muchos de nosotros hemos sido influenciados por nuestros abuelos y ellos por nosotros.

Las formas en que nos interactuamos son extremadamente complejas y muy frustrantes para los teóricos. Pero ignorarlas sería obviar algo muy importante con respecto a nuestro desarrollo y a nuestras personalidades².

❖ Estadio I

El primer estadio, el de infancia o etapa **sensorio-oral** comprende el primer año o primero y medio de vida. La tarea consiste en desarrollar la **confianza** sin eliminar completamente la capacidad para **desconfiar**.

Si papá y mamá proveen al recién nacido de un grado de familiaridad, consistencia y continuidad, el niño desarrollará un sentimiento de que el mundo, especialmente el mundo social, es un lugar seguro para estar; que las personas son de fiar y amorosas. También, a través de las respuestas paternas, el niño aprende a confiar en su propio cuerpo y las necesidades biológicas que van con él.

Si los padres son desconfiados e inadecuados en su proceder; si rechazan al infante o le hacen daño; si otros intereses provocan que ambos padres se alejen de las necesidades de satisfacer las propias, el niño desarrollará desconfianza. Será una persona aprensiva y suspicaz con respecto a los demás².

Esto no quiere decir que “deben ser los mejores padres del mundo”. De hecho, aquellos padres que son sobreprotectores; y que están ahí tan pronto que el niño llora, le llevarán a desarrollar una tendencia mal adaptativa que Erikson denominó como un **desajuste sensorial**, donde este desarrollara una “personalidad excesivamente confiada”, incluso crédulo. Esta persona no cree que alguien pudiera hacerle daño y usará todas las defensas disponibles para retener esta perspectiva exagerada.

Aunque, de hecho, es peor aquella tendencia que se inclina sobre el otro lado: el de la desconfianza. Según Erikson estos niños desarrollarán la tendencia maligna de **desvanecimiento**. Esta persona se torna depresiva, paranoide e incluso puede desarrollar una psicosis.

Si se cumple con la tarea del estadio y si se logra un equilibrio, el niño desarrollará la virtud de **esperanza**, una fuerte creencia en la que se considera que siempre habrá una solución al final del camino, a pesar de que las cosas vayan mal. Uno de los signos que nos indican si el niño va bien en este primer estadio es si puede ser capaz de esperar sin hacer demasiada protesta ante la demora de la respuesta de satisfacción de una necesidad: mamá y papá no tienen por qué ser perfectos; confía lo suficiente en ellos como para saber esta realidad; si ellos no pueden estar aquí inmediatamente, lo estarán muy pronto; las cosas pueden ser muy difíciles, pero ellos harán lo posible por arreglarlas. Esta es la misma habilidad que utilizaremos ante situaciones de desilusión como en el amor, en la profesión y muchos otros dominios de la vida.

❖ Estadio II

El segundo estadio corresponde al llamado estadio **anal-muscular** de la niñez temprana, desde alrededor de los 18 meses hasta los 3-4 años de edad. La tarea primordial es la de alcanzar un cierto grado de **autonomía**, aún conservando un toque de **vergüenza y duda**.

Si los padres u otros cuidadores permiten que el niño explore y manipule su medio, éste desarrollará un sentido de autonomía o independencia. Los padres no deben desalentarlo ni tampoco empujarle demasiado. Se requiere, en este sentido, un equilibrio. Se le aconseja a los padres que sean “firmes pero tolerantes” en esta etapa. De esta manera, el niño desarrollará tanto un autocontrol como una autoestima importantes.

Por otra parte, en vez de esta actitud descrita, es bastante fácil que el niño desarrolle un sentido de vergüenza y duda. Si los padres acuden de inmediato a sustituir las acciones dirigidas a explorar y a ser independiente, el niño pronto se dará por vencido, asumiendo que no puede hacer las cosas por sí mismo. Debemos tener presente que el burlarnos de los esfuerzos del niño puede llevarle a sentirse muy avergonzado, y dudar de sus habilidades.

También hay otras formas de hacer que el niño se sienta avergonzado y dudoso. Si le damos al niño una libertad sin restricciones con una ausencia de límites, o si le ayudamos a hacer lo que él podría hacer solo, también le estamos diciendo que no es lo suficientemente bueno. Si no somos lo suficientemente pacientes para esperar a que el niño se ate los cordones de sus zapatos, nunca aprenderá a atárselos, asumiendo que esto es demasiado difícil para aprenderlo².

No obstante, un poco de vergüenza y duda no solo es inevitable, sino que incluso es bueno. Sin ello, se desarrollará lo que Erikson denominó **impulsividad**, una suerte de premeditación sin vergüenza que más tarde, en la niñez tardía o incluso en la adultez, se evidenciara en emprender actividades sin considerar los límites, los atropellos que esto puede causar o los alcances de éstas en ellos mismos o en otras personas.

Peor aún es demasiada vergüenza y duda, lo que llevará al niño a desarrollar la malignidad que Erikson denominó **compulsividad**. La persona compulsiva siente que todo su ser está envuelto en las tareas que lleva a cabo y por tanto todo debe hacerse correctamente. El seguir las reglas de una forma precisa, evita que uno se equivoque, y se debe evitar cualquier error a cualquier precio.

Si logramos un equilibrio apropiado y positivo entre la autonomía y la vergüenza y la culpa, desarrollaremos la virtud de una **voluntad poderosa** o determinación.

❖ Estadio III

Este es el estadio **genital-locomotor** o la edad del juego. Desde los 3-4 hasta los 5-6 años, la tarea fundamental es la de aprender la **iniciativa** sin una **culpa exagerada**.

La iniciativa sugiere una respuesta positiva ante los retos del mundo, asumiendo responsabilidades, aprendiendo nuevas habilidades y sintiéndose útil. Los padres deben animar a sus hijos a que lleven a cabo sus ideas por sí mismos. Se debe alentar la fantasía, la curiosidad y la imaginación de los niños. Esta es la época donde debe preponderar el juego. Ahora el niño puede imaginarse, como nunca antes, una situación futura, una que no es la realidad actual. La iniciativa es el intento de hacer real lo irreal.

Podría sentirse culpable del acto y comenzaría a sentirse culpable también. Ha llegado la capacidad para establecer juicios morales.

Erikson es, por supuesto, un freudiano y por tanto incluye la experiencia edípica en este estadio. Desde su punto de vista, la crisis edípica comprende la renuencia que

siente el niño a abandonar su cercanía al sexo opuesto. Un padre tiene la responsabilidad, socialmente hablando, de animar al niño a que “crezca”; “¡que ya no eres un niño!”. Pero si este proceso se establece de manera muy dura y extrema, el niño aprende a sentirse culpable con respecto a sus sentimientos².

Demasiado iniciativa y muy poca culpa significa una tendencia mal adaptativa que Erikson denominó **crueledad**. La persona cruel toma la iniciativa. Tiene sus planes, ya sea en materia de escuela, romance o política, o incluso profesión. Empero el único problema es que no toma en cuenta a quién tiene que pisar para lograr su objetivo. Para esta persona todo es el logro y los sentimientos de culpa son para los débiles. Según Erikson la forma extrema de la crueldad es la sociopatía.

La crueldad es mala para los demás, pero relativamente fácil para la persona cruel. Peor para el sujeto es la malignidad de culpa exagerada, lo cual Erikson denominó **inhibición**. La persona inhibida no probará cosa alguna, ya que “si no hay aventura, nada se pierde” y lo más importante, nada de lo que sentirse culpable. Desde el punto de vista sexual, edípico, la persona culposa puede ser impotente o frígida.

Si cumple con la tarea de este Estadio y se tiene un buen equilibrio, llevará a la persona a lograr la virtud psicosocial de **propósito**. El sentido del propósito es algo que muchas personas anhelan a lo largo de su vida, aunque la mayoría de ellas no se dan cuenta que, de hecho, ya llevan a cabo sus propósitos a través de su imaginación y su iniciativa.

Desarrollo psicosocial

Aunque ningún conjunto de teorías puede explicar todo en comportamiento humano, cada una puede aportar algo útil a ello. Muchos expertos han dedicado sus vidas a estudiar por qué los niños y las familias se comportan de la manera que lo hacen. Algunos, los llamados teóricos de sistemas, creen que cada uno de los integrantes de la familia se ven afectados por los demás miembros familiares. Esta teoría se enfoca en las relaciones que se establecen entre diversos individuos más que en los propios individuos. El enfermero que concuerde con la teoría de sistemas centraría su atención en proporcionar cuidados al niño, proporcionando también cuidado a toda la familia. La familia o sistema se considera la protectora, educadora, el recurso y la proveedora de salud para el niño. A su vez, la salud del niño influye en cada uno de los miembros de la familia y en ésta como un todo.

El desarrollo humano es un complejo que se describe por varias teorías. Entre ellas la jerarquía de necesidades de Maslow y las teorías del desarrollo de Erikson, Freud, Kohlberg, Sullivan y Piaget. Las teorías aportan un marco para el investigador, si bien debe hacerse hincapié en que los seres humanos no son un conjunto de partes aisladas, aún cuando estas partes puedan analizarse con fines de investigación.

Desarrollo cognoscitivo

La cognición denota capacidad intelectual. Los niños nacen con un potencial heredado, pero éste debe desarrollarse. Existe un número de teorías acerca de la manera en que se efectúa el aprendizaje, con algunas discrepancias en cuanto a las funciones o importancia de los impulsos internos y los estímulos ambientales. El desarrollo del pensamiento lógico y del conocimiento conceptual es un proceso complejo. Una autoridad prominente en el desarrollo del cognoscitivo fue Jean Piaget, Psicólogo Suizo que propuso que la madurez intelectual sea alcanzada a través de cuatro etapas distintas y ordenadas de desarrollo, todas las cuales se encuentran interrelacionadas. Estas son la sensorio motora (hasta los dos años), la pre-operacional (de los dos a siete años), la de operaciones concretas de los siete a los 11 años) y la de operaciones formales (de los 11 a 16 años). Las edades son aproximadas y cada una se construye sobre la que la precede.

Piaget sostenía que la inteligencia consiste en la interacción y la capacidad de enfrentar el medio. Los lactantes comienzan su interacción mediante respuestas reflejas. Conforme crecen, su uso del simbolismo (particularmente del lenguaje) aumenta. Esto cambia paulatinamente a una orientación del aquí y el ahora (operaciones abstracta del mundo (operaciones formales).

Desarrollo moral de Kohlberg

Lawrence Kohlberg es uno de los teóricos principales del desarrollo moral. La teoría de Kohlberg se describe en tres niveles, con dos etapas en cada nivel. En la fase pre convencional, los niños operan en un nivel de obediencia a la autoridad paterna/materna, y el comportamiento está dirigido por el deseo de evitar el castigo. En el nivel convencional, al niño le interesa complacer a otros y existe la necesidad de mantener un balance social en la sociedad a través de la ley y el orden. En el nivel posconvencional se desarrollan los principios morales que pueden utilizarse para resolver dilemas morales y éticos complejos. Los niños alcanzan estas etapas a edades variadas. Se cree que la mayoría de los niños comienza a desarrollar las etapas del nivel posconvencional sólo en la adolescencia y no alcanzan esta etapa por completo sino hasta la edad adulta.

LOS PADRES EN LA FORMACION DEL NIÑO

El Apego

El apego es la creación de lazos afectivos con un compromiso emocional, se inicia durante la gestación y permanece durante toda la vida. Es una vinculación específica entre dos personas, la cual produce seguridad, tranquilidad, consuelo, agrado y placer.

La amenaza o peligro de perder a la persona con la que se tiene este vínculo, origina una fuerte ansiedad. Ya que el vínculo establece la base funcional sobre la cual posteriormente se desarrollarán todas las relaciones que el niño entablará a lo largo de su vida.

Una relación estable y sana con la persona que tiene bajo su cuidado al niño, determina una alta probabilidad de crear relaciones fructíferas con otros, mientras que un débil apego se asocia frecuentemente con problemas emocionales y conductuales. Generalmente el apego se desarrolla en los primeros 6 a 8 meses de edad.

❖ *Teorías del apego*

El primero en referirse a este tema fue René Spitz, (1935), quien se dedicó a observar el desarrollo de los niños abandonados en Orfanatos. Concluyó que la madre representaría el medio externo y a través de ella, comenzaba a constituir una objetividad hacia éste.

Posteriormente Bowlby (1958) postula que el vínculo que une al niño con su madre es consecuencia de una serie de sistemas de conducta, cuyo efecto previsible es la proximidad con la madre. En 1968, conceptualiza la conducta de apego como cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido. Por ende, para Bowlby, como resultado de la interacción del bebé con el ambiente y, en especial con la madre, se originan determinados sistemas de conducta.

❖ *Formación del vínculo*

Cuando el niño nace se establece el primer contacto con la madre, el **APEGO**, unión indisoluble, única y singular. En las primeras semanas la madre y el niño se van familiarizando. Esta primera relación determina el “molde” biológico y emocional para todas sus relaciones futuras.

El factor más importante en la creación del apego, es el contacto físico positivo (Ej.: abrazar, besar, mecer, etc.), ya que estas conductas originan respuestas específicas que llevan a la organización normal de los sistemas cerebrales responsables del apego.

Mary Ainsworth (1964), describe las siguientes etapas para la formación del vínculo:

- Antes de los 2 meses, los niños responden sin discriminación ante cualquier persona.
- Entre los 2 y 3 meses, los niños reaccionan más ante la madre que ante otra persona.
- Entre los 6 y 8 meses los niños muestran un vínculo afectivo diferenciado, responde sólo a la madre y disminuye su interés por los demás. Es aquí donde aparece el miedo a los desconocidos.

❖ *Formas de apego*

En base a la forma en que las personas responden en relación a su figura de apego cuando están ansiosos, se definen tres patrones importantes de apego:

- *Apego seguro*: utilizan a sus cuidadores como un refugio de seguridad cuando están angustiados. Los cuidadores son sensibles a sus necesidades, por lo que tienen la confianza de que sus figuras de apego estarán disponibles, que responderán y les ayudarán en la adversidad. En la adultez, estas personas se muestran abiertos a recibir nueva información, poseen estructuras cognitivas flexibles que le permiten adaptarse adecuadamente a los cambios, a plantearse objetivos realistas, a evitar los pensamientos irracionales, a tener expectativas positivas acerca de las relaciones con los otros y a confiar más en ellos mismos. Estas personas tienden a ser amistosos, afables y capaces, y a pensar que los demás son confiables y bien intencionados, por lo que les resulta relativamente fácil intimar con otros y no se preocupan acerca de ser abandonados o de que otros se encuentren muy próximos emocionalmente.

- *Apego evasivo*: exhiben un aparente desinterés y desapego a la presencia de sus cuidadores durante períodos de angustia. Estos niños tienen poca confianza en que serán ayudados, poseen inseguridad hacia los demás, miedo a la intimidad y prefieren mantenerse distanciados de los otros. En la adultez, desarrollan modelos de sí mismos como suspicaces, escépticos y retraídos, y de los otros como poco confiables o demasiado ansiosos para comprometerse, lo que les imposibilita a confiar y depender de otros³.

- *Apego ansioso-ambivalente*. Responden a la separación con angustia intensa y mezclan comportamientos de apego con expresiones de protesta, enojo y resistencia. Estos niños no tienen expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta de sus cuidadores. En la adultez tienden a desarrollar modelos de sí mismos inseguros y de los otros como poco confiables y resistentes a comprometerse, lo que se refleja en una preocupación frecuente por el abandono³. Lo que los lleva a una insatisfacción de pareja y prácticas parentales ineficaces.

Los individuos con estos dos últimos estilos de apego tienen estructuras cognitivas más rígidas y facilidad de acceso a recuerdos negativos, lo que genera desconfianza en los primeros en cuanto a las relaciones con otros, y conflictos con la intimidad en los segundos, ya que por un lado desean tenerla y por el otro tienen temor de perderla⁴.

Se han identificado cuatro patrones disfuncionales de apego en la edad adulta, de acuerdo a la teoría desarrollada por Bowlby:

- Independencia compulsiva
- Sobreprotección
- Dependencia
- Rabia.

En otras palabras, pareciera ser que las personas con un estilo de apego seguro desarrollan una gran confianza hacia sí mismos y los demás, mientras que aquellas con un estilo de apego inseguro poseen una falta de confianza hacia los otros, lo que determina sus relaciones interpersonales³.

EL NIÑO ENFERMO Y LA HOSPITALIZACIÓN

Es cierto que no todos los niños enfermos, perciben la enfermedad de igual manera, ni experimentan las mismas reacciones emocionales, es por esto que hay que tener en cuenta los factores familiares y sociales, ya que el niño no debe desvincularse de su entorno, y depende de sus padres para que le ayuden a comprender y superar la enfermedad, conseguir la mejor adaptación a su situación y así lograr la mejor calidad de vida posible.

La hospitalización siempre significa una experiencia difícil para el niño y los padres, provoca cambios de conducta que tienen por objeto lograr adaptarse a la situación. Necesitan, por lo tanto, de una atención especial en cuanto a brindarle seguridad, apoyo y afecto¹⁶

Factores estresantes de la hospitalización del niño

La enfermedad y la hospitalización son las primeras crisis a las que tienen que enfrentarse los niños, siendo muy vulnerables por:

- ❖ El cambio de estado habitual de salud y de ambiente
- ❖ Los mecanismos de resolución de este tipo de incidentes es muy limitado. El conocimiento que tiene el niño de la enfermedad o de la hospitalización, en su reacción a estas situaciones y su forma de enfrentarse a ellas, están influidas por la importancia de los factores estresantes individuales, siendo los principales: la separación, la pérdida de control, las lesiones corporales y el dolor.

I. Angustia ante la separación

a. Lactantes y pre-escolares

Es el principal factor de estrés de los lactantes y pre-escolares, sobre todo entre los 6 y 30 meses de edad y esta formado por 3 fases:

1. Fase de protesta: Los niños gritan y lloran por sus padres, rechazan las atenciones de cualquier otra persona y son inconsolables en su congoja.
2. Fase de desesperanza: cesa el llanto y es evidente la depresión, el niño se aparta de los demás.

3. Fase de indiferencia: pareciera que el niño se ha adaptado a la pérdida, se interesa más por el entorno, juega con otros, pero este comportamiento es señal de resignación y no de contento Es la fase más grave.

En la mayoría de las situaciones, las separaciones son temporales que no alcanzan a llegar a la etapa de indiferencia, en cambio las fases iniciales son muy comunes incluso con separaciones muy breves de alguno de los progenitores.

II. Pérdida de control

La falta de control aumenta la sensación de amenaza y puede afectar a las habilidades de adaptación del niño y son muchas las situaciones hospitalarias que producen pérdida de control. Por un lado faltan los estímulos sensoriales acostumbrados y por otro los estímulos hospitalarios adicionales de visión, sonido y olor pueden ser abrumadores.

❖ Niños que empiezan a andar

Los niños a esta edad se esfuerzan por conseguir su autonomía es por esto que cualquier restricción o limitación de movimiento puede causar una fuerte resistencia y desobediencia.

La pérdida de control también se origina por cambio en las rutinas y ritos habituales siendo los principales los relacionados con la comida, el sueño, el baño y el juego, cuando se altera alguno de estos ritos puede surgir alteración en esa área o en todas ellas, siendo la reacción principal a este cambio la regresión.

❖ Pre-escolares

Los pre-escolares también sienten que pierden control ante las reacciones físicas, la alteración de las rutinas y la dependencia forzada. Esta pérdida de control y de poder constituye un factor crítico que influirá su forma de percibir la separación, el dolor, la enfermedad, la hospitalización y su reacción a tales sentimientos.

El pensamiento egocéntrico y mágico de los pre-escolares limita su capacidad de comprender sucesos, por que interpretan todas las experiencias desde su propia perspectiva.

III. Lesión corporal y dolor

El miedo a la lesión corporal y al dolor es frecuente entre los niños, incluido los recién nacidos, quienes también reaccionan a los estímulos dolorosos.

❖ *Lactantes*

El indicador más seguro de sufrimiento es la expresión facial, además de movimientos corporales significativos como son el retorcimiento, las contorsiones, las sacudidas y la agitación.

Pareciera que los niños menores de 6 meses no tienen memoria de experiencias anteriores y que reaccionan ante las situaciones potencialmente estresantes con menos recelo y temor que los niños mayores, pero después de esta edad están cada vez más influidos por los recuerdos de experiencias anteriores.

❖ *Niños que empiezan a andar*

Las reacciones de estos niños ante el dolor son semejantes a las observadas en el lactante, con la excepción de que el número de variables que influyen en la respuesta individual es muy complejo y variado.

En general los niños de esta edad reaccionan con intensa perturbación emocional y resistencia física a toda experiencia dolorosa real, o percibida.

Es típico que los niños ante el dolor se coloquen inquietos y demasiado activos

Al final de esta etapa son capaces de comunicar el dolor y señalar la región correcta.

❖ *Pre-escolares*

En esta etapa perciben la enfermedad de acuerdo con lo que se les dice o con las pruebas externas que se le dan, la causa de la enfermedad la atribuyen a alguna acción u omisión de ellos mismos, es decir, en alguna medida se sienten culpables y responsables de la enfermedad.

Los conflictos psicosexuales de los niños de este grupo de edad los vuelve muy vulnerables a las amenazas de lesión corporal, temen mucho por la mutilación en especial los varones quienes temen a al castración.

En relación a las respuestas del dolor son semejantes a las del grupo anterior aunque se muestran algunas diferencias como que responden más favorablemente que los niños más pequeños. Presentan mucho más lógica en su plan de defensa o de huida.

Efectos de la hospitalización en el niño

La hospitalización siempre es una experiencia difícil, actúa provocando cambios de conducta que tienen por objeto lograr adaptarse a la situación. Es por esta razón que tanto el paciente como su familia necesitan de una atención especial, destinada a brindarles seguridad, apoyo y afecto.

A la situación de crisis desencadenada por la separación, producto de la hospitalización, se suma en el niño los efectos de la enfermedad, lo que origina una distracción de energías que en situación de normalidad el organismo emplea en el desarrollo y crecimiento integral, es por esto que la enfermedad produce una detención y a veces regresión de algunos aspectos del crecimiento y desarrollo.

Es importante que los profesionales encargados del cuidado del niño se preocupen además de:

- Mantener la relación madre-hijo
- Aminorar el daño de la separación
- Brindar seguridad psicológica, física y social.

A partir de esto, definimos Ambiente Terapéutico como el ambiente que permite al niño básicamente recuperar su salud, brindarle seguridad física, psicológica y social, favorecer la relación madre-hijo, la interacción del Equipo de salud con la familia y que le ofrezca la posibilidad de seguir con su crecimiento y desarrollo normal.

La hospitalización produce en el niño una confusión en su percepción sensorial, el hecho de ver todas las cosas uniformemente iguales, encontrarse en lugares de dimensiones diferentes a las de su hogar, distorsiona su concepto de espacio. A esto se agrega en muchas oportunidades, la visión exclusiva de luz artificial lo que le impide ubicarse en el tiempo, además de disminuir su campo visual por el hecho de estar en cama, fuera de esto escucha ruidos irreconocibles que no sabe de donde provienen.

❖ *Factores individuales de riesgo*

Existen ciertos factores de riesgo que vuelve a algunos niños más vulnerables que a otros entre éstos tenemos:

- Temperamento difícil
- Falta de ajuste entre el niño y los padres
- Edad especialmente entre 6 meses y 5 años
- Sexo masculino
- Inteligencia inferior a la media
- Situaciones estresantes múltiples y continuadas
- Duración de la hospitalización

Además se ha observado que los que provienen de ámbitos rurales presentan grados de perturbación psicológica significativamente mayores que los que vienen de un entorno urbano.

El desarrollo de posteriores trastornos tiene mucho que ver con la duración, el número de ingresos y con el tipo de prácticas hospitalarias.

❖ *Efectos beneficiosos de la hospitalización*

Fuera de los efectos negativos que produce la hospitalización también podemos encontrar efectos positivos. Es así como la hospitalización en un ambiente adecuado, además de acelerar la recuperación de la salud puede aumentar y reforzar los conocimientos que permitan a los padres que su hijo vuelva a enfermar. En los niños mayores puede servir de refuerzo a su personalidad, por el hecho de comprobar que fueron capaces de enfrentar una situación difícil de la que salieron airosos.

❖ *Participación de los padres en la hospitalización*

La enfermedad de un hijo es siempre una situación que altera la tranquilidad de los padres; si a este hecho se le agrega la separación a causa de la hospitalización, produce un aumento en el temor y la angustia, ya que no pueden permanecer junto a su hijo cuando ellos sienten que más los necesita.

El temor y angustia de los padres esta influido por la gravedad y amenaza que significa la enfermedad en la vida de su hijo, por las restricciones que se les imponga y por las experiencias previas de enfermedad y hospitalización que ellos hayan experimentado personalmente o con otro de sus hijos.

❖ *Tipos de participación*

Los padres son considerados todavía en algunos casos como interlocutores pasivos a los que hay que informar y aconsejar, aunque lo ideal es crear una relación en ambos sentido y no solamente unívoco.

En un estudio realizado a escolares, aparece un análisis interesante sobre el tipo de participación parental, el cual resulta ilustrativo y útil de conocer.

❖ *Aparecen 4 formas de participación*

- Marginal: se trata de una participación formal y parcial, basada sobre todo en la información que dan los profesionales sobre los progresos del niño.
- Consultiva: es una forma de participación más frecuente, informal y variada.
- En este caso los padres reciben y ofrecen información.
- Participativa: es una forma más intensa e informal. Los padres participan en las tareas educativas conjuntamente con los profesionales, en aquellos aspectos educativos en que pueden ofrecer sus competencias.
- Organizativa: la participación en este caso se limita un número restringido de padres que asumen tareas organizativas específicas en el ámbito escolar. En general asumen la tarea en representación de los demás padres.

Lo más importante a destacar en este análisis es el hecho de que los padres aparecen con un rol más activo, lo que podría aplicarse en los hospitales con servicio pediátrico.

La familia debe participar en todo el proceso, su contribución complementa la de los profesionales, sin competir con ellos.

CARACTERÍSTICAS DE UN SERVICIO PEDIÁTRICO

El ambiente pediátrico es aquel servicio hospitalario que acoge a niños que por motivos de salud deben permanecer en ellos, ya sea durante algunas horas o por varios días. Es aquel que debe brindar un ambiente estático y dinámico agradable y familiar, no sólo para el niño, sino también para aquellas personas que lo visitan y para el mismo personal, puesto que así se facilita la interacción con ellos, la realización y entrega de cuidados.

Los objetivos del ambiente pediátrico son: lograr que la hospitalización sea, para el niño y su familia, una experiencia positiva que ayude al niño en su crecimiento y desarrollo; ayudar a reducir al máximo las reacciones emocionales que se producen en el niño frente a la enfermedad, la hospitalización, la separación de sus padres y de su ambiente habitual; aplicar en forma óptima el proceso de Enfermería con el fin de lograr una atención personalizada, programada y basada en conocimientos teóricos, pilares fundamentales para una atención de calidad.

Considerar los aspectos estáticos y dinámicos del ambiente hospitalario pediátrico tiene como fin el lograr que la atención brindada reúna las condiciones óptimas que ayuden al niño y a su familia a enfrentar los agentes estresores que se presenten durante la hospitalización.

Las condiciones del ambiente estático están ligadas a aquellas características que posee la planta física, la cual está conformada por la estructura del lugar, la distribución mobiliaria, la ornamentación, entre otras.

En el hospital las características del ambiente (olores, colores, uniformes y personas) para ellos extrañas, pueden provocar en el niño una pérdida de las capacidades adquiridas para realizar actividades de la vida diaria y una pérdida de control sobre sí mismos. Es por esto que la sala pediátrica necesita una atmósfera emotiva, acogedora y estimulante tanto para los niños como para sus padres.

La sala de pediatría debe ser diseñada y decorada con colores especiales o con motivos que llamen la atención del niño y le resulten alegres y atractivos (por ejemplo, puede llevar escenas de dibujos animados en sus paredes, variedad de colores, etc.). Es ideal que existan salas de juegos y de lectura donde los niños puedan desarrollarse en forma normal y sientan la hospitalización lo menos traumática posible.

Las características del servicio deben favorecer la presencia de los padres, al facilitar su estadía y brindar un espacio suficiente para poder entregar tiempo y cariño a sus hijos. Debe existir un lugar donde los padres dejen sus pertenencias antes de ingresar a las salas, por su comodidad, para evitar extravíos y/o infecciones externas. En las salas no debe faltar un asiento cómodo dispuesto al lado de cada cama; también es importante el apoyo que debe brindar el Equipo de Enfermería a esos padres que se verán enfrentados a la difícil tarea de ayudar a sus hijos enfermos.

El ambiente dinámico consta del área humana, en donde la enfermera pediátrica, así como cualquier otro funcionario del servicio, deben tener interés y el cariño por el trabajo con niños. Además deben ser personas calificadas, con la competencia profesional necesaria para otorgar una adecuada prestación de cuidados.

Enfocándonos solo a la Enfermería pediátrica, es esencial que la enfermera posea tanto habilidades técnicas como una sólida base de conocimientos, un espíritu crítico, asertivo, creativo y equilibrio emocional, que permita flexibilidad como, por ejemplo, en el horario de visitas y en la participación de los padres.

Según la teoría, los servicios pediátricos deben contemplar y fomentar la participación activa de los padres en la atención del niño, lo cual se ha ido implementando muy lentamente como resultado de un aumento en la preocupación de los aspectos emocionales de éstos, dentro de los cuales se considera el reconocimiento de la importancia de que los padres estén presentes durante la hospitalización.

Es en gran parte por los motivos descritos anteriormente, que se ha demostrado que es indispensable para el niño hospitalizado, contar con la presencia de sus padres, ya que cuanto más prolongada sea la separación entre ellos, existen mayores posibilidades de que se produzca un daño psicológico en el niño, además de aumentar sentimientos de frustración, culpa o impotencia de los padres y, en casos de niños más pequeños, se desfavorece el establecimiento del vínculo. Es en este aspecto en que se evidencia la importancia de la flexibilidad de la enfermera pediátrica, por ejemplo en cuanto a los horarios y tiempo destinado a las visitas, además de considerar a los padres dentro de la realización de labores hospitalarias relacionadas con su hijo y que, a criterio de la enfermera, se estime que pueden colaborar en actividades de aseo y confort (baño, lavado de dientes, lavado de manos antes de la comida, etc.) y la alimentación, que es fundamental principalmente en el niño que se encuentra con lactancia materna, favoreciendo el fortalecimiento del vínculo madre-hijo.

Una característica de gran importancia de las personas que trabajan con niños, es el poseer una estructura de valores fuertes que incluyan entre otros: amor, cariño, respeto,

veracidad, honestidad, ética, solidaridad y empatía, tanto por los niños a los cuales presta su servicio, como a sus padres y al resto del Equipo. Además, se hace necesario proteger al niño de peligros físicos y convertir el ambiente en uno menos amenazador, ya que la mayoría de los niños o lactantes hospitalizados no son capaces de verbalizar o definir de forma exacta sus dolencias. Por ésto es de vital importancia la capacidad de observación que debe poseer la enfermera pediátrica. Además debe relacionar gestos, olores, reacciones y actitudes con el fin de lograr la correcta interpretación y realizar diagnósticos de Enfermería que cumplan con el favorecimiento de las necesidades básicas del niño.

La visión holística sumada a los conocimientos adquiridos por la enfermera, otorgan el criterio para valorar aspectos en que se hacen necesarios dejar de lado la rigidez de ciertas estructuras institucionales en beneficio de la salud del paciente pediátrico.

Al Equipo de Enfermería le corresponde velar por la salud de los niños y la tranquilidad de la sala. Esto se puede hacer más difícil con la presencia permanente de los padres, sin embargo los resultados que se pueden obtener en la recuperación del niño y la disminución de la angustia de los padres deben anteponerse frente a las dificultades. Es por ésto que la capacitación debe ser constante y el apoyo dentro del mismo Equipo de Enfermería debe ser fundamental para la armonía física y mental de todos los miembros involucrados.

ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA

El Rol, como parte fundamental de una persona, está referido a la identificación que ella y su entorno le atribuye; esto definido esencialmente por el aspecto sociocultural, las características individuales y la actividad que la persona desempeña según su etapa de vida. El Rol es aprendido mediante el proceso de socialización, comenzando en el seno familiar para luego extenderse a los sitios de desenvolvimiento público y privado. Este aprendizaje puede ser intencional o incidental, identificándose (según Linton) 3 componentes principales: 1) Valor que se le asigna a un rol, 2) Actitud frente al rol y 3) Conducta.

Para cada Rol existe otro complementario, los cuales deben ser compatibles, yuxtaponiendo los valores, las actitudes y las conductas de cada rol para evitar el conflicto, ya que estos son esencialmente interdependientes y recíprocos. Es así como un adolescente adopta el rol de hijo y estudiante o una mujer adopta el rol expresivo y de esposa, por ejemplo.

En el caso de la Enfermería profesional, y directamente ligado a su historia y evolución, se le ha asignado diversos roles, los cuales – sin embargo – siempre se han centrado en una premisa: Gestionar el cuidado (hoy avalado por el código sanitario, artículo 113); es bajo este concepto de *gestionar* donde se aprecian y definen cuatro principales roles adoptados por el profesional de Enfermería: rol asistencial, rol administrativo, rol educativo y rol investigativo. Es a través de éstos que el profesional de Enfermería “*proporciona atención de Enfermería al individuo, familia y comunidad, a lo largo de todo el ciclo evolutivo con el propósito de fomentar, proteger la salud del individuo, recuperar y rehabilitar el enfermo*”⁶.

Particularmente, en los servicios de hospitalización pediátrica podemos ver manifiestos los roles antes mencionados a través de actitudes generales y particulares, tanto con el niño hospitalizado como con sus padres; es así que podemos distinguir lo siguiente:

Rol Administrativo

Con el correr de los años la enfermera ha ido adquiriendo mayores responsabilidades administrativas; por lo cual se ha visto en la necesidad de incluir en su formación conocimientos de dirección y liderazgo, adecuándolo a las necesidades de la profesión.

Como parte de la gestión del cuidado, está el deber velar por la mejor utilización de los recursos, pero no pensando exclusivamente en la institución a la que pertenecen, sino “el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente”.

A pesar que el trabajo administrativo del profesional de Enfermería varía ampliamente entre una institución y otra dependiendo de la meta institucional, de los recursos y reglamentos existentes, además de otros aspectos, se pone de manifiesto que la administración de Enfermería se encuentra guiada (en menor o mayor manera) por el proceso administrativo, método basado en etapas consecutivas y sobrepuestas que dan un esquema de trabajo que permite a la/el enfermera/o ejercer su liderazgo, mantener buenas relaciones interpersonales y obtener resultados eficaces.

Como método para implementar este trabajo administrativo, el profesional de Enfermería ha desarrollado el trabajo en Equipo, el cual es un método de trabajo colectivo en que los participantes intercambian su experiencia, respetan sus roles y funciones para lograr un objetivo común. Dentro de las ventajas del trabajo en Equipo se encuentran que las decisiones del grupo son siempre superiores a las individuales (democrático), permite oportunidades de aprendizaje a cada miembro del grupo, facilita el proceso de comunicación interna y la permanencia de un clima laboral sano y no estresante.

En los servicios de hospitalización pediátrica es de mucha importancia tener presentes las características específicas de los niños, tanto desde la perspectiva 1) *anatómica*, que llevará a gestionar recursos materiales que brinden de comodidad física tanto a los niños como a quienes les atienden o visitan y 2) *emocional*, lo que exigirá dar oportunidades más flexibles tanto a familiares y visitantes de los niños hospitalizados, así como un muy buen manejo de las relaciones interpersonales con los niños por parte de quienes trabajan con ellos.

Rol Asistencial

El rol primordial del profesional de Enfermería en el servicio pediátrico es otorgar seguridad y la completa satisfacción de las necesidades del niño, brindando una atención integral, es decir, no sólo al niño, sino también a su familia y personas significativas que lo acompañan.

El rol asistencial del profesional de Enfermería y los procedimientos de Enfermería que se realizan con los niños son compartidos con los técnicos en Enfermería. La división entre técnicas realizadas por profesionales y técnicos no está definida desde un enfoque legal, variando ampliamente de una institución a otra y divididas solo por la habilidad técnica que otorga el conocimiento y la experiencia.

Es importante mencionar que dentro del concepto de “técnicas de Enfermería” no sólo se encuentran incluidas las técnicas invasivas, sino también las de aseo y confort, alimentación y control de signos vitales, procedimientos que se realizan para satisfacer las necesidades del niño y que se podrían delegar. Se debe tener en consideración que la Enfermera no puede delegar la responsabilidad, sólo actividades, ya sea a técnicos Paramédicos, a los padres o familiares de los niños hospitalizados previa educación y bajo supervisión.

Pensando holísticamente en la necesidad del niño, no se puede dejar de mencionar que el profesional de Enfermería y su Equipo no tienen sólo tareas instrumentales asignadas, sino también se debe atender a la parte afectiva y recreacional de los niños, no con el afán de desplazar a los padres y familiares, sino intentando que la estadía del niño en el hospital (a pesar de ser un evento francamente paranormativo) pueda brindarle la oportunidad de crecimiento.

El Equipo de Enfermería debe lograr establecer una relación terapéutica no sólo con el niño, sino también con sus padres, donde la orientación y el apoyo ante la ansiedad, sean entregados de manera oportuna para evitar repercusiones desfavorables en la recuperación de éste.

Rol Educativo

Durante el proceso de formación profesional del estudiante de Enfermería se hace hincapié en la difusión de información, tanto a pares como a público; esto se ve proyectado a nivel profesional cuando se concuerdan reuniones con los padres de los niños hospitalizados para tratar temas que son de preocupación de estos y se realiza educación en las salas a los mismos niños, no con el fin de “sólo” entregar información, sino con el afán de promover cambios en las conductas de salud de estos, y así evitar – por ejemplo- una nueva hospitalización. En definitiva, este rol es una fortaleza que posee y ejerce el profesional de Enfermería, que marca su conocimiento y autonomía.

Rol Investigativo

La investigación, siendo de gran importancia para el crecimiento de la Enfermería como profesión se ha visto obstaculizada por factores, tales como, exceso de trabajo de los enfermeros, insuficientes recursos para realizarla, déficit de profesionales en el país, lo que ha llevado a priorizar los otros pilares del ejercicio profesional. Aún así hay importantes avances, especialmente derivados del trabajo de las Universidades con los post grados y publicaciones en revistas nacionales e internacionales. Sin embargo hay mucho por hacer, por lo que la investigación de Enfermería es un reto para la Enfermería chilena moderna.

LAS ACTITUDES

La formación de actitudes en la persona es un proceso complejo, permanente, continuo y dinámico que comienza en etapas muy tempranas del desarrollo. Son muchos los factores importantes en este proceso, uno de los más importantes es la percepción, aquel proceso cognoscitivo, que desarrolla toda persona al enfrentarse y conocer al mundo, para lo cual es necesario la recepción de información.

Las actitudes son consideradas como una predisposición a clasificar los objetos, el grado de reacción ante éstos y su capacidad evaluativa; son manifestaciones de la experiencia consciente; son propias de las personas (pertenecen a ésta) y se forjan durante toda la vida del ser humano. Son aprendidas del mundo que lo rodea y que conforman su entorno; este aprendizaje la mayor parte del tiempo no es consciente.

Por lo dicho anteriormente, son influenciadas por las relaciones con sus padres y la identificación del niño con éstos. A la vez, reciben influencias del sistema sociocultural y de los grupos de pertenencia. Son fundamentales en la formación de la personalidad y del comportamiento de las personas.

Como concepto, podemos decir que la actitud es el tono del sentimiento dirigido hacia una persona, situación o cosa, la cual tiene en los individuos una respuesta personal valorativa y/o afectiva. Son evaluadas conforme a ciertos parámetros observables, evaluando las respuestas emitidas ante determinados hechos.

Las actitudes representan la predisposición de una persona a comportarse de una manera determinada; son ejes centrales, que forman, impulsan y motivan la personalidad. Como se menciona anteriormente, es el sistema fundamental determinante en la orientación hacia el entorno y adaptación del individuo; son un patrón para relacionarse con el medio. No es posible observarlas indirectamente; se deben inferir a partir de opiniones, creencias, sentimientos, valores y conductas.

Componentes de las actitudes

Las actitudes demuestran lo que el individuo piensa y siente. El comportamiento no es sólo el reflejo de cómo queremos ser, sino también de lo que creemos se debe hacer, es decir, nos influyen las normas sociales y son determinantes en nuestros comportamientos.

❖ *Las actitudes tienen tres componentes principales*

- *Componente afectivo:* se refiere a la valoración emocional (lo que se quiere y lo que no se quiere), determina lo bueno y lo malo, teniendo como base nuestros juicios. Es el componente central, se refiere a los sentimientos, y de ellos nacen los juicios hacia los objetos, situaciones e individuos. Determinando así al componente cognitivo y conductual. Son una proyección de nuestros sentimientos.
- *Componente cognoscitivo:* son las creencias, valores y conocimientos que predisponen el actuar de una persona. Este componente se refiere al raciocinio, siendo parte de éste principalmente las opiniones, atributos y conceptos. Lo que se piensa y cree basándose en la experiencia.
- *Componente conductual:* representa la tendencia a comportarse de cierta manera. Cuando el individuo cree o piensa de determinada forma, actúa de igual manera (de acuerdo a lo que creyó o pensó) ante algún objeto, persona o circunstancia. Reflejan la inclinación de un individuo a actuar como resultado de una actitud.

La actitud es posterior a la acción, pero ésta refuerza la actitud correspondiente.

Los elementos anteriormente analizados pueden ser consistentes o discordantes; serán consistentes cuando se dice y se actúa conforme a ellos de manera congruente. Por el contrario, es discordante cuando los tres componentes se contradicen en todos o en algunos de ellos.

Características de las actitudes

- Son aprendidas como resultado de la vida y experiencia de cada persona. Se forman a partir de aquellas circunstancias en las que éstas se desenvuelven. También se adquieren actitudes a través de las conductas o influencias de otros, incluso sin darnos cuenta vamos aprendiendo viendo o imitando a otros.
- Tienden a estabilizarse y ser perdurables en el tiempo, generando una estructura consistente, que puede dar rigidez al comportamiento o generar el cambio.
- Son base y determinante del comportamiento de cada persona.

- Es un proceso complejo, ya que sus tres componentes se encuentran en constante interacción.
- Son subjetivas, ya que son distintas para cada persona y según sus propias circunstancias de vida.
- Determinan la conducta, influyendo algunos de sus componentes, según la situación particular.
- Pueden variar según la manifestación, en distintos grados, para cada persona o situación, pudiendo ser de mayor o menor intensidad.
- Se pueden transmitir, manifestarse hacia los demás individuos e influyen en la actitud de los demás.
- Son bidireccionales, quienes tienen actitudes positivas no sólo benefician a los demás, sino también a sí mismo, haciéndolo crecer como personas; en cambio las actitudes negativas, son negativas tanto para el ambiente como para quien la genera.
- Pueden transformarse: a partir de una actitud negativa se puede generar una actitud positiva, respecto del mismo objetivo persona o situación.
- Las actitudes tienen aspectos de significado social, o sea, que producen efectos en la sociedad.
- El cambio de actitud será más o menos factible, según el objeto de ella. Si es de importancia para el sujeto, éste realizará un análisis profundo de su actitud y las otras actitudes posibles en otras circunstancias. Si es menos importante, la actitud es más volátil y su cambio no requiere de mayor razonamiento. Pero es importante destacar que el objeto de la actitud es relevante para cada persona de un modo distinto, y el arraigo de ella depende de la forma en que la persona la haya aprendido.

Formación de las actitudes

Se sugiere que la formación de las actitudes es diferente según la base motivacional de cada una de ellas:

- *Utilitaria*: Este tipo de actitud se adquiere a través de la experiencia con un objetivo relacionado con la supervivencia.
- *De expresión de valores*: Esta actitud tiene una base motivacional que es la autoestimación y la autorrealización de la persona. Forma parte del proceso de identificación.
- *Defensivas del yo*: Este tipo de actitud también está relacionado con el motivo de autoestimación, pero protegiendo el yo de una manera negativa. En ella encontramos los prejuicios. Está basada en el conocimiento, lo cual permite adquirir una imagen clara, estable y consistente.
- *Con base en el conocimiento*: Otro planteamiento de formación de las actitudes se refiere a un resumen entre la experiencia personal y el medio social en el que está inmerso el individuo.

Factores que influyen en la formación de las actitudes

- *Elementos innatos*: como la edad, sexo, temperamento, etc.
- *Factores de orden educacional*: Relacionados con la familia, experiencias vividas y el nivel educacional.
- *Factores de orden social y cultural*: Referente a las discriminaciones, prejuicios, etc.
- *Factores propiamente personales*: Referente a los valores que cada individuo posee.

TEORÍAS DE LA FORMACIÓN DE ACTITUDES

Como en cualquier tema psicológico existen diferentes teorías para explicar la formación de las actitudes, a saber:

- ❖ *Teoría del aprendizaje*: Según esta teoría, aprendemos actitudes del mismo modo que aprendemos todo lo demás.

En la medida que seamos recompensados por ellas, el aprendizaje perdurará.

Éstas teorías del aprendizaje conciben a las personas como seres primariamente pasivos, cuyo aprendizaje “depende del número y la fuerza de los elementos positivos y negativos previamente aprendidos”⁵.

- ❖ *Teoría de la consistencia cognitiva*: Se refiere a la incoherencia entre dos estados de conciencia que hace que las personas se sientan incómodas, y cambian su pensamiento o acciones con tal de ser coherentes.
- ❖ *Teoría de la disonancia cognitiva*: La tendencia natural de los seres humanos es incrementar el valor de lo que ellos han elegido. Siempre que tenemos dos ideas, actitudes u opiniones que se contradicen estamos en un estado de disonancia cognitiva o desacuerdo, en donde se debe elegir una de éstas teniendo en cuenta los aspectos positivos y negativos de cada una de ellas.

Modificaciones de esta teoría:

Puede modificarse de variadas maneras. Hay que tener en cuenta que lo que es disonante para unos puede ser consistente para otros.

Reconocer los errores crea disonancia pero es la única manera de aprovecharlos y aprender para el futuro.

- ❖ *Teoría de la autopercepción*: Se trata de un análisis atributivo sobre la formación y cambio de actitudes.

Esta teoría dice que las actitudes se forman de una manera siempre, es decir, contemplan su comportamiento y luego atribuyen el qué hacen a cómo se sienten.

ACTITUDES Y CAMBIO DE ACTITUDES

En el proceso de formación de las actitudes intervienen tanto la sociedad como los modelos instaurados por las actitudes de los adultos.

En cada edad existen principios de cambio estereotipados, es decir, a tal edad hay que hacer o dejar de hacer determinadas cosas.

Todo esto se traduce en un comportamiento deseado y en la interiorización de las normas. El sujeto estará siempre afectado por las normas.

Para actuar de manera distinta de lo propuesto se necesita un cambio de actitud, lo que es rápidamente aprendido, el cambio de actitud significa innovación, implica ser creador.

Desde una actitud de vida creativa, el proceso de innovación sucede siempre en el ámbito intrapersonal, este cambio produce un giro biopsicosociológico con espirales interminables, si no se detiene.

La actitud es proceso vital solidificado en la historia, lo cual presupone que su formación está regida por el medio social del individuo.

El cambio de las actitudes

Las actitudes por sí solas son importantes, pero lo es más la posibilidad de cambio de las mismas, sin el cambio el comportamiento individual y social se vería determinado y limitado.

Diariamente uno trata de influir en las actitudes de alguien o es influido por los intentos de otros de cambiar nuestras actitudes; estas influencias se manifiestan con distinto grado de discreción.

¿Cómo medir las actitudes?

Lo más frecuente es que los científicos sociales midan las actitudes haciendo una serie de preguntas sobre creencias, a través de entrevistas y cuestionarios. Las escalas más populares de actitudes son: La escala de Likert y el Diferencial semántico.

Mediciones de los componentes de las actitudes

- ❖ **Componente afectivo**: Se mide por respuestas fisiológicas o expresiones verbales de gusto o disgusto.
- ❖ **Componente cognoscitivo**: Se puede medir por medio de la autoevaluación de creencias o por la cantidad de conocimientos que una persona tiene acerca de un tema o que refiere tener.

- ❖ Componente conductual: Se mide a través de la observación del comportamiento de las personas en situaciones específicas. Además las actitudes se ven como predisponentes, las cuales son más aprendidas que innatas; por lo tanto las actitudes no son necesariamente estables, sino susceptibles al cambio.

TIPOS DE ACTITUDES

Actitud moral general

También actitud personal. Está compuesta por todas las actitudes congruentes con los valores morales que no forman parte del conocimiento.

La actitud personal esta compuesta por:

- ❖ *Actitudes morales*: Este concepto tiene sus bases en la psicología y sociología, y trata de suplir con ventajas la función que desempeña en la moral tradicional el “hábito”.

Esta compuesta por tres elementos:

- Motivación
- Referencia a un ámbito concreto del compromiso humano
- Aspiración tendencial

- ❖ *Actitudes cívicas*

Actitud con relación al campo de conocimiento

- ❖ *Actitudes hacia la ciencia/campo de conocimiento enseñado*: Posición afectiva hacia los contenidos y la enseñanza del campo cognoscitivo en estudio.
- ❖ *Actitud científica*: se define como características científicas subdivididas exactitudes generales y actitudes propias del campo disciplinario en cuestión.

Actitud espontánea

El conocimiento es el instrumento de acción eficaz que tiene el hombre para operar en el mundo; saber es poder. Aumentando nuestra fuerza podemos dominar la naturaleza y enriquecernos.

Todos los hombres conocemos en forma natural y espontánea, y nos apoyamos en ello para nuestras vidas. Estos conocimientos adquiridos en actitud espontánea están vinculados a los impulsos más elementales. Son al azar, sin orden ni sistema, son adquiridos, conservados y empleados.

Actitud filosófica

Comprende todas las formas del saber, el hombre, el entorno, lo cotidiano y todo lo inherente a su existencia.

Apunta a fundamentos y sentido del mundo.

El hombre que adopta este tipo de actitud pone en tela de juicio todo conocimiento, es un crítico, supera las exigencias de la ciencia.

Este hombre no tiene límites ya que la filosofía comienza donde la ciencia termina.

Actitud analítica

Se refiere a la expresión de sentimientos entre dos o más personas. Para esto, es el oyente el que debe tener claro que debe favorecer el paso y la proyección de los sentimientos, sin involucrarse en el traspaso de la información.

Además, no debe dejarse perturbar por esta información o por lo menos controlar las perturbaciones que sienta de modo de dejar fluir los sentimientos del interlocutor.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLES DEPENDIENTES.

❖ Actitud del Equipo de Enfermería frente a la participación de los padres.

Definición: Conducta positiva o negativa del Equipo de Enfermería, frente a la participación de los padres en el cuidado de sus hijos hospitalizados.

• **DIMENSIÓN.**

POSITIVA: Aquella conducta que favorece, promueve y fomenta la participación de los padres.

○ INDICADOR.

▪ Conducta que:

- Acepta horario de visita amplio y flexible.
- Favorece la alimentación realizado o ayudado por los padres.
- Promueve la ayuda de los padres en técnicas básicas de Enfermería.
- Control de Signos Vitales.
- Nebulización.
- Aseo y confort.

○ SUBINDICADOR.

- Temperatura.
- Baño, muda y cambio de ropa de cama, realizado o ayudado por los padres.

- **DIMENSIÓN.**

NEGATIVA: Aquella conducta que dificulta o evita la participación de los padres.

- INDICADOR.

- Conducta que:

- Rechaza horario de visita amplio y flexible.
- Rechaza la visita de los padres.
- Rechaza la alimentación realizado o ayudado por los padres.
- Rechaza la ayuda de los padres en colaboración en técnicas básicas de Enfermería.
 - Control de Signos Vitales.
 - Nebulización.
 - Aseo y confort.

VARIABLES INDEPENDIENTES

❖ Factores Biopsicosociales.

Definición: Conjunto de características presentes en cada integrante del Equipo de Enfermería, relacionadas con aspectos biológicos, psicológicos y sociales, los que pueden influir en sus comportamientos diarios.

• **DIMENSIÓN.**

EDAD: Tiempo cronológico entre la fecha de nacimiento y la fecha actual.

○ INDICADOR.

- 20 y menos años.
- 21-30 años.
- 31-40 años.
- 41-50 años.
- 50 y más años.

- **DIMENSIÓN.**

TIEMPO DE TRABAJO: Tiempo cronológico entre la fecha de inicio laboral en Enfermería y la fecha de observación.

- **SUBDIMENSIÓN.**

GENERAL: Periodo transcurrido desde el ingreso a trabajar en Enfermería hasta la fecha de observación.

- **INDICADOR.**

- Menos de 5 años.
- Entre 5 y 15 años.
- Entre 15 y 30 años.
- Más de 30 años.

- **SUBDIMENSIÓN.**

EN PEDIATRÍA: Periodo transcurrido desde el ingreso a un servicio pediátrico, y hasta la fecha (en los casos de trabajos por periodos, estos se sumarán).

- **INDICADOR.**

- Menos de 5 años.
- Entre 5 y 15 años.
- Entre 15 y 30 años.
- Más de 30 años.

- **DIMENSIÓN.**

SOBRECARGA LABORAL: Horas de trabajo semanal extra a las horas permitidas legalmente (44 horas).

- INDICADOR.

- Menos de 12 hrs. Semanales
- Entre 12-24 hrs. Semanales
- Más de 24 hrs. semanales

- **DIMENSIÓN.**

CONOCIMIENTOS SOBRE LOS EFECTOS DE LA HOSPITALIZACIÓN EN LOS NIÑOS:

Noción o dominio respecto a temas relacionados con los efectos que produce la hospitalización pediátrica basada en la experiencia y o educación formal.

- INDICADOR.

- Factores estresores.
 - Angustia ante la separación.
 - Protesta.
 - Desesperanza.
 - Indiferencia.
 - Pérdida de control.
 - Lesión corporal y dolor.
- Apego.
 - Formación del vínculo padres-hijo.
 - Lactancia Materna.
 - Manifestaciones de cariño de los padres.
- Características del servicio pediátrico.
 - Dinámico.
 - Estático.

- **DIMENSIÓN.**

MOTIVACIÓN EN EL TRABAJO: Causa o motivo que estimula o incentiva el interés del Equipo de Enfermería en su labor dentro del servicio de pediatría.

- INDICADOR.

- Preferencia para trabajar con niños.
- Estabilidad laboral (tipo de contrato).
- Relaciones Interpersonales en el trabajo.
- Reconocimiento de su trabajo.
- Oportunidades de progreso (competencias laborales: capacitaciones, ascensos).

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

- **Tipo de investigación.**

Este es un estudio de tipo descriptivo-relacional transversal.

- **Organización del trabajo grupal.**

El grupo de seminario de tesis se constituyó en mayo del año 2005, integrado por 7 alumnos de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso. El tema fue elegido por el grupo, pertenece al área de Enfermería pediátrica.

Durante el desarrollo del seminario de tesis se contó con la asesoría de la docente guía, Sra. Luisa González, académica del departamento de Enfermería Pediátrica; con la cual se programaron reuniones formales, con asesorías en forma semanal. También se realizaron reuniones en horarios extra-programáticos con y sin la docente guía, según la necesidad de la investigación y disponibilidad de los tesistas.

Para la correcta realización del trabajo se eligió una directiva, con el fin de coordinar de manera eficaz las actividades del grupo, la cual contó con los siguientes cargos: presidente, vicepresidente, secretaria y tesorera. El cargo de tesorera fue permanente, en cambio, los demás cargos fueron rotando según las necesidades del grupo.

- **Revisión bibliográfica.**

Una vez elegido el área de estudio, cada integrante realizó una revisión y análisis del material bibliográfico en forma individual, lo que posteriormente fue discutido por el grupo y docente guía, llegando así a delimitar el problema.

La revisión bibliográfica durante el desarrollo del seminario de tesis incluyó las siguientes fuentes: textos, revistas, seminarios de tesis anteriores, publicaciones de Internet e investigaciones anteriores respecto al tema; todo esto con la finalidad de elaborar un marco teórico en el cual se base este estudio, además de ampliar nuestros conocimientos respecto al tema.

POBLACIÓN EN ESTUDIO.

El universo en estudio fue constituido por el personal del Equipo de Enfermería que se desempeñan en los servicios pediátricos de los hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Durante el mes de Mayo del año 2006.

El criterio de elección de dichos establecimientos de salud se basó en:

- ❖ Homogeneidad de la muestra.
- ❖ Accesibilidad para los tesistas.
- ❖ Consentimiento por parte de los directivos de dichas instituciones.

DISEÑO MUESTRAL.

La muestra investigada corresponde al universo completo seleccionado, esto debido a los recursos, disponibilidad de tiempo y el deseo grupal de obtener la mayor información posible.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para la recolección de datos se confeccionó un instrumento que consta de 2 partes:

- ❖ Una encuesta.
- ❖ Test de conocimiento.

El método elegido para la recolección de datos fue la autoaplicación de las encuestas con supervisión de los encuestadores (tesistas).

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO.

El instrumento aplicado contiene dos partes: una encuesta, que consta de 3 ítems con 15 preguntas cerradas (selección múltiple), que permitieron obtener datos relacionados con las variables elegidas. Estos ítems son los siguientes:

- ❖ Actitud
- ❖ Factores biopsicosociales.
 - Edad
 - Tiempo de trabajo (general y en pediatría)
 - Sobrecarga laboral
 - Conocimiento sobre hospitalización pediátrica
 - Motivación y satisfacción del Equipo de Enfermería en la atención pediátrica

Además de un test de conocimiento con 8 preguntas abiertas para Enfermeras y 10 preguntas cerradas (verdadero y falso) para Paramédicos.

ESTUDIO DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.

Para la validación del instrumento, se aplicaron las encuestas a un total de 3 enfermeras y 4 Paramédicos, seleccionados al azar que trabajaron en un turno, el día 15 de Enero del año 2006, en Servicios Pediátricos del Hospital de Niños de Viña del Mar.

Los objetivos de la prueba del instrumento fueron los siguientes:

- ❖ Identificar preguntas de difícil comprensión y/o interpretación, con el fin de modificarlas.
- ❖ Determinar el tiempo promedio necesario para la aplicación del instrumento.
- ❖ Evaluar lugares físicos existentes dentro de los Servicios Pediátricos.

Una vez hecha la prueba, fue necesario realizar algunas modificaciones, para esclarecer aún más las preguntas del cuestionario.

CRITERIOS DE ANÁLISIS.

❖ ACTITUD

El ítem actitud incluye las preguntas n° 11 a 15.

- Las preguntas n° 11 y 12 se analizará según la siguiente tabla:

n° de Horas	Respuestas	Puntos
1 hora diaria o menos	SI	0
2 a 4 horas diarias	NO	3
5 a 8 horas diarias	SI	3
9 horas diarias	NO	0

- Las preguntas n° 13 y 14 se les asignará 3 puntos si la respuesta es Si y 0 punto si la respuesta es No.
- La pregunta n° 15 se analizará según la siguiente tabla:

Cantidad de alternativas marcadas	Puntos
5 o más	3
1 a 4	1
0	0

❖ FACTORES BIOPSIICOSOCIALES

El ítem de factores biopsicosociales incluye las preguntas n° 1 a 10.

- Las preguntas 1, 2, 3 y 4 se analizarán las respuestas correspondientes al ítem de factores biopsicosociales con el propósito de conocer como éstas influyen en el comportamiento diario del Equipo de Enfermería.
- La pregunta n° 5 de sobrecarga laboral se analizará según la siguiente tabla:

		Puntaje	Sobrecarga
No		3	Ausente
Si	Menos de 12 horas	2	Mínima
Si	Entre 13 y 24 horas	1	Moderada
Si	Más de 24 horas	0	Excesiva

- Las preguntas 6, 7, 8, 9 y 10 se analizarán las respuestas correspondientes a la motivación del Equipo de Enfermería.
- La pregunta n° 6 se analizará según la siguiente tabla:

Tipo de Contrato	Puntaje
Convenio a honorario	0
Nombramiento a contrata	1
Nombramiento de Planta	1
Otro	0

- Las preguntas 8, 9 y 10 se analizarán según la siguiente tabla:

Pregunta	Si	No
Pregunta n° 8	1	0
Pregunta n° 9	1	0
Pregunta n° 10	1	0

- Se realizara la suma de las preguntas 6, 8, 9 y 10, dichos puntajes se relacionaran con la respuesta de la pregunta 7 para ser categorizada según la siguiente tabla:

Pregunta N° 7	Otra pregunta	Motivación
SI	0	Desmotivado
SI	1	Desmotivado
SI	2	Motivación baja
SI	3	Motivación moderada
SI	4	Motivación alta
No	0	Desmotivado
No	1	Desmotivado
No	2	Desmotivado
No	3	Desmotivado
No	4	Desmotivado

▪ **CONOCIMIENTOS DE ENFERMERAS/OS**

Consta de 8 preguntas:

• Pregunta a) Factores que provocan estrés:

1. _ Angustia ante la separación.
2. _ Pérdida de control.
3. _ Lesión corporal y dolor.

Se considera buena la respuesta que contenga los 3 factores antes descritos.

Se considera regular la respuesta que contenga 1 o 2 factores antes descritos.

Se considera mala la respuesta en blanco o incorrectos todos los factores mencionados.

• Pregunta b) Como se manifiesta el dolor en el lactante:

1. _ Expresión facial.
2. _ Inapetencia.
3. _ Llanto.
4. _ Irritabilidad.
5. _ Agitación.

Se considera buena la respuesta que contenga 3 de las expresiones antes descritas.

Se considera regular la respuesta que contenga tan solo 1 o 2 de las expresiones antes descritas.

Se considera mala la respuesta en blanco o incorrecta todas las expresiones mencionadas.

• Pregunta c) Pre-escolar de 4 años frente a la angustia ante la separación:

1. _ Tratan de retener físicamente a sus padres (los buscan cuando se van).
2. _ Rabietas.
3. _ Regresiones.
4. _ No cumplen horarios.

Se considera buena la respuesta que contenga 3 de las conductas antes descritas.

Se considera regular la respuesta que contenga tan solo 1 o 2 de las conductas antes descritas.

Se considera mala la respuesta en blanco o incorrectas todas las conductas mencionadas.

• Pregunta d) Establecimiento del vínculo madre-hijo:

Se considera bueno la respuesta que comprenda el establecimiento del vínculo entre los 6.

Se considera mala cualquier otra respuesta.

• Pregunta e) Factores que favorecen el vínculo madre-hijo:

1. _ Contacto físico (caricias, besos).
2. _ Lactancia materna.
3. _ Expresiones de afecto (juego, hablarle, cantarle).

Se considera buena la respuesta que considere los 3 aspectos mencionados.

Se considera regular la respuesta que considere 1 o 2 aspectos mencionados.

Se considera mala la respuesta en blanco o incorrecta todos los aspectos mencionados.

• Pregunta f) Ambiente estático que influye en forma positiva:

1. _ Colores vivos.
2. _ Diseños infantiles.
3. _ Delantales con diseños llamativos.
4. _ Espacio adecuado de camas.

Se considera buena la respuesta que contenga 3 de los aspectos mencionados.

Se considera regular la respuesta que contenga 1 o 2 de los aspectos mencionados.

Se considera mala las respuestas en blanco o incorrectos los aspectos mencionados.

• Pregunta g) Características específicas del profesional de enfermería en el servicio pediátrico:

1. _ Motivación.
2. _ Empatía.
3. _ Ética.
4. _ Amabilidad.
5. _ Paciencia.
6. _ Con fundamentos teóricos sólidos.

Se considera buena la respuesta que contenga 3 de las características mencionadas anteriormente.

Se considera regular la respuesta que considere 1 o 2 de las características mencionadas anteriormente.

Se considera mala la respuesta en blanco o incorrecta las características mencionadas anteriormente.

- Pregunta h) Características del ambiente terapéutico pediátrico:

1. _ Favorece relación madre – hijo.
2. _ Permite recuperar salud del niño.
3. _ Brinda seguridad física, psicológica y social.
4. _ Permite interactuar al Equipo de salud con la familia.

Se considera buena la respuesta que contenga 3 de las características mencionadas anteriormente.

Se considera regular la respuesta que considere 1 o 2 de las características mencionadas anteriormente.

Se considera mala la respuesta en blanco o incorrecta las características mencionadas anteriormente.

Las preguntas se clasifican en buena, regular y mala, las cuales tienen puntajes asignados de 3, 1 y 0 correspondientemente.

- Categorización:

- Muy bueno 24 pts
- Bueno 15-21 pts
- Regular 6-12 pts
- Deficiente 3 pts

- **CONOCIMIENTOS DE TÉCNICOS PARAMÉDICOS**

- Consta de 10 preguntas de verdadero y falso :

Preguntas Verdaderas	Preguntas Falsas
a, g, h, i, j	b, c, d, e, f

Se clasifican en correctas e incorrectas, las cuales tienen puntajes asignados de 3 y 0 puntos respectivamente.

• Categorización:

- Muy bueno 30 puntos
- Bueno 18-27 puntos
- Regular 6-15 puntos
- Deficiente 3 puntos

CRITERIOS UTILIZADOS PARA EL ANÁLISIS DE LOS DATOS.

Para el vaciamiento y análisis de datos se utilizaron los programas Excel y Word. Además para el análisis de algunos gráficos se utilizó la fórmula de Chi cuadrado que es una distribución para comparar valores observados de los esperados, mide una asociación estadística indicando el grado de probabilidad de que un valor sea o no producto del azar. Ésta función estadística no debe utilizarse si cualquiera de los valores tiene un valor esperado menor que 1 o si más de un 20% de las casillas tienen valores esperados menores que 5.

ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN TERRENO.

Posterior a la petición formal de autorización (vía carta), por parte de la directora de la escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, a los distintos hospitales en estudio (Hospital Carlos van Buren, Hospital Gustavo Fricke y Clínica Reñaca); y logrando la aceptación por parte de éstos. Durante el mes de Mayo del año 2006, se llevó a cabo la aplicación del instrumento en dichos hospitales.

Para esto se concurrió con anterioridad a dichos servicios, con el fin de obtener un listado del personal asistente a los distintos turnos. Según esto se aplicaron los instrumentos de acuerdo a la disponibilidad de tiempo de cada tesista, ya que los 7 investigadores se encontraban en periodo académico.

Para la aplicación de los instrumentos en terreno, asistió cada tesista a los respectivos Servicios Pediátricos, con el fin de informarles sobre el estudio y solicitarles su autorización, posteriormente se aplicó el instrumento en la sala designada por la enfermera a cargo del servicio.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS, PRESENTACIÓN DE GRÁFICOS Y TABLAS

1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

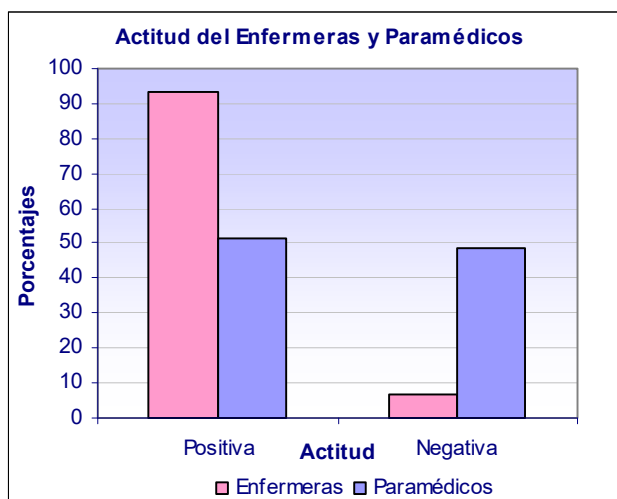
ACTITUD

“Distribución porcentual de Enfermeras y Paramédicos según Actitud en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”.

Tabla N° 1.1

Actitud	Enfermeras		Paramédicos	
	n	%	n	%
Positiva	14	93%	33	52%
Negativa	1	7%	31	48%
Total	15	100%	64	100%

Gráfico N° 1.1



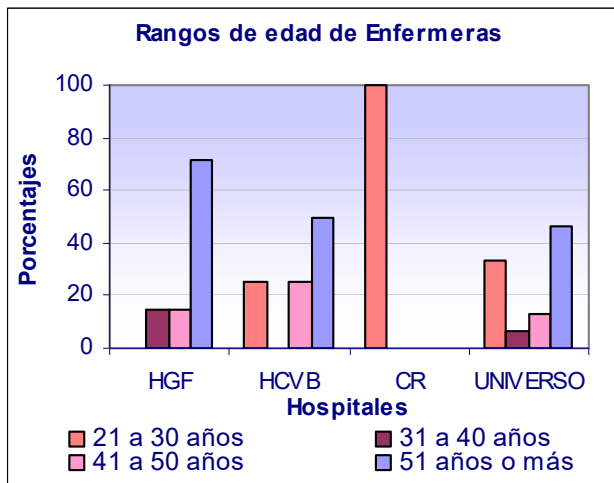
En el gráfico se observa que alrededor de un 93% de las Enfermeras y 52% del personal Paramédico se ubica en el rango de “Actitud Positiva”.

Se observa que alrededor del 48% de los Paramédicos y el 7% de las Enfermeras se encuentra con una actitud negativa.

FACTORES BIOPSICOSOCIALES

“Distribución porcentual de Enfermeras según rango de edad que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”

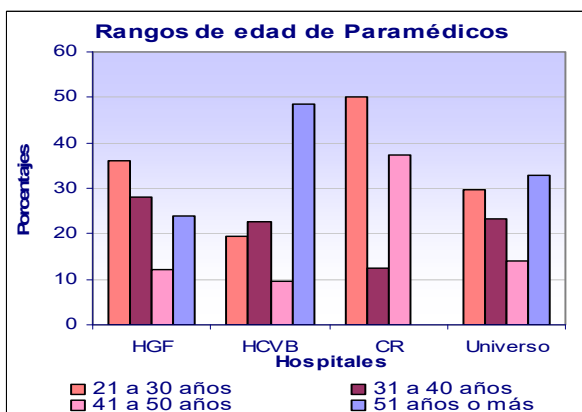
Gráfico N° 1. 2



Cerca de un 50% de las Enfermeras encuestadas se encuentra en el mayor rango de edad (51 años o más), especialmente en HGF, donde alcanzan alrededor de un 70%. Por otra parte, la Clínica Reñaca presenta un 100% de Enfermeras en el rango entre 21 a 30 años.

“Distribución porcentual de Paramédicos según rango de edad que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”

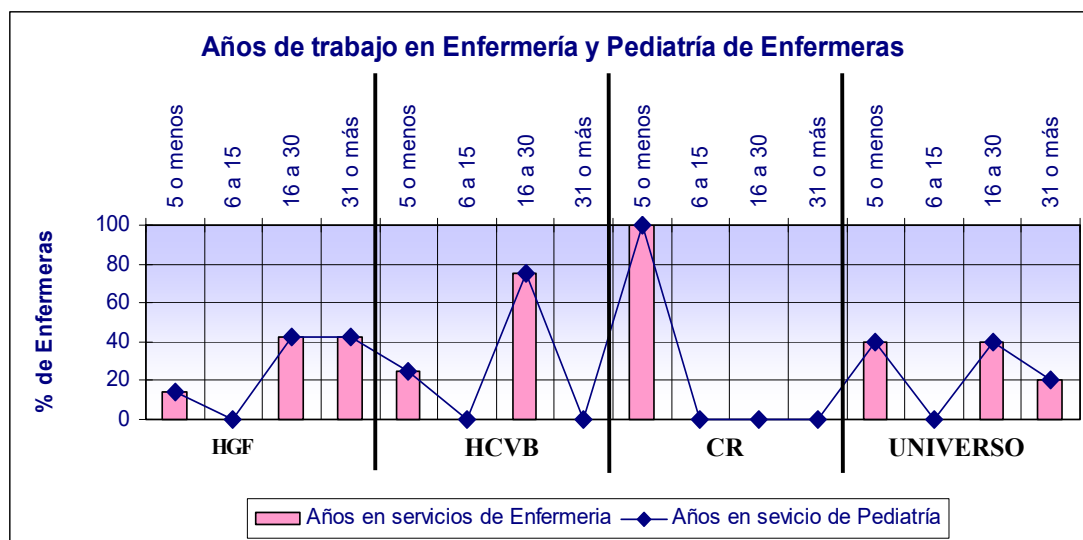
Gráfico N° 1. 3



Los Paramédicos encuestados se encuentran equilibrados con respecto a los grupos etarios, esto se demuestra por una diferencia aproximada de sólo un 3% entre el rango de 21 a 30 y 51 años o más. En la Clínica Reñaca la mayoría del personal Paramédico es relativamente joven, no encontrándose personas en el rango de 51 años o más.

**“Distribución porcentual de Enfermeras según años de trabajo en Enfermería y
Pediatría de los hospitales en estudio”**

Gráfico N° 1. 4

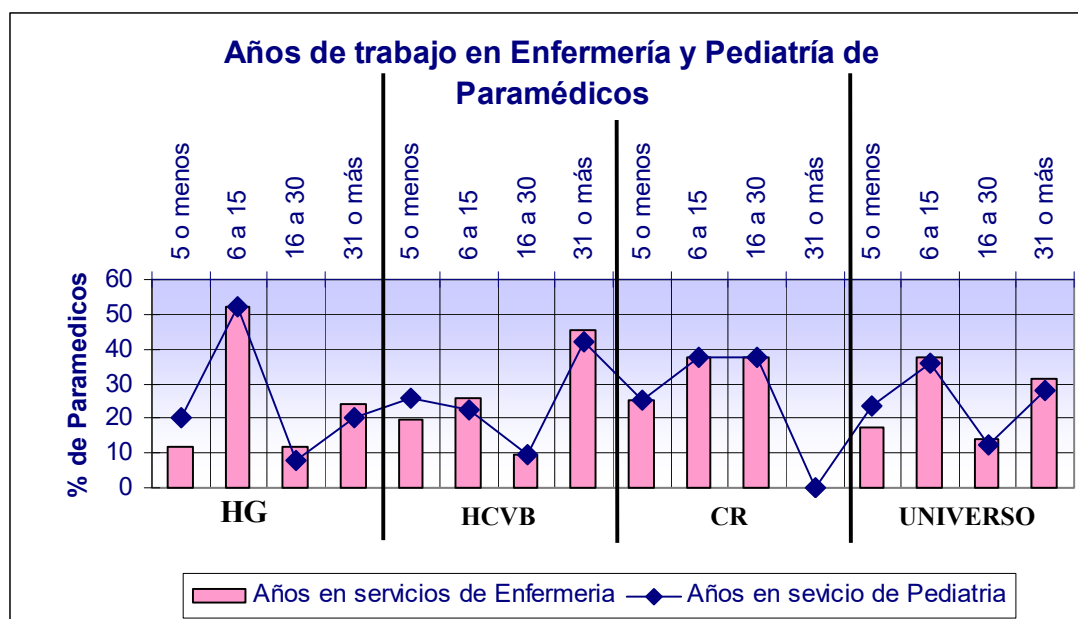


Coinciden los rangos de tiempo de trabajo establecidos, tanto para el trabajo en Enfermería como para Pediatría para las Enfermeras.

Se destaca que el 100% de las Enfermeras en la Clínica Reñaca se encuentra en el rango de 5 años o menos.

“Distribución porcentual de Paramédicos según años de trabajo en Enfermería y
Pediatría de los hospitales en estudio”

Gráfico N° 1. 5

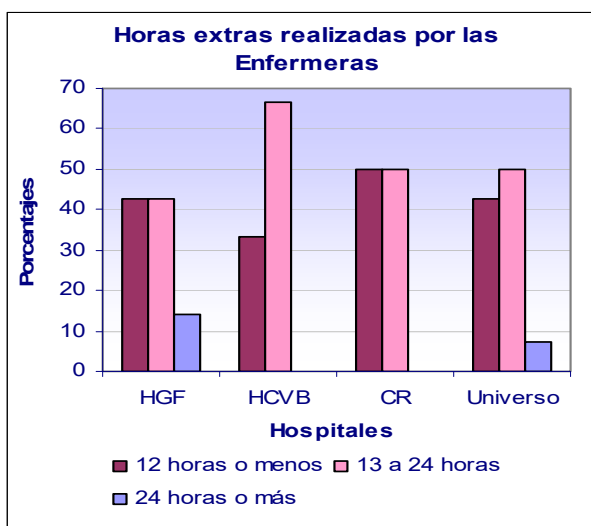


La mayoría de los Paramédicos coinciden entre los años trabajados en Enfermería y Pediatría, encontrándose la mayor diferencia en el rango de 5 años o menos el cual es menor a un 10%.

Se destaca en la Clínica Reñaca que el 100% del personal coincide en los rangos de tiempo de trabajo establecidos, tanto para el trabajo en Enfermería como para Pediatría.

“Distribución porcentual de Enfermeras según Sobrecarga laboral que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”.

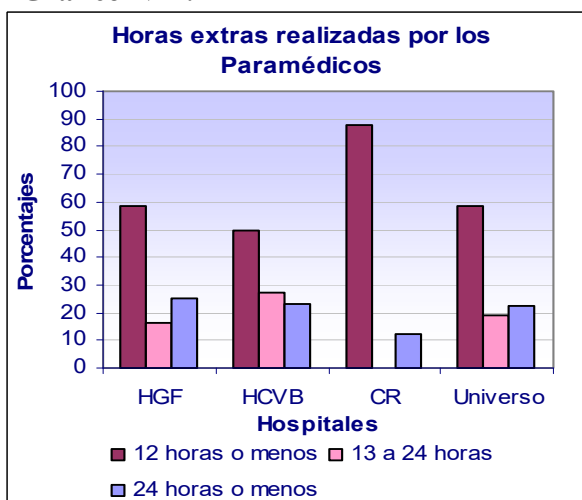
Gráfico N° 1. 6



Un 50% de las Enfermeras que trabajan horas extras lo hacen de 13 a 24 horas más. Se destaca el HGF donde alrededor del 14% trabaja entre 24 horas o más extras a la semana.

“Distribución porcentual de Paramédicos según Sobrecarga laboral que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”.

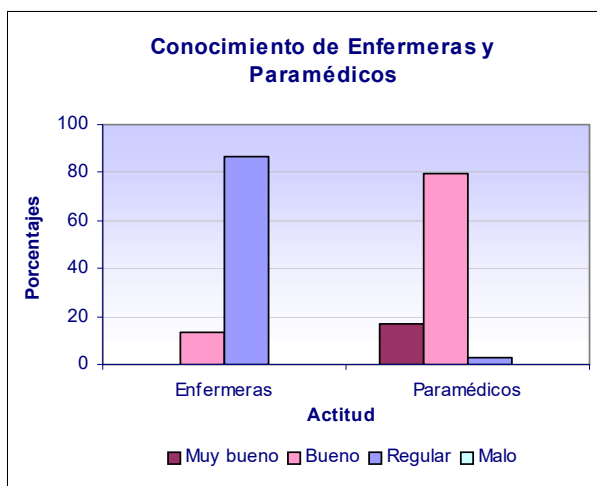
Gráfico N° 1. 7



Alrededor de un 60% de los Paramédicos que realizan horas extras trabajan entre 12 o menos horas a la semana.

“Distribución porcentual de Enfermeras y Paramédicos según conocimiento en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”.

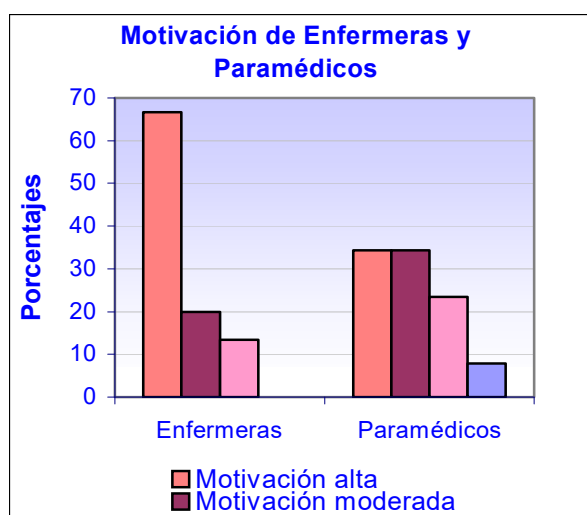
Gráfico N° 1. 8



Existe una marcada diferencia en cuanto al grado de conocimientos, ya que del total de Enfermeras encuestadas se observa que el mayor porcentaje (el 87%) presenta un nivel de conocimientos regular y el resto de éstas (el 13%) presenta un nivel de conocimientos bueno. El mayor porcentaje de los Paramédicos poseen conocimientos bueno (un 80%), seguido por el rango muy bueno (con un 17%) y un pequeño porcentaje regular (el 3%).

“Distribución porcentual de Enfermeras y Paramédicos según motivación en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”.

Gráfico N° 1. 9



Casi el 70% de las Enfermeras presenta una alta motivación un 13% con baja motivación sin presentarse profesionales desmotivadas.

Los Paramédicos alcanzan alrededor de un 70% con motivación alta y moderada, y alrededor de un 30% tiene una motivación baja y desmotivados.

2. ANÁLISIS RELACIONAL

“Actitud y su relación con la edad de las Enfermeras que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”.

Tabla N° 2. 1

Actitud	Edad Enfermeras n = 15									
	21 a 30 años		31 a 40 años		41 a 50 años		51 o más años		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Positiva n = 14	5	36%	1	7%	1	7%	7	50%	14	100%
Negativa n = 1	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	1	100%

No existe relación entre la actitud y la edad de la Enfermeras debido a que la actitud positiva está presente en todos los rangos de edad, sin destacar ninguna en particular.

El 100% de la actitud negativa se concentra en el rango de edad de 41 a 50 años.

“Actitud y su relación con la edad de los Paramédicos que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”.

Tabla N° 2. 2

Actitud	Edad Paramédicos n = 64									
	21 a 30 años		31 a 40 años		41 a 50 años		51 o más años		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Positiva n = 33	10	30,3%	7	21,2%	7	21,2%	9	27,3%	33	100%
Negativa n = 31	9	29%	8	25,8%	2	6,5%	12	38,7%	31	100%

* $\chi^2 = 3,67$

* Nivel de significancia 0.05 = 7,81

No existe relación entre actitud y edad de los Paramédicos, ya que el nivel de asociación supera el 30% de error y se observa que los porcentajes son similares.

En los rangos de 21 a 30 y 41 a 50 años presentan un mayor porcentaje de personas con actitud positiva que negativa. A diferencia de los otros dos rangos etarios, donde ocurre lo contrario.

“Actitud y su relación con los Años de trabajo en Enfermería de las Enfermeras que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”.

Tabla N° 2. 3

Actitud	Años de Trabajo en Enfermería de Enfermeras n = 15									
	5 o menos años		6 a 15 años		16 a 30 años		31 o más años		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Positiva n = 14	6	42.9%	0	0%	5	35.7%	3	21.4%	14	100%
Negativa n = 1	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	1	100%

No existe relación entre la actitud de las Enfermeras y los años de trabajo en Enfermería asociado a que el 100% de los que presentan actitud negativa, se encuentran en el rango de 16 a 30 años, a diferencia de los rangos de 5 años o menos y 31 años o más trabajados en Enfermería en que el 100% de éstas presenta una actitud positiva.

“Actitud y su relación con los Años de trabajo en Enfermería de los Paramédicos que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”.

Tabla N° 2. 4

Actitud	Años de Trabajo en Enfermería de Paramédicos n = 64									
	5 o menos años		6 a 15 años		16 a 30 años		31 o más años		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Positiva n = 33	5	15.2%	13	39.4%	7	21.2%	8	24.2%	33	100%
Negativa n = 31	6	19.4%	11	35.5%	2	6.5%	12	38.7%	31	100%

* $\chi^2 = 4,1$

* Nivel de significancia 0.05 = 7,81

No existe relación entre actitud y trabajo en Enfermería de Paramédicos, ya que el nivel de asociación supera el 30% de error.

Se destaca una relativa homogeneidad entre los rangos, sin embargo en el rango de 16 a 30 años trabajados en Enfermería, existe una mayor diferencia (alrededor de un 55%) entre la actitud positiva por sobre la negativa de los Paramédicos. A diferencia de los rangos extremos en que prevalece la actitud negativa por sobre la positiva.

“Actitud y su relación con los Años de trabajo en Pediatría de las Enfermeras que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”.

Tabla N° 2. 5

Actitud	Años de Trabajo en Pediatría de Enfermeras n = 15									
	5 o menos años		6 a 15 años		16 a 30 años		31 o más años		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Positiva n = 14	6	42.9%	0	0%	5	35.7%	3	21.4%	14	100%
Negativa n = 1	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	1	100%

No existe relación con los años de trabajo en Pediatría, ya que no se destaca un rango de edad en particular.

El 100% de los que presentan actitud negativa, se encuentran en el rango de 16 a 30 años, a diferencia de los rangos de 5 años o menos y 31 años o más trabajados en Pediatría en que el 100% de las Enfermeras presenta una actitud positiva.

“Actitud y su relación con los Años de trabajo en Pediatría de los Paramédicos que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”.

Tabla N° 2. 6

Actitud	Años de Trabajo en Pediatría de Paramédicos n = 64									
	5 o menos años		6 a 15 años		16 a 30 años		31 o más años		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Positiva n = 33	7	21.2%	12	36.4%	7	21.2%	7	21.2%	33	100%
Negativa n = 31	8	25.8%	11	35.5%	1	3.2%	11	35.5%	31	100%

* $\chi^2 = 5,96$

* Nivel de significancia $0.05 = 7,81$

No existe relación entre actitud y trabajo en Enfermería de Enfermeras, ya que el nivel de asociación supera el 10% de error.

En el gráfico se destaca que en el rango de 16 a 30 años trabajados en Enfermería, existe una diferencia de alrededor de un 50% entre la actitud positiva por sobre la negativa de los Paramédicos. A diferencia de los rangos extremos en que prevalece la actitud negativa por sobre la positiva especialmente en el rango entre 31 años o más.

“Actitud y su relación con la Sobrecarga laboral de las Enfermeras que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”.

Tabla N° 2. 7

Actitud	Sobrecarga Enfermeras n = 15					
	Si		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Positiva n = 14	14	100%	0	0%	14	100%
Negativa n = 1	0	0%	1	100%	1	100%

No existe una relación lógica entre la actitud de las Enfermeras y la sobrecarga laboral, ya que la totalidad de las Enfermeras que realizan horas extras presentan una actitud positiva, por el contrario la Enfermera que no tiene una sobrecarga laboral presenta una actitud negativa.

“Actitud y su relación con la Sobrecarga laboral de los Paramédicos trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”.

Tabla N° 2. 8

Actitud	Sobrecarga Paramédicos n = 64					
	Si		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Positiva n = 33	30	90,9%	3	9,1%	33	100%
Negativa n = 31	28	90,3%	3	9,7%	31	100%

* $\chi^2 = 0,01$

* Nivel de significancia 0.05 = 3,84

No existe relación entre actitud y sobrecarga laboral de los Paramédicos, ya que el nivel de asociación supera el 90% de error y se observa que los porcentajes son similares.

De los Paramédicos que no presentan sobrecarga laboral, poseen actitudes positivas y negativas, en igual número. Además existe una mínima diferencia entre aquellos que tienen sobrecarga laboral, en que la actitud positiva supera a la negativa.

“Actitud y su relación con el Conocimiento sobre hospitalización pediátrica de las Enfermeras que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”.

Tabla N° 2. 9

Actitud	Conocimiento Enfermeras n = 15									
	Muy Bueno		Bueno		Regular		Malo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Positiva n = 14	0	0%	2	14.3%	12	85.7%	0	0%	14	100%
Negativa n = 1	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	1	100%

No existe relación entre la actitud y los conocimientos de las Enfermeras, ya que el 100% de las Enfermeras que presentan una actitud positiva, se encuentran dentro de los rangos “bueno” y “regular”, destacándose este último con un 85.7%.

La única persona que presenta una actitud negativa se encuentra en el rango “regular” de conocimiento.

“Actitud y su relación con el Conocimiento sobre hospitalización pediátrica de los Paramédicos que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”.

Tabla N° 2. 10

Actitud	Conocimiento Paramédicos n = 64									
	Muy Bueno		Bueno		Regular		Malo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Positiva n = 33	4	12.1%	29	87.9%	0	0%	0	0%	33	100%
Negativa n = 31	7	22.6%	22	71%	2	6.4%	0	0%	31	100%

No existe relación entre la actitud y los conocimientos de los Paramédicos, ya que hay una distribución homogénea de las actitudes positiva y negativa en los rangos de conocimientos “muy bueno” y “bueno”.

El 100% de los Paramédicos que presentan una actitud positiva se encuentran en los rangos de “muy bueno” y “bueno”, destacándose este último con un 87.9%.

“Actitud y su relación con la Motivación de las Enfermeras que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”.

Tabla N° 2. 11

Actitud	Motivación de las Enfermeras n = 15									
	Alta		Moderada		Baja		Desmotivado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Positiva n = 14	9	64.3%	3	21.4%	2	14.3%	0	0%	14	100%
Negativa n = 1	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%

Existe relación entre la actitud y la motivación de las Enfermeras, ya que el mayor porcentaje de la actitud positiva (85.7%), se concentra en los rangos más altos. Se destaca que un 64.3% se encuentra en el rango de motivación “alta”.

“Actitud y su relación con la Motivación de los Paramédicos que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”.

Tabla N° 2. 12

Actitud	Motivación de los Paramédicos n = 64									
	Alta		Moderada		Baja		Desmotivado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Positiva n = 33	7	21.2%	12	36.4%	11	33.3%	3	9.1%	33	100%
Negativa n = 31	12	38.7%	11	35.5%	5	16.1%	3	9.7%	31	100%

* $X^2 = 4.67$

* Nivel de significancia 0.05 = 7.81

No existe relación entre actitud y conocimientos de los Paramédicos, ya que el nivel de asociación supera el 30% de error.

De los Paramédicos que se encuentran en el rango de motivación “alta”, alrededor del 60 % posee una actitud negativa. A diferencia de aquellos que se encuentran con una motivación “baja”, quienes en su mayoría poseen una actitud positiva. Los que se encuentran dentro de los rangos de motivación “moderada” y “desmotivados” presentan una actitud negativa y positiva en porcentajes similares.

CAPÍTULO 5

**CONCLUSIÓN,
SUGERENCIAS Y
RESUMEN.**

CONCLUSIONES.

Se puede concluir que del total de las Enfermeras, un gran porcentaje de ellas (93%) tiene una actitud positiva frente a la participación de los padres en la hospitalización de sus hijos, lo que favorece una atención de Enfermería óptima en los servicios pediátricos.

En el personal paramédico, se destaca que poseen un porcentaje similar entre actitud positiva y negativa (casi un 50%). El porcentaje de actitud negativa puede alterar el acercamiento de los padres durante la hospitalización del niño.

Según las edades de las Enfermeras, los mayores porcentajes se encuentran en los rangos extremos, destacándose que en la Clínica Reñaca las profesionales se ubican en el menor rango de edad lo que podría significar mayor vitalidad e iniciativa en su actuar, beneficiando el cuidado de los niños; a diferencia de lo que se encuentra en los hospitales públicos, en donde hay un mayor número de Enfermeras entre 51 y más años, lo cual podría estar relacionado con una mayor experiencia pero a la vez un mayor agotamiento laboral.

El total de las Enfermeras, se han desempeñado laboralmente el mismo tiempo en Enfermería y en Pediatría, lo que se podría relacionar a la vocación por el área pediátrica.

Del total de Paramédicos, la mayoría de éstos coincide entre los años trabajados en Enfermería y Pediatría, destaca el rango de 5 años o menos donde existe una brecha más amplia entre ambos factores, lo que se podría relacionar a una búsqueda de interés laboral.

El 100% de las Enfermeras realiza horas extras, destacándose que un 50% de ellas trabaja entre 13 a 24 horas extras a la semana, lo que podría ser excesivo y agotador afectando su desempeño laboral. Sólo un mínimo porcentaje (14%) lo hace en mayor cantidad de horas, lo que es positivo ya que involucra a un pequeño número de personas, las cuales posiblemente están expuestas a un mayor riesgo laboral.

Alrededor del 90% de los Paramédicos realiza horas extras, destacándose que un 60% de ellos trabaja entre 12 horas o menos a la semana, lo cual podría considerarse positivo por ser un escaso número de horas, aunque igual es de cuidado, debido a que podría contribuir a un riesgo laboral.

En cuanto a conocimientos de las Enfermeras, un 13% presenta un nivel de conocimientos "bueno". Se destaca que el 87% restante, presenta un nivel de

conocimientos “regular”, por lo cual podría verse afectada la importancia que ellas le asignan a las reacciones y necesidades psicoafectivas de los niños hospitalizados.

De los Paramédicos, un alto porcentaje (80%), poseen conocimientos “bueno” seguido por el rango “muy bueno” (17%) y un pequeño porcentaje “regular” (3%), lo cual podría ser beneficioso en la atención del niño y su familia.

Un elevado porcentaje de las Enfermeras presenta una alta motivación (70%), quienes lo asocian a la existencia de buenas relaciones interpersonales, al trabajo en Equipo, profesionalismo, reconocimiento de sus méritos y oportunidades de progreso. Un 13% presenta baja motivación, asociado a falta de oportunidades de progreso por rigidez horaria y escaso financiamiento. No se encuentran profesionales desmotivadas.

Los Paramédicos presentan un 34% de motivación “alta” y el mismo porcentaje de motivación “moderada”. Esto se debe en su mayoría a que existen buenas relaciones interpersonales, lo cual se asocia al trabajo en Equipo, comunicación, respeto y responsabilidad; además del reconocimiento especialmente formal y de las oportunidades de progreso como capacitaciones y ascensos.

La actitud de las Enfermeras tiene relación con la motivación, puesto que la mayoría de quienes presentan una actitud positiva se encuentran en el rango de motivación “alta”. Ellas refieren que existen buenas relaciones interpersonales asociados al trabajo en Equipo y profesionalismo.

Por otra parte, la actitud de las Enfermeras no se relaciona con la edad, años de trabajo en Enfermería y pediatría, sobrecarga laboral y conocimientos, puesto que la mayoría presenta una actitud positiva sin importar la intervención de estos factores, ya que ninguno influye considerablemente y, por lo tanto, podría no tener un gran impacto en la atención del niño hospitalizado.

La actitud positiva y negativa de los Paramédicos no se relaciona con edad, sobrecarga laboral y años de trabajo en Enfermería y pediatría, así como tampoco entre los distintos rangos de estos factores.

Respecto al conocimiento y motivación, no se establece una relación lógica, ya que existe un mayor número de personas con una actitud negativa en los rangos más altos de dichos ítems, lo que podría afectar la integración de los padres en el cuidado del niño hospitalizado.

SUGERENCIAS.

- Facilitar, por parte de los servicios pediátricos, el tiempo y los recursos necesarios para la capacitación y actualización de los conocimientos del Equipo de Enfermería, creando conciencia en el personal acerca de la importancia de la presencia de los padres en la hospitalización del niño.
- Por medio de entrevistas psicológicas programadas, al inicio y durante la estadía en la institución, realizar evaluaciones de motivación y conducta del Equipo de Enfermería respecto al trabajo con niños y la participación de los padres en el cuidado de éstos.
- Evaluar en forma periódica los conocimientos del Equipo de Enfermería relacionados con el niño, los efectos de su hospitalización y la participación los padres durante la estadía hospitalaria de su hijo.
- Considerar el interés personal de trabajar con niños, al momento de incorporar personal nuevo en el servicio de pediatría.
- Otorgar reconocimiento al desempeño laboral, principalmente de manera formal, con el fin de mantener un ambiente armónico y estimular al Equipo de Enfermería.
- Elaborar proyectos de reestructuración organizacional de los servicios de pediatría, que consideren la presencia de los padres en la hospitalización del niño tomando en cuenta la opinión y contando con el apoyo del Equipo de salud que trabaja en los servicios pediátricos.
- Utilizar los resultados de este seminario de tesis para la realización de estudios posteriores, considerando la escasez de investigaciones respecto a este tema y la evidencia científica existente.

“Para actuar de manera distinta de lo impuesto se necesita un cambio de actitud. El cambio de actitud significa atreverse a innovar y ser creativo”.

RESUMEN.

Estudio de carácter descriptivo, relacional y transversal, cuya finalidad es determinar la relación entre la actitud de los profesionales de Enfermería de los servicios pediátricos de los hospitales en estudio y los factores biopsicosociales tales como: edad, puesto de trabajo, tiempo de trabajo (general y en pediatría), sobrecarga laboral, conocimiento sobre hospitalización pediátrica, motivación del Equipo de Enfermería en la atención pediátrica y satisfacción del Equipo de Enfermería en la atención pediátrica.

Se realizó a través de una encuesta y un test de conocimiento al Equipo de Enfermería de los servicios de pediatría de los hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca en un periodo de 4 días consecutivos durante el mes de mayo del año 2006.

De los resultados obtenidos se extrae que casi la totalidad de las Enfermeras presenta una actitud positiva frente a la participación de los padres en el cuidado del niño hospitalizado, a diferencia de los Paramédicos en que no se destaca una actitud positiva por sobre la negativa. Se observa, además, que existe una directa relación entre la actitud y motivación de las Enfermeras, lo que no ocurre con el resto de los factores biopsicosociales. Por otra parte, en los Paramédicos la actitud no se relaciona con ninguno de los factores biopsicosociales considerados.

BIBLIOGRAFÍA.

- CASASSAS, R. Campos, C.
 - Cuidados básicos del niño sano y enfermo; Capítulo 2 Supervisión de Salud en el Niño y Adolescente, Ed. Universidad Católica de Chile, 1994.
 - Cuidados básicos del niño sano y enfermo; Capítulo 5 Ambiente Hospitalario, Ed. Universidad Católica de Chile, 1994.
- KLAUS, Marshall y KENNEL, John
 - La relación madre hijo; 1ª Edición, Argentina, ed. Medica panamericana SA, 1978.
- MONETA, María Eugenia
 - El Apego, Aspectos clínicos y epidemiológicos de la díada madre-hijo, 1ª edición, Santiago de Chile, ed. Cuatro Vientos, 2003
- PAPALIA, Diane E. y otros
 - Psicología, tr. Anne Holm Nielsen, 1ª ed., México: Mc Graw-Hill 1987, (p.p.) 446 – 447
 - Desarrollo Humano; tr. Germán Alberto Villamizar, 6ª ed., Bogotá: Mc Graw - Hill Interamericana 1997, (p.p.) 184 – 185
 - Desarrollo Humano; tr. Ona Jurksaitis Lukauskis y Germán Alberto Villamizar, 8ª ed., Bogotá: Mc Graw - Hill Interamericana 2001, (p.p.) 207 - 208
 - Desarrollo Humano; tr. Ona Jurksaitis Lukauskis y Germán Alberto Villamizar, 8ª ed., Bogotá: Mc Graw - Hill Interamericana 2001, (p.p.) 216 - 217

- WONG, Donna L.
 - Enfermería Pediátrica; Prevención o Minimización de la separación, tr. Diorki, Servicios Integrales 9ª ed. España, 1997, (p.p.) 563 - 567
 - Enfermería Pediátrica; Promoción de la Salud del Recién Nacido y de la Familia, 4ª ed. España: Harcourt International 1995, (p.p.) 148 - 151
 - Enfermería Pediátrica; Promoción de la Salud del Lactante y de la Familia, 4ª ed. España: Harcourt International 1995, (p.p.) 238 - 285
 - Enfermería Pediátrica; Promoción de la Salud del Niño que empieza a andar y de la Familia, 4ª ed. España: Harcourt International 1995, (p.p.) 316 - 327
 - Enfermería Pediátrica; Promoción de la Salud del Pre-escolar y de la Familia, 4ª ed. España: Harcourt International 1995, (p.p.) 341 - 350

- WHONG, Whaley
 - Tratado de Enfermería Pediátrica; Promoción del Crecimiento y Desarrollo óptimos, 4ª ed. México, 1995, vol. II, (p.p.) 238 - 251
 - Tratado de Enfermería Pediátrica; Promoción de la Salud del Pre-escolar y de la familia, 4ª ed. México, 1995, vol. II, (p.p.) 341 - 353

- Revista:
MONSALVE, Elena
Cuidados afectivos de los recién nacidos sometidos a procedimientos dolorosos. Pediatría al día. 5 (2): 353 - 354, Noviembre - Diciembre 2000

- Revista de Enfermería Chile, N° 12, Sept 2002; Colegio de Enfermeras de Chile.

- 16. (Apunte realizado por: Sra. Eliana Soya. Cátedra niño y adolescente enfermo)

- http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art2b002

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Laura E. BERK; Desarrollo del niño y adolescente, 4^{ta} edición.
2. ERIKSON. <http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/erikson.htm>
3. Simpson, Rholes, & Phillips, 1996; Collins, 1996; Feeney, & Kirkpatrick, 1996.
4. Collins, 1996.
5. Freedman et al, 1981
6. BUSTAMANTE GONZALEZ, Elizabeth y col. Estudio del cumplimiento del rol expresivo del profesional de enfermería al dar atención a los pacientes hospitalizados que enfrentan situaciones de crisis. Tesis para optar al grado de licenciado en enfermería. Universidad de Valparaíso, escuela de enfermería, Valparaíso, Chile. 1986



Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

ANEXOS

Tesis Actitud del Equipo de Enfermería

DATOS EXTRAÍDOS DEL INSTRUMENTO APLICADO, QUE SE REALIZARON PARA GUIAR LAS RESPUESTAS, LOS CUALES NO FUERON INCLUIDOS EN EL ANÁLISIS PRINCIPAL.

Pregunta N° 8: Relaciones interpersonales dentro del servicio.

SI	n	
	Enfermeras	Paramédicos
Comunicación	9	24
Respeto	9	23
Profesionalismo	11	20
Delimitación de F.	8	14
Trabajo en Equipo	12	36
Tolerancia	7	18
Responsabilidad	9	23

NO	n	
	Enfermeras	Paramédicos
Comunicación	0	5
Respeto	0	6
Profesionalismo	0	3
Delimitación de F.	0	3
Trabajo en Equipo	0	8
Tolerancia	0	10
Responsabilidad	0	3

Pregunta N° 9: Reconocimiento de méritos durante el ejercicio laboral en el servicio.

SI	n	
	Enfermeras	Paramédicos
Reconocimiento Formal	7	33
Reconocimiento Informal	7	18

Pregunta N° 10: Oportunidades de Progreso dentro del servicio.

SI	n	
	Enfermeras	Paramédicos
Ascensos	0	6
Capacitaciones	11	34
Falta flexibilidad horaria	0	1
Falta de financiamiento	0	0

NO	n	
	Enfermeras	Paramédicos
Ascensos	0	4
Capacitaciones	0	7
Falta flexibilidad horaria	3	11
Falta de financiamiento	3	5

Pregunta N° 12: Actitud de concordancia con el tiempo de visita establecido en el servicio.

SI	n	
	Enfermeras	Paramédicos
Flexibilidad horaria	5	12
Favorece el trabajo del Equipo de Enfermería	6	33
Satisface las necesidades del niño	11	44
Rigidez horaria	0	0
No satisface las necesidades del niño	0	1
No favorece el trabajo del Equipo de Enfermería	0	0

NO	n	
	Enfermeras	Paramédicos
Flexibilidad horaria	0	0
Favorece el trabajo del Equipo de Enfermería	0	0
Satisface las necesidades del niño	0	0
Rigidez horaria	1	2
No satisface las necesidades del niño	2	4
No favorece el trabajo del Equipo de Enfermería	0	8

Pregunta N° 13: Permiten que los padres entren a ver a sus hijos en un horario no permitido.

SI	n	
	Enfermeras	Paramédicos
Da tranquilidad	7	23
Me lo permiten	7	27
Los padres cooperan	5	14
Me es indiferente	0	2
Inquieta al niño	0	0
No me lo permiten	0	0
Los padres molestan	0	1

NO	n	
	Enfermeras	Paramédicos
Da tranquilidad	0	0
Me lo permiten	0	1
Los padres cooperan	0	1
Me es indiferente	0	0
Inquieta al niño	0	17
No me lo permiten	0	17
Los padres molestan	0	4

Pregunta N° 14: Consecuencias de la participación de los padres en el cuidado de sus hijos.

SI	n	
	Enfermeras	Paramédicos
Da tranquilidad	9	38
Me lo permiten	1	12
Los padres cooperan	12	33
Me es indiferente	0	4
Inquieta al niño	0	1
No me lo permiten	0	0
Los padres molestan	0	0

NO	n	
	Enfermeras	Paramédicos
Da tranquilidad	0	0
Me lo permiten	0	0
Los padres cooperan	0	0
Me es indiferente	0	1
Inquieta al niño	0	7
No me lo permiten	0	1
Los padres molestan	0	4

Ítem de conocimientos de Enfermeras:

Temas de las Preguntas:	Porcentaje
1.- Factores que producen estrés en la hospitalización del niño.	57%
2.- Cuando Efecto del dolor en el lactante.	36%
3.- Reacción ante la angustia ante la separación de niño de 3 años.	21%
4.- Edad en que se establece el vínculo madre-hijo.	21%
5.- Factores que favorecen el vínculo madre-hijo.	50%
6.- Características de ambiente físico que influyen positivamente.	71%
7.- Características del profesional de Enfermería para trabajar con niños.	64%
8.- Características del ambiente terapéutico pediátrico.	21%

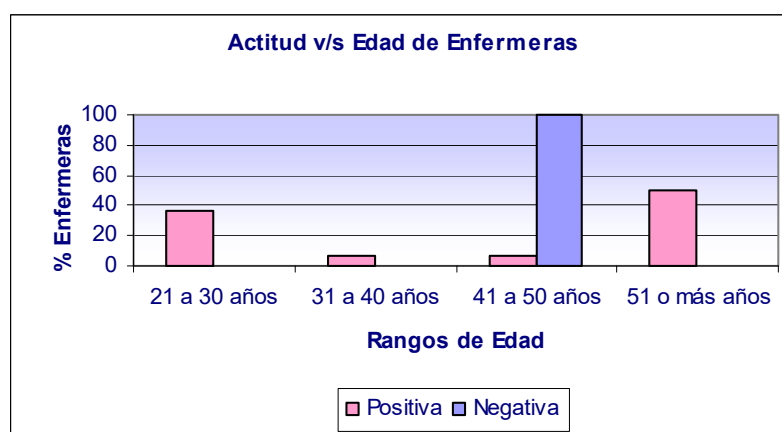
Ítem de conocimientos de Paramédicos:

Preguntas:	Porcentaje
1.- La hospitalización siempre genera estrés en el niño.	89%
2.- Cuando el lactante mayor deja de llorar y protestar, significa que se ha adaptado a la hospitalización.	48%
3.- Los preescolares de 4 años se adaptan fácilmente a las rutinas hospitalarias.	66%
4.- El recién nacido percibe el dolor en forma localizada.	72%
5.- El recién nacido durante la hospitalización llora inconsolablemente ante la separación de sus padres.	78%
6.- El dolor que sienten los niños ante procedimientos invasivos, no afecta el comportamiento ni el estado emocional.	89%
7.- El vínculo madre-hijo, es la unión o lazo que se establece con los padres y sus hijos durante los primeros meses de vida.	91%
8.- La lactancia materna favorece la formación del vínculo madre-hijo.	100%
9.- El personal debe tener capacitación especial y motivación para trabajar en un servicio pediátrico.	91%
10.- El uso de diseños llamativos en el ambiente físico, favorece el crecimiento y desarrollo normal del niño.	91%

GRÁFICOS RELACIONALES

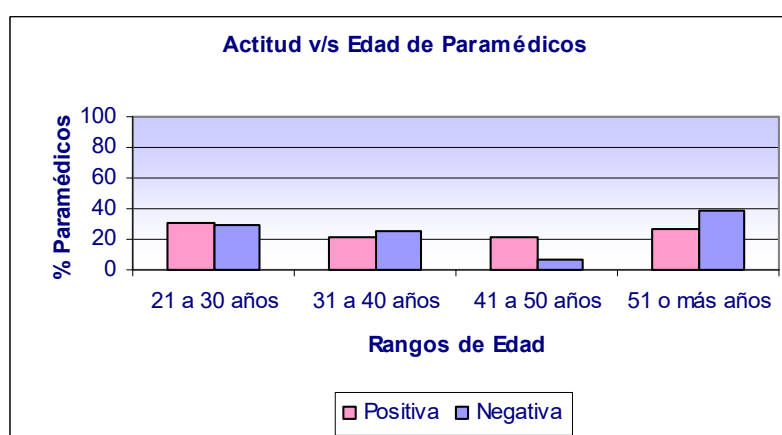
“Actitud y su relación con la edad de las Enfermeras que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”.

Gráfico N° 2. 1



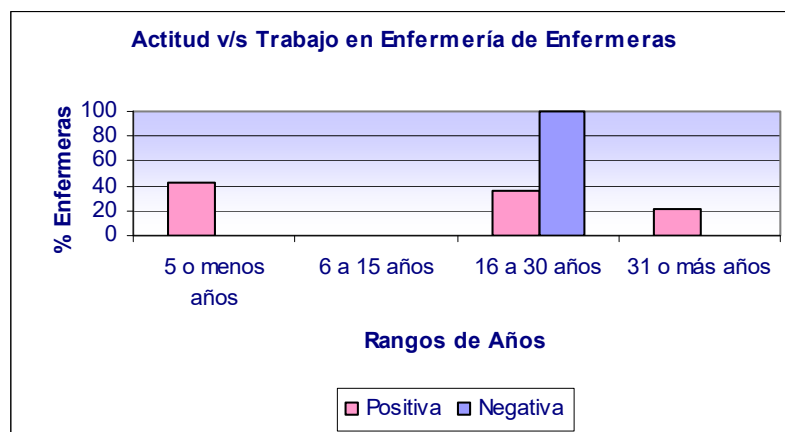
“Actitud y su relación con la edad de los Paramédicos que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”.

Gráfico N° 2. 2



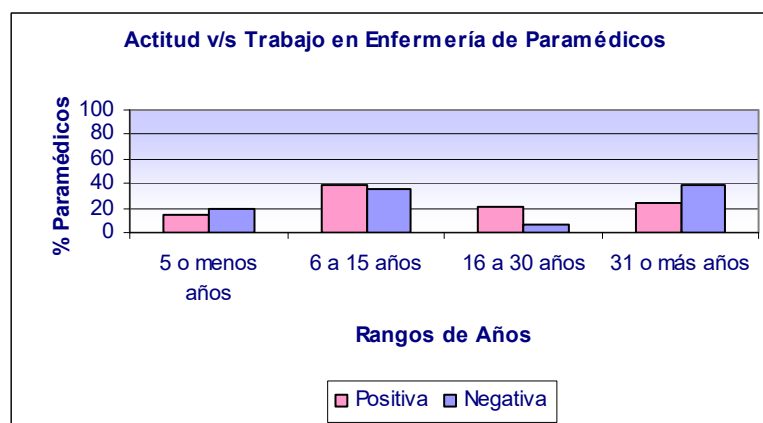
“Actitud y su relación con los Años de trabajo en Enfermería de las Enfermeras que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”.

Gráfico N° 2. 3



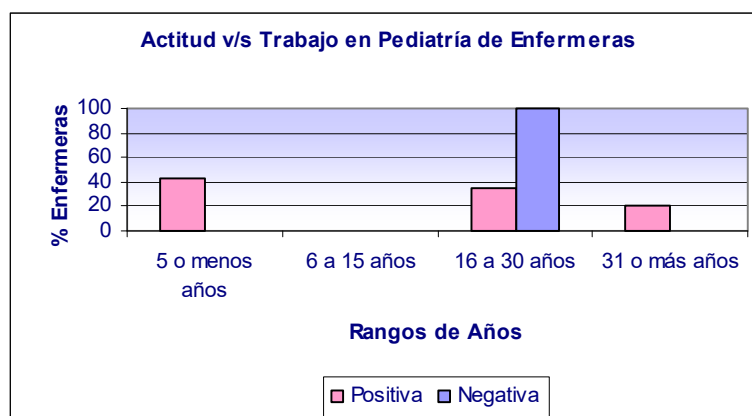
“Actitud y su relación con los Años de trabajo en Enfermería de los Paramédicos que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”.

Gráfico N° 2. 4



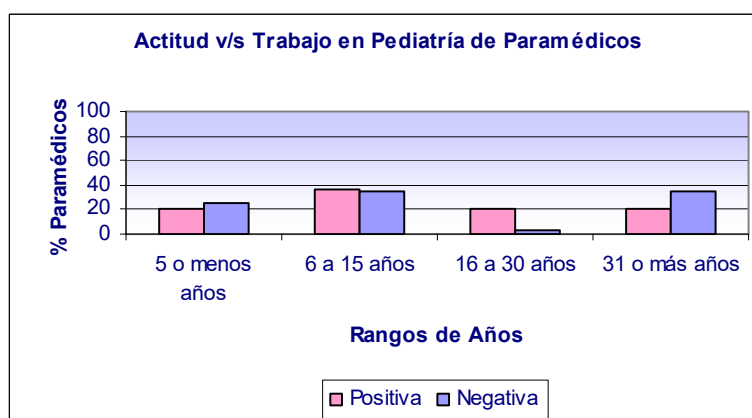
“Actitud y su relación con los Años de trabajo en Pediatría de las Enfermeras que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”.

Gráfico N° 2. 5



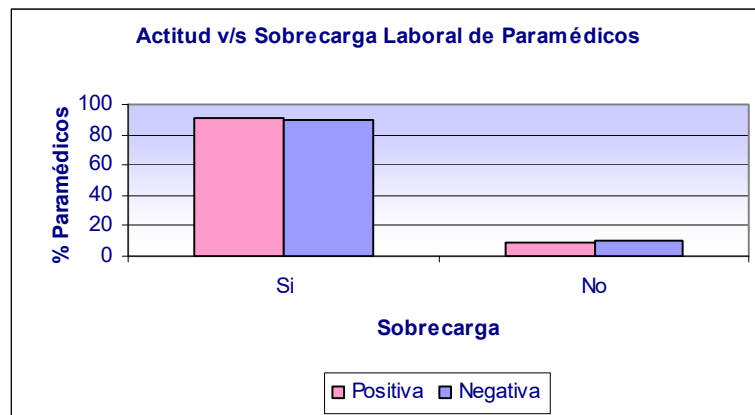
“Actitud y su relación con los Años de trabajo en Pediatría de los Paramédicos que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”.

Gráfico N° 2. 6



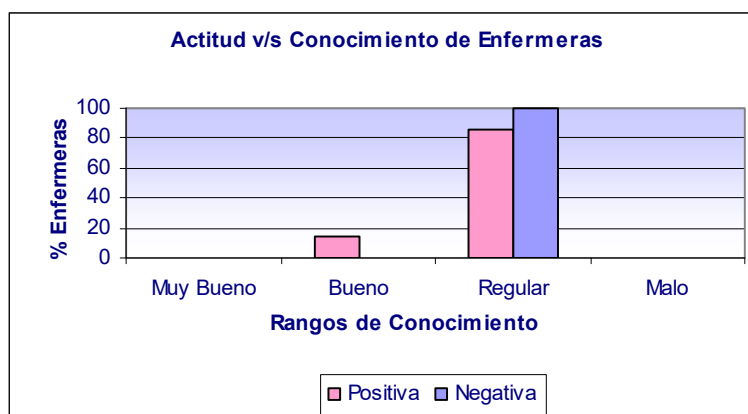
“Actitud y su relación con la Sobrecarga laboral de los Paramédicos trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”.

Gráfico N° 2. 8



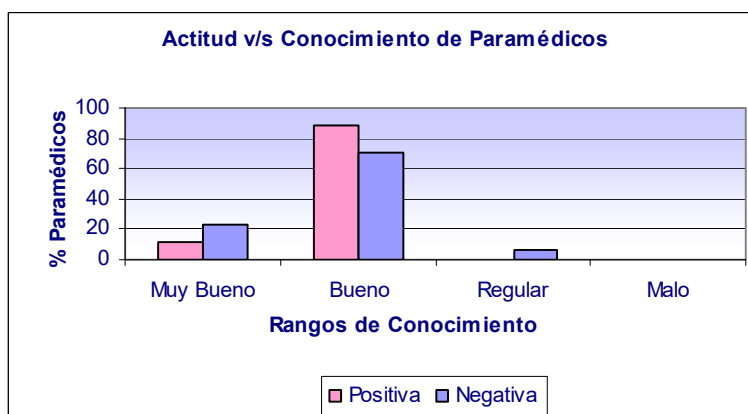
“Actitud y su relación con el Conocimiento sobre hospitalización pediátrica de las Enfermeras que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”.

Gráfico N° 2. 9



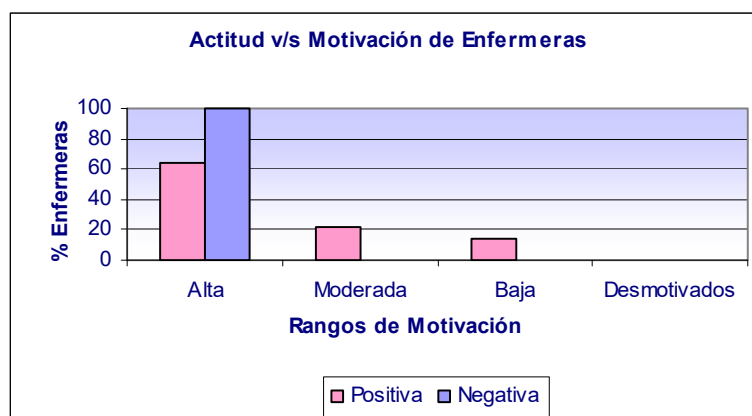
“Actitud y su relación con el Conocimiento sobre hospitalización pediátrica de los Paramédicos que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”.

Gráfico N° 2. 10



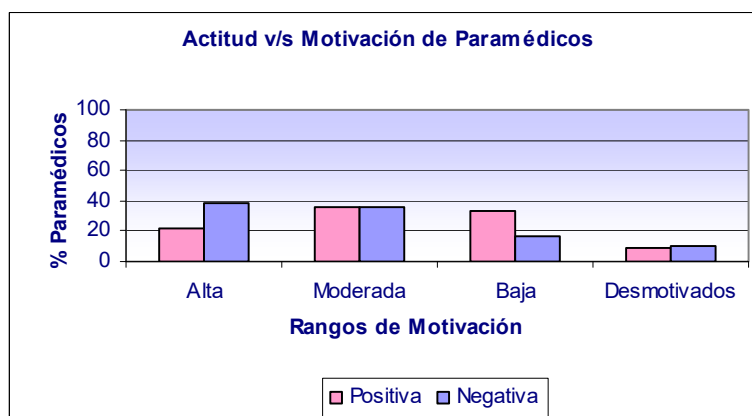
“Actitud y su relación con la Motivación de las Enfermeras que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”.

Gráfico N° 2. 11



“Actitud y su relación con la Motivación de los Paramédicos que trabajan en los servicios de pediatría de los hospitales en estudio”.

Gráfico N° 2. 12





CONSENTIMIENTO INFORMADO

Accedo a participar en el estudio sobre “Actitud del Equipo de Enfermería frente a la participación de los padres en el cuidado de sus hijos hospitalizados de 0 a 5 años y su relación con factores biopsicosociales en los hospitales Gustavo Fricke, Carlos Van Buren y Clínica Reñaca”.

Se me garantiza que la información obtenida y los resultados de este estudio serán tratados confidencialmente, sin revelar mi identidad.

Me comprometo a entregar información fidedigna sobre mi pensar y sentir ante las preguntas que me realicen.

Nombre:

.....
Alumnos V año de Enfermería

.....
Firma

INSTRUCTIVO

"Actitud del Equipo de Enfermería frente a la participación de los padres en el cuidado de los niños hospitalizados"

PROPÓSITO

Obtener información sobre la actitud del Equipo de Enfermería frente a la participación de los padres en el cuidado de los niños entre 0 y 5 años hospitalizados en: Hospital Carlos Van Buren, Hospital Gustavo Fricke y Clínica Reñaca en Mayo del 2006.

RECOMENDACIONES

- Usar Lápiz de Pasta para contestar las preguntas
- Evitar Errores
- Cuidar no deteriorar las encuestas

ASPECTOS GENERALES

- 1) Los encuestadores serán 7 alumnos tesistas de la carrera de Enfermería quienes irán a los respectivos hospitales; serán identificados por el uso de delantal blanco y piocha.
- 2) Este cuestionario será aplicado al Equipo de Enfermería de los servicios pediátricos de los hospitales: Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca.
- 3) Se considera requisito básico para aplicar este cuestionario que el encuestado haya firmado el consentimiento informado.
- 4) Este cuestionario será anónimo y los datos se manejarán con confidencialidad.

- 5) El cuestionario consta de preguntas generales más un ítem de conocimientos, diferenciados para Enfermeras y técnicos Paramédicos.
- a. Las preguntas generales son 15, de tipo cerrada y se agrupan en:
 - i. Las primeras 6 preguntas se refieren a las características biopsicosociales del Equipo de Enfermería.
 - ii. Desde la pregunta número 7 hasta la 10 se refieren a la motivación del Equipo de Enfermería.
 - iii. De la pregunta 11 a la 15 corresponden a la actitud del Equipo de Enfermería.
 - b. El ítem de conocimientos para los profesionales de Enfermería consta de 8 preguntas abiertas de respuesta breve.
 - c. El ítem de conocimiento para los técnicos Paramédicos consta de 10 preguntas de verdadero y falso.
- 6) Las respuestas deberán limitarse a los espacios dispuestos en el cuestionario.

ASPECTOS ESPECÍFICOS

- 1) Para las preguntas N° 8, 10, 12, 13, 14
- a. Debe marcar SI o NO
 - b. Luego, puede marcar más de una de las alternativas

INSTRUMENTO

ITEM GENERAL

1. ¿Dentro de que rango de edad se ubica?

- 20 o menos años
- Entre 21 y 30 años
- Entre 31 y 40 años
- Entre 41 y 50 años
- 51 años o más

2. ¿Cuál es su puesto de trabajo?

- Enfermera Supervisora
 - Enfermera Asistencial
 - Paramédico
 - Otro (especificar estudio)
-

3. ¿Cuánto tiempo se ha desempeñado trabajando en Enfermería?

- 5 años o menos
- Entre 6 y 15 años
- Entre 16 y 30 años
- 31 años o más

4. ¿Cuánto tiempo se ha desempeñado trabajando en un servicio pediátrico?

- 5 años o menos
- Entre 6 y 15 años
- Entre 16 y 30 años
- 31 años o más

5. ¿Trabaja más de 44 horas semanales?

- SI
- NO

Si su respuesta es SI conteste:

¿Cuántas horas de trabajo extra realiza durante la semana?

- Menos de 12 horas semanales
- Entre 13 y 24 horas semanales
- Más de 24 horas semanales

6. ¿Que tipo de contrato posee?

- Convenio a honorario
 - Nombramiento a contrata
 - Nombramiento de planta
 - Otro ¿Cuál?
-

7. ¿Siente agrado de trabajar con niños?

- SI
- NO

8. ¿Considera que existen buenas relaciones interpersonales dentro del servicio?

- SI, por presencia de:
- NO, por falta de:
 - Comunicación
 - Respeto
 - Profesionalismo
 - Delimitación de funciones
 - Trabajo en Equipo
 - Tolerancia
 - Responsabilidad en el trabajo

9. ¿Siente que han sido reconocidos sus méritos durante su ejercicio laboral en el servicio pediátrico?

- SI
- NO

Si su respuesta es SI conteste:

¿A través de que lo nota?

- Reconocimiento Formal
- Reconocimiento Informal

10. Dentro de su servicio ¿Se desarrollan oportunidades de progresos?

- SI, por oportunidad de
- NO, por:
 - Ascensos
 - Capacitaciones
 - Falta de flexibilidad horaria
 - Falta de financiamiento

11. ¿Cuál es el tiempo de visita permitido en su servicio de pediatría?

- 1 hora diaria o menos
- Entre 2 y 4 horas
- Entre 5 y 8 horas
- 9 horas diarias o más

12. ¿Esta de acuerdo con el tiempo de visitas establecido en su servicio de pediatría?

- SI, por:
- NO, por:
 - Flexibilidad horaria
 - Favorece el trabajo del Equipo de Enfermería
 - Satisface las necesidades del niño
 - Rigidez horaria
 - No satisface las necesidades del niño
 - No favorece el trabajo del Equipo de Enfermería

13. ¿Permite usted que los padres entren a ver a sus hijos en un horario no permitido para visitas?

- SI, porque:
- No, porque:
 - Da tranquilidad
 - Me lo permiten
 - Los padres cooperan
 - Me es indiferente
 - Inquieta al niño
 - No me lo permiten
 - Los padres molestan

14. ¿Esta de acuerdo con que los padres de los niños hospitalizados participen en el cuidado de estos?

- SI, porque:
- No, porque:
 - Da tranquilidad
 - Me lo permiten
 - Los padres cooperan
 - Me es indiferente
 - Inquieta al niño
 - No me lo permiten
 - Los padres molestan

15. ¿Qué actividades les permite realizar a los padres con sus hijos hospitalizados?

- Alimentación
 - Baño
 - Muda
 - Cambio de ropas de cama
 - Ayudar en la Nebulización
 - Control de Temperatura
 - Otros
-

ITEM CONOCIMIENTOS

PARAMEDICOS

Responda V o F según corresponda

- a) _____ La hospitalización siempre genera estrés en el niño
- b) _____ Cuando el lactante mayor deja de llorar y protestar, significa que se ha adaptado a la hospitalización
- c) _____ Los preescolares de 4 años se adaptan fácilmente a las rutinas hospitalarias
- d) _____ El recién nacido percibe el dolor en forma localizada
- e) _____ El recién nacido durante la hospitalización llora inconsolablemente ante la separación de sus padres
- f) _____ El dolor que sienten los niños ante procedimientos invasivos, no afecta el comportamiento ni el estado emocional
- g) _____ El vínculo madre-hijo es la unión o lazo que se establece con los padres y su hijo durante los primeros meses de vida
- h) _____ La lactancia materna favorece la formación del vínculo madre-hijo
- i) _____ El personal debe tener capacitación especial y motivación para trabajar en un servicio pediátrico
- j) _____ El uso de diseños llamativos en el ambiente físico, favorece el crecimiento y desarrollo normal del niño

ITEM CONOCIMIENTOS

PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

a) ¿Cuales son los factores que producen estrés en la hospitalización del niño?

b) ¿Cual es el efecto del dolor en el lactante? Nombre 3

c) Un preescolar de 3 años hospitalizado esta pasando por angustia ante la separación, ¿cual es la reacción que presentaría? Nombre 3

d) ¿A que edad se establece el vinculo madre-hijo?



e) ¿Que factores favorecen el vinculo madre hijo? mencione los factores mas importante (mínimo 3 factores)

f) ¿Que características del ambiente físico influiría en forma positiva en el bienestar del niño? nombre mínimo 3 características

g) ¿Que características específicas debe tener el profesional de Enfermería en un servicio pediátrico? Nombre tres características

h) Nombre tres características del ambiente terapéutico pediátrico



Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

Tesis Actitud del Equipo de Enfermería