

LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS
ANTE LAS RELACIONES CON EL PERSONAL DE SALUD

ASTRID ELENA MAZO ZULUAGA

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE EDUCACIÓN
Medellín
2006

LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS
ANTE LAS RELACIONES CON EL PERSONAL DE SALUD

ASTRID ELENA MAZO ZULUAGA

PROYECTO PEDAGÓGICO
Línea de Prevención Temprana de la Agresión

ASESORA
OMAIRA ARISTIZÁBAL ZULUAGA
Especialista en Niños con Énfasis en Psicoanálisis

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE EDUCACIÓN
Medellín
2006

**A mi familia,
porque gracias a ellos
he podido Ser.**

AGRADECIMIENTOS

A Dios, en mejores manos no puedo estar.

A Papá y Mamá, por su amor me permitieron existir, por su apoyo me permiten lograr cada meta que me propongo y porque me alientan para mejorar cuando el medio se me presenta como ejemplo para todo lo contrario.

A Johann y Natalia, por su apoyo, compañía y colaboración en mi crecimiento y formación.

A mis familiares por sus enseñanzas, afecto y cooperación.

A Nelson Julián, por su amor, comprensión, y ayuda oportuna y constante.

A mis amigos, quienes comparten la felicidad de lograr esta meta.

A las familias Restrepo Zuluaga, Vargas Escobar, Escobar Escobar y demás familias que compartieron el deseo de ver felices a los niños.

A Omaira, la asesora, por su entrega, disposición y escucha.

Al Hospital Universitario San Vicente de Paúl, y con ellos a doña Lucrecia Rojas, por posibilitar un espacio de aprendizaje, formación y reflexión. Al personal de la salud, que acogió mis propuestas y comprendió la importancia de las mismas. A las familias de los niños, por compartirme sus experiencias. A los niños de la Sala de Aislados, por ustedes comprendo aún más el valor de mi profesión.

TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN

1. JUSTIFICACIÓN
2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN
 - 2.1 Planteamiento del problema
 - 2.2 Formulación del problema
3. OBJETIVOS
 - 3.1 Objetivo General
 - 3.2 Objetivos Específicos
4. MARCO REFERENCIAL
 - 4.1 Contexto
 - 4.1.1 A cerca del Hospital
 - 4.1.2 Las Aulas Hospitalarias
 - 4.1.3 La Pedagogía Hospitalaria
5. MARCO TEÓRICO
 - 5.1 Referente Legal
 - 5.2 Referente Teórico
 - 5.2.1 Agresividad, Agresión y Prevención de la Agresión
 - 5.2.2 Individuo, Persona y Sujeto
 - 5.2.3 El cuerpo y la enfermedad
 - 5.2.4 La enfermedad en el niño y la Hospitalización
 - 5.2.5 Relación Personal de salud-paciente
6. DISEÑO METODOLÓGICO
 - 6.1 Tipo de investigación
 - 6.2 Descripción de la población
 - 6.3 Universo de la muestra
 - 6.4 Instrumentos de recolección de la información

6.5 Consentimiento informado

6.6 Plan de análisis

6.7 Procedimiento de investigación

6.8 Cronograma de actividades

7. HALLAZGOS

7.1 El universo de las relaciones que vive el niño hospitalizado

7.1.1 Aspectos que interfieren en la relación personal de la salud-niño

7.2 Lo más difícil para ellos es la adaptación: lo que sienten como agresivo los niños hospitalizados

7.3 Cuando no les brindas mimos excesivos sino que los escuchas, son interlocutores válidos para vos

8. DISCUSIÓN

9. CONCLUSIONES

10. RECOMENDACIONES

11. BIBLIOGRAFÍA

12. ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

- Anexo 1 Pauta de entrevista
- Anexo 2 Pauta de entrevista
- Anexo 3 Consideraciones éticas
- Anexo 4 Carta de autorización de utilización de la información
- Anexo 5 Formato de planeación
- Anexo 6 Cuadro de caracterización del niño y su familia
- Anexo 7 Guía de observación sistemática
- Anexo 8 Cuadro de códigos inicial
- Anexo 9 Cuadro de códigos final
- Anexo 10 Información de la cartelera
- Anexo 11 Plegable “El niño y la hospitalización”
- Anexo 12 Registros fotográficos

PRESENTACIÓN

“Los problemas en las relaciones interpersonales ocurren como resultado del compromiso de los involucrados en sus propias perspectivas, ideas, opiniones y sentimientos que abusan o pasan por alto los de los otros”

Dra. Laura Trinidad Olivero

Psicóloga clínica.¹

Este ejercicio investigativo se realiza en el contexto de la práctica profesional realizada en la sala de aislados en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, de la cual nació la inquietud por las formas de relación que se establecen entre el niño hospitalizado y el personal de la salud, en las que se presentan actitudes que pueden ser percibidas como agresivas. Con relación al niño, se ha observado que éste se ha puesto en el lugar de objeto de la medicina, ha dejado de ser nombrado para referirse a él como “el niño de la TBC”, “la niña de la 225” o simplemente “el niño”; el nombre propio se queda como un requisito para la papelería de ingreso, control y egreso del niño, y en ocasiones, para dirigirse a él.

El servicio de Aislados, donde se lleva a cabo este ejercicio investigativo, está compuesto por cinco habitaciones, cada una adecuada para la estadía de un paciente y una persona acompañante. Allí se les presta atención a los niños que son diagnosticados con enfermedades infecto-contagiosas, ya sean estas de origen viral o bacteriano, como la hepatitis, la tuberculosis, el sarampión, la varicela, la escabiosis entre otras, o que se encuentren inmuno-suprimidos por diferentes motivos. Por las características de estas patologías, los niños que son hospitalizados allí, no pueden por ninguna razón reunirse entre sí, pues estarían expuestos a contraer otro tipo de infecciones o a ocasionar epidemias.

¹ Tomado de www.gestiopolis.com/canales/derrhh/articulos/31/comunica.htm. Octubre de 2006

Muchos de los niños que ingresan a este servicio, son provenientes de otros municipios del departamento de Antioquia e incluso de otros departamentos del territorio nacional, lo cual dificulta muchas veces el desplazamiento de los familiares para el acompañamiento del niño en su proceso de hospitalización; otros más afortunados, cuentan con la presencia y el apoyo constante de sus progenitores; y finalmente se encuentran aquellos niños que son víctima de abandono por parte de sus padres, por lo tanto estos niños se relacionan únicamente con el personal de la salud y los trabajadores del programa “Palabras que acompañan”^P. Por estas condiciones, específicas del servicio, muchos niños han de pasar la mayor parte del tiempo sin relacionarse con otros, y el tiempo que les brinda el personal de la salud en sus habitaciones, resulta ser el necesario para los médicos y enfermeras, pero no resulta ser el suficiente para los niños, quienes perciben, entre otras actitudes, prisa en este encuentro.

La pedagogía hospitalaria “es un intento de continuar con el proceso educativo de aquellas personas que están enfermas o convalecientes, de los familiares del mismo, y de todas aquellas personas que interfieran en la vida del paciente. Esta rama de la pedagogía, de la actividad educativa en ambientes clínicos: “tiene más que ver con la salud y con la vida que con la instrucción y el adiestramiento”; “La Pedagogía Hospitalaria es una pedagogía vitalizada, es una pedagogía de la vida y para la vida”².

Los niños en situación de hospitalización, especialmente en la sala de aislados, se ven sometidos a una soledad que si bien no eligen, en ocasiones tampoco pueden comprender. Su proceso de socialización se ve afectado por lo tanto durante su estadía en el hospital, y se ve reflejada de una u otra forma en la manera como se relacionan con quienes sí acceden a su entorno. La prevención, es también una de las preocupaciones de la pedagogía hospitalaria, y, se busca de alguna manera

^P “Palabras que acompañan” es un programa de acompañamiento al paciente hospitalizado que se realiza a través de la lectura. Fue puesto en funcionamiento desde el 22 de agosto de 2002 en el HUSVP, y los niños de la sala de aislados hacen parte de la población que se ha visto beneficiada por esta iniciativa.

² GONZALEZ SIMANCAS, J.L. y POLAINO-LORENTE, A.: Pedagogía Hospitalaria, Narcea, Madrid, 1990.

evitar la agresión que supone para el niño hospitalizado el no ser tratado como sujeto, sino como objeto de estudio en el ámbito hospitalario.

Por lo tanto, la pedagogía hospitalaria permite continuar “con su aprendizaje cultural y formativo, y además para que sea capaz de hacer frente a su enfermedad, haciendo hincapié en el cuidado personal y en la prevención.”³

PALABRAS CLAVE

Aula Hospitalaria, pedagogía hospitalaria, agresividad, agresión, prevención de la agresión, individuo, persona, sujeto, enfermedad, salud, hospitalización, relación médico-paciente, relación enfermera-paciente, investigación cualitativa, fenomenología.

³ ÁVILA VALDES, Noemí. Educación Artística y Creatividad en el niño hospitalizado. Tomado de www.curarteonline.com

1. JUSTIFICACIÓN

Desde lo observado y leído durante la primera fase (diagnóstica) de la práctica profesional en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl se evidenció que el personal del sector salud tiene por lo general dos tendencias en lo que se refiere a la relación con el niño/a como ser humano; de un lado existen personas que se limitan a atender la enfermedad, entregar la alimentación, medicar o aplicar la medicina que el paciente requiere, es decir, el paciente es tratado como un objeto de la medicina. Por otro lado hay quienes al entrar en contacto con los niños/as, se preocupan por su estado anímico, saber qué desean, qué les hace falta, cómo ha evolucionado su enfermedad, qué dudas o inquietudes tienen frente a su proceso, y cuál es el trato que han recibido en el hospital.

En algunas investigaciones se puede leer con respecto a este asunto lo siguiente:

“Con los cambios en los modelos de prestación de servicios, ha tomado más fuerza una tendencia a entender el servicio de salud como simplemente un contrato de trabajo, entre el que da y el que recibe servicios, perdiéndose la sensibilidad ante el encuentro humano... Pero el problema no es sólo de las entidades hospitalarias. El concepto predominante hasta la década del 90, de salud en términos negativos, llevó a un sistema sanitario que gravita en torno a la enfermedad y que termina olvidándose del sujeto enfermo, a quien se reconoce como ignorante en relación con su enfermedad y de quien únicamente se espera en consecuencia que se deje tratar. Se percibe a los pacientes como objetos de tratamiento, de investigación, de aplicación del conocimiento”.⁴

“En la práctica médica la tendencia más frecuente es biologizar la atención a los sujetos, por las características del proceso de formación de los médicos, donde está profundamente arraigado sólo el objetivo de curar al paciente atendiendo el

⁴ Tomado de www.fepafem.org.ve/investigaciones/situacionninoshospitalizados. Octubre de 2005

órgano o los órganos afectados, sin valorar otros aspectos. Lo correcto es considerar al individuo como una unidad biopsicosocial. La comprensión correcta de esta relación tiene gran importancia teórica y práctica en el ejercicio de la medicina.

Si tenemos en cuenta todo lo anteriormente expresado, es la edad infantil de suma importancia al abordar la relación médico – paciente siendo el niño un ser humano en formación, con muchas potencialidades y al cual no se debe ignorar como persona”⁵

La atención hospitalaria, como la educación, tiene que respetar además del desarrollo fisiológico de los niños, su lenguaje, valorar su palabra, y analizar la situación emotiva por la que se atraviesa en momentos como la hospitalización, reconocer el niño como un ser integral, como sujetos; estos son aspectos claves para hacer de la hospitalización un evento menos traumático y difícil, que ayudarán a su vez para que el niño retome prontamente su vida normal y se reincorpore a su escuela.

Indudablemente es un trabajo de equipo, entre el niño y niña hospitalizados, padres, personal de salud y pedagogos en formación para mejorar la asistencia hospitalaria y ayudar a disminuir las respuestas agresivas durante la hospitalización.

La pedagogía hospitalaria nos ofrece tres enfoques de trabajo con los niños hospitalizados: educativo, formativo y psicopedagógico. La respuesta a este ejercicio investigativo, debe ser el punto de partida para el diseño de metodologías de trabajo basados en el enfoque psicopedagógico.

⁵ María Antonieta Rodríguez Arce. Relación médico-niño. Departamento de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas de Holguín. Tomado de <http://www.cocmed.sld.cu/no73/n73rev4.htm> . 2006

2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1 Planteamiento del problema

A partir de las observaciones realizadas en la Sala de aislados del Hospital Infantil se ha podido leer que el personal que interviene con el niño/a hospitalizado manifiesta actitudes (conscientes e inconscientes) que en algunas ocasiones pueden resultar o ser percibidas por el niño como agresivas (sin que la intención del personal de salud, sea justamente la de agredir). Las relaciones entre ambos agentes, niño/a y personal del hospital, es limitada y en ésta se olvida al niño como un ser integral. Se pudo observar, como en algunas oportunidades, el niño no pasa de ser “el paciente de la cama...” o “el niño que tiene...”; si esto se suma al estado anímico disminuido del niño, por la enfermedad misma y la hospitalización, el resultado se podría traducir en una experiencia más desagradable en el Hospital, que la que supone la hospitalización misma, y es aquella experiencia donde él se siente agredido al ser reducido a un objeto de la medicina.

“Desde el campo psicoeducativo estamos viviendo un interés creciente por la llamada educación emocional. Autores como Gardner (1995) a través de las Inteligencias Múltiples y, más recientemente, Goleman (1996) con su concepto de Inteligencia Emocional, han inclinado sensiblemente la balanza ante los aspectos emocionales del individuo.

Según Bisquerra (1999) la educación emocional tiene como objetivo último potenciar el bienestar social y personal, a través de un proceso educativo continuo

y permanente que aúne el crecimiento emocional y el cognitivo, porque ambos son necesarios para el desarrollo de la personalidad integral.”⁶

Según este autor, el tener en cuenta los factores emocionales, facilita actitudes positivas que permitan el desarrollo de las habilidades sociales, así como estimula el establecimiento de relaciones de empatía donde se obtiene un bienestar social e integral.

2.2 Formulación de la pregunta de investigación:

¿Cuáles son las formas de relación entre el personal de salud y el niño y niña hospitalizados, y el significado que para el niño tienen éstas en el proceso de hospitalización?

⁶ Tomado de http://www.down21.org/act_social/relaciones/main.htm. Septiembre de 2006

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

- ❖ Comprender las formas de relación entre el personal de salud y el niño y niña hospitalizados, y el significado de éstas para el niño; con el fin de identificar los agentes agresores que intervienen en ellas, como un punto de partida hacia la prevención de la agresión en este contexto.

3.2 Objetivos específicos

- ❖ Comprender las características de la relación entre el personal de salud y el niño hospitalizado.
- ❖ Entender el significado que tienen para los niños hospitalizados las relaciones que establecen con el personal de salud.
- ❖ Identificar los agentes agresores que intervienen en la relación personal de salud- niño hospitalizado.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 Contexto

Este ejercicio investigativo, se lleva a cabo en la sala de Aislados del Hospital Infantil, cobijado en el Proyecto del Aula Lúdico Pedagógica. Por lo tanto, está regido por los principios y metodologías de la Pedagogía Hospitalaria. A continuación se presentan algunas consideraciones necesarias para la ubicación en este espacio de intervención e investigación.

4.1.1 Acerca del Hospital

El Hospital Universitario San Vicente de Paúl, abre sus puertas el 10 de mayo de 1934, pero se inaugura realmente el primero de enero de 1926. En 1952, se inicia la construcción del Hospital Infantil, que inicia labores con capacidad para 189 pacientes. En la actualidad, cuenta con los servicios de Urgencias, Hemato-Oncología, Aislados, Lactantes, Nefrología y Pediatría general.

“La trayectoria del Hospital Universitario San Vicente de Paúl lo ha posicionado como hospital de referencia del departamento y de su área de influencia. El volumen de actividades y su vinculación con las facultades de Medicina, Salud Pública, Odontología, Enfermería y Bacteriología de la Universidad de Antioquia, le confiere una importancia fundamental frente a otras instituciones locales y nacionales.

Los cambios en el sector de la salud provocados por la ley 100 de 1993, han hecho necesario el desarrollo de una investigación que permita definir objetivos, políticas y estrategias a corto, mediano y largo plazo para el Hospital, acordes con las transformaciones del entorno.

Fue así como se decidió elaborar el Plan de Direccionamiento Estratégico, el cual se ha venido trabajando desde el año 1990.

Las variantes más relevantes que el Hospital tuvo en cuenta para su formulación fueron las siguientes:

- A. En el medio ambiente externo. La situación demográfica, epidemiológica, socio-política, económica y del sector salud del Valle de Aburrá y Área Metropolitana, de donde proviene el 80% de los pacientes que atiende el Hospital.
- B. En el medio ambiente interno, el Hospital, se basó en un estudio sobre clima organizacional realizado por la Fundación FES y dos encuestas de posicionamiento interno. Los factores analizados fueron: el recurso humano, la estructura organizacional, los mecanismos integradores y las debilidades organizacionales detectadas por el recurso humano entre otras.

El Plan Estratégico se evaluó, controló y retroalimentó en varias ocasiones así:

1. En 1993 y se denominó “Misión Cara al año 2000” en donde se definieron objetivos y estrategias y de los cuales se han materializado muchos de ellos para la parte administrativa.
2. en 1996 se definió la Misión en forma participativa, se complementó el Plan con una visión y los valores y se le denominó “Plan Director para la Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl 1996-2001”

Los objetivos del Plan de Direccionamiento Estratégico son:

- A. Prestar servicios de salud en las Unidades Estratégicas de Productos así:
 - 1) A todas las personas que lo demanden.
 - 2) De alta complejidad en todas las especialidades con integralidad, interdisciplinariedad, oportunidad, calidad y en forma humanizada.
 - 3) Preferentemente a la población de escasos recursos económicos.

- 4) Mejorando las condiciones de vida de la persona-paciente.
- B. Establecer condiciones laborales que generen el desarrollo profesional del trabajador en armonía con los valores institucionales.
- C. Desarrollar un proceso de gestión descentralizado, que garantice la solidez del desarrollo institucional y la prestación del servicio con eficiencia y eficacia.
- D. Brindar asesoría y asistencia técnica en salud a otras entidades del sector.

MISIÓN: el Hospital presta servicios de salud con énfasis en la alta especialidad, dirigidos preferentemente a las personas de escasos recursos económicos y participa en la formación del recurso humano y en el desarrollo de investigaciones en salud, con personas idóneas y comprometidas.

VISIÓN: el Hospital será líder en el sector por su alto nivel humano, científico, tecnológico e investigativo. Nuestra labor generará desarrollo y satisfacción laboral, personal, familiar y social.

VALORES: respeto, honestidad, perseverancia, lealtad, responsabilidad, compromiso, equidad.

Adicionalmente, en el Plan de Direccionamiento Estratégico, se definieron 8 unidades Estratégicas de Enfoque de Productos, que obedecen a una segmentación sistemática de los servicios ofrecidos, a trabajar en conjunto con la Universidad de Antioquia a través de los siguientes proyectos: transplantes, oncología, alto riesgo obstétrico, infectología, trauma, neonatología, endocrinología, y enfermedades crónicas no trasmisibles del adulto. En 1998, se sumó el proyecto de enfermedades cardiovasculares.”⁷

⁷ Plan Estratégico. Hospital Universitario San Vicente de Paúl.

4.1.2 Las aulas hospitalarias

Las aulas hospitalarias “surgen ante la necesidad de resolver los problemas de escolaridad de aquellos niños que durante un periodo de tiempo más o menos prolongado, dejan de asistir al colegio de forma regular. El modelo más temprano se inició en Francia, país que dio sus primeros pasos en este sentido, a finales de la Primera Guerra Mundial (1914 - 1920), dentro de una política encaminada a proteger la salud infantil, expuesta a contagiarse de tuberculosis, creando para ellos las denominadas Escuelas al Aire Libre. Pero es a finales de la Segunda Guerra Mundial (1939 - 1945) que se instauran las primeras escuelas en los hospitales de carácter oficial, las cuales se crearon en Gran Bretaña y desde la década de los ochenta en Europa, específicamente en España.

La escuela se introduce de forma definitiva en los hospitales franceses, con la creación de los primeros puestos de enseñanza en los hospitales, que se vio reflejada con el decreto del 23 de julio de 1965, por el que se obliga a dar atención escolar a los niños y adolescentes atendidos en los establecimientos sanitarios especializados (casas de cura, casas de salud).

En España el funcionamiento de las Aulas Hospitalarias es más tardío, al menos desde el punto de vista legislativo; sin embargo, esta actuación a nivel particular en algunos hospitales ha venido siendo habitual desde hace más de treinta años, a través de una iniciativa de algunos profesionales ajenos a la escuela (enfermeras, auxiliares, celadores.), que posibilitaron más tarde la llegada a los hospitales de maestros que dieron un nuevo enfoque a la atención del niño hospitalizado.”⁸

⁸ M. GUILLÉN; A. MEJÍA. Actuaciones Educativas en Aulas Hospitalarias. Editorial Nancea. 2002. p. 30.

“En nuestro país los primeros antecedentes de atención al niño hospitalizado se derivan de intervenciones con carácter netamente lúdico-recreativo, en ciudades como Santafé de Bogotá y Medellín. En Santafé de Bogotá se implementan programas encaminados a la recreación y utilización del tiempo libre dentro de los hospitales, para la realización de esta intervención se cuenta con la participación de voluntarias y alfabetizadores, se da prioridad a los programas que utilizan la risa como elemento terapéutico (risoterapia) liderado estos por actores de teatro que pretenden desde su profesión humanizar y armonizar el ambiente hospitalario.”⁹

En Medellín, a la fecha (2006) existen tres instituciones de salud que prestan servicios educativos y/o recreativos a los niños hospitalizados. “En el Hospital General de Medellín, cuentan con un espacio adecuado y un programa de intervención recreativa para preescolares y escolares, y además llevan a cabo trabajos de prevención y puericultura con los padres de familia. En la Clínica León XIII del ISS, cuentan con un espacio para la recreación de los niños, una biblioteca y una recreacionista que desarrolla proyectos con los niños todos los días en la mañana y en la tarde.”¹⁰

Por último, en el Hospital Infantil se adelantan programas de atención educativa al niño hospitalizado donde se retoma no sólo la lúdica, sino que se trabaja desde la pedagogía, tratando de minimizar los efectos negativos producidos por la hospitalización y contribuyendo al desarrollo integral del niño. Estas intervenciones son llevadas a cabo por practicantes que cursan últimos semestres de Licenciatura en Pedagogía infantil, y cubren la totalidad de los servicios.

⁹ Castañeda, Jeisson. Fundamentación teórico-práctica. Tesis de grado.

¹⁰ IBARBO MUÑETÓN, Beatriz Elena y otros. Modelo de acompañamiento lúdico pedagógico para el niño hospitalizado. Medellín. 2001.

4.1.3 La Pedagogía Hospitalaria

“La pedagogía hospitalaria es una de las ramas jóvenes de la pedagogía social que intenta responder a un fenómeno objetivo de la realidad de nuestro tiempo; es un intento de continuar con el proceso educativo de aquellas personas que están enfermas o convalecientes, de los familiares del mismo, y de todas aquellas personas que interfieran en la vida del paciente. Esta rama de la pedagogía, como bien dicen los autores de Pedagogía hospitalaria: actividad educativa en ambientes clínicos, "tiene más que ver con la salud y con la vida que con la instrucción y el adiestramiento"; la Pedagogía Hospitalaria es una pedagogía vitalizada, es una pedagogía de la vida y para la vida”¹¹.

Olga Lisazoain, define la Pedagogía Hospitalaria como “La rama diferencial de la pedagogía que se encarga de la educación del niño hospitalizado de manera que no se retrase en su desarrollo personal, ni en su aprendizaje, a la vez que procura atender a las necesidades psicológicas y sociales generadas como consecuencia de la hospitalización y de la concreta enfermedad que padece. Se ofrece como una pedagogía vitalizada de la vida y para la vida, que constituye una constante comunicación de experiencias entre la vida del educando y la vida del educador, y aprovecha cualquier situación, por dolorosa que pueda parecer, para enriquecer a quien la padece, mudando su sufrimiento en aprendizaje”¹².

Por otra parte, la doctora Noemí Ávila Valdés, considera la Pedagogía Hospitalaria “como una parte de la pedagogía, cuyo objeto de estudio, investigación y dedicación es el individuo hospitalizado (niño o adulto), para que continúe con su aprendizaje cultural y formativo, y además para que sea capaz de hacer frente a su enfermedad, haciendo hincapié en el cuidado personal y en la prevención.

¹¹ GONZALEZ SIMANCAS, J. L. y POLAINO–LORENTE, A.: Pedagogía Hospitalaria, Narcea, Madrid, 1990.

¹² LISAZOAIN RUMEU, Olga.: Educando al niño Enfermo. Perspectivas de la pedagogía Hospitalaria, Pamplona, 2000.

Esta surge en los contextos hospitalarios ante las siguientes necesidades:

- *Necesidades pedagógicas*: de aprendizaje de materias y contenidos escolares
- *Necesidades psicológicas*: de acogida y adaptación del paciente al hospital, atención durante la estancia, etc.

Se trata pues de unas necesidades psicopedagógicas que el personal específicamente sanitario (médicos, enfermeras, auxiliares, etc.) no pueden atender, privando al paciente de unos derechos. La Pedagogía Hospitalaria, tiene que llevar a cabo dos tipos de intervenciones complementarias:

- *La educativa- formativa*
- *La psicopedagógica*

Se podría decir, que la *acción formativa* es de más fácil aplicación cuando se tiene en cuenta el *enfoque psicopedagógico*. Entendiendo este enfoque psicopedagógico como la búsqueda de la salud mental del paciente, es decir, el equilibrio psíquico, el ajuste social y la adaptación psicosocial del enfermo a su situación.

A continuación se profundiza más en los enfoques que plantea esta Pedagogía Hospitalaria:

1. *El enfoque formativo*. Es decir, el que ayuda al perfeccionamiento integral de la persona aún en situación anómala, como es la de la hospitalización.
2. *El enfoque instructivo o didáctico*. Que se basa en las tareas de enseñanza y aprendizaje necesarias para recuperar, mantener y facilitar la reanudación cultural e intelectual del paciente.
3. *El enfoque psicopedagógico*, que se encarga de la preparación para la hospitalización y también para procurar que el ajuste a esta situación y condiciones sea lo menos estresante posible.

Después de este análisis del concepto Pedagogía Hospitalaria, cabe concretizar más las posibles acciones a desempeñar en los contextos hospitalarios, y se pueden plantear unos *principios metodológicos*, que podrían ser los siguientes:

- Individualización
- Socialización
- Actividad
- Intuición
- Juego y creatividad

En definitiva se trata de cómo organizar y diseñar la pedagogía en el espacio hospitalario, atendiendo a todos los factores que este contexto implica. Hay gran cantidad de variables que van a intervenir en este proceso educativo, tales como breve duración de la hospitalización, heterogeneidad de edad y nivel educativo de los niños, espacios y recursos donde desarrollar las actividades educativas, etc.”¹³

¹³ ÁVILA VALDES, Noemí. Educación Artística y Creatividad en el niño hospitalizado. Tomado de www.curarteonline.com. 2005

5. MARCO TEÓRICO

***“enseñarles a ejercer sus derechos
en lugar de enseñarles a saltarse las normas”***

Ester Giménez-Salinas i Colomer.¹⁴

5.1 Referente legal.

“La preocupación por la humanización de los servicios de salud se remonta al origen mismo de los hospitales, pero hasta 1973, se elabora en Minnesota una Declaración de los Derechos de los Pacientes. Posteriormente se han promulgado múltiples declaraciones nacionales e internacionales sobre el tema. Reducir el impacto producido en los niños por su hospitalización es un asunto sobre el que se reflexiona desde la década del 40; el tema de los Derechos del niño hospitalizado se discute desde la década del 80 y para Mayo de 1986 el Parlamento Europeo adopta la Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado, estos son:

- 1) *Hospitalizar en casos absolutamente necesarios y durante el menor tiempo posible.*
- 2) *Que los niños estén acompañados por sus padres o quienes los representen el mayor tiempo posible.*
- 3) *Hospitalizar al niño con personas de su misma edad y si es adolescente con personas de su mismo sexo y edad, en espacios amplios, donde no haya hacinamiento.*
- 4) *La construcción debe ser hecha teniendo primordialmente en cuenta las necesidades de los niños.*

¹⁴ EL NIÑO. Revista del Instituto del Campo Freudiano. Paídos. Barcelona.

- 5) *Mantener áreas de juego y estudio, así como materiales para recreación y educación de los niños (juguetes, libros, medios audiovisuales).*
- 6) *Tener servicios permanentes de información al usuario, así como una adecuada señalización de las Instituciones.*
- 7) *Mantener informado al niño y a su familia con respecto a su enfermedad y al tratamiento médico, acorde con su edad y su inteligencia.*
- 8) *Dar folletos de información y orientación sobre la Institución, los derechos y deberes de los niños y sus padres.*
- 9) *Respetar la identidad e intimidad de las niñas y niños, utilizando al referirse a ellos sus nombres y realizando las adecuaciones locativas que facilitan la intimidad.*
- 10) *Mantener a los niños en situación crítica separados de la contemplación de otros niños, respetando su dignidad, consolando y acompañando a la familia, que debe estar presente junto al niño de ser esto posible.*
- 11) *Solicitar el permiso a los padres o acudientes y a los niños cuando su edad y estado mental lo permitan, para realización de procedimientos de investigación, cuidados o exámenes educativos o informativos y no terapéuticos. Ellos pueden libremente negarse a la realización de dichos procedimientos, sin desmedro de su relación con la Institución.*
- 12) *Realizar actividades de preparación para los procedimientos quirúrgicos, la anestesia, los procedimientos odontológicos.*
- 13) *Permitir el ingreso de los padres a las salas de recuperación en el postoperatorio inmediato.*

14) *Mantener un equipo de funcionarios capacitado, conocedor de los niños, sus derechos, características y necesidades, así como del trato que se les debe dar.*

15) *Promover entre los funcionarios, mediante la capacitación, el establecimiento de relaciones personalizadas con los usuarios y sus familiares, manteniendo con ellos una comunicación permanente.*

16) *Mantener un equipo de profesionales de la educación que apoyen las actividades de estudio y recreación de los niños.*

17) *Tener un equipo profesional que de apoyo psico-afectivo tanto a los niños como a sus a familiares.*

18) *Realización de encuestas post hospitalización sobre la calidad de los servicios, la atención y los problemas encontrados.*

19) *Crear en todas las Instituciones comités interdisciplinarios de humanización, con participación de la dirección, los profesionales, el personal de base y los usuarios.”*

En Colombia desde hace algunos años se ha venido discutiendo el tema de los Derechos del Enfermo y 10 derechos básicos están consagrados en la Resolución 13437 del 1 de Noviembre de 1991 del Ministerio de Salud, la cual, si bien es limitada frente a la magnitud de los derechos del niño hospitalizado, marca una primera pauta en el mejoramiento de la atención al paciente. De este recurso legal, se tendrá presente principalmente el numeral dos que se refiere a:

“El derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permita obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y al pronóstico y riesgo que dicho tratamiento conlleve. También su derecho a

que él, sus familiares o representantes, en caso de inconsciencia o minoría de edad consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia, ojala escrita, de su decisión.”¹⁵

Más recientemente, encontramos otro referente legal en el que se reconoce el derecho del niño a gozar de los más altos niveles logrados en salud y a servicios para el tratamiento de enfermedades y recuperación de la salud, y que estipula además que las naciones deben esforzarse en asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al acceso a dichos servicios de atención médica. Colombia, hace parte de los países miembros de la Asociación Médica Mundial (AMM), que ha acogido esta propuesta y por lo que se supone debe abogar por el respeto de las políticas que en esta se proyecten.

Los derechos consagrados aquí, son una herramienta adoptada en La Convención de Naciones Unidas de 1989 sobre los Derechos del Niño a la atención médica, y que hacen parte de la Declaración de Ottawa de la AMM. A continuación se exponen algunos de los derechos que hacen referencia a la hospitalización y el trato que debe recibir un niño en las instituciones prestadoras de servicios en salud.

“Se debe hacer todo lo posible para que un niño hospitalizado pueda estar acompañado por sus padres o padres sustitutos, quienes deben tener alojamiento apropiado, cuando proceda, en el hospital o en sus cercanías, gratuitamente o con costo mínimo, y deben tener la posibilidad de ausentarse de sus trabajos, sin perjuicio para su empleo.

Todo niño hospitalizado debe ser autorizado al máximo contacto externo y visitas posibles, sin restricción de edad del visitante, excepto en circunstancias cuando el médico tratante tenga buenas razones para considerar que las visitas no serán beneficiosas para el niño.

¹⁵ www.fepafem.org.ve/investigaciones/situacionninoshospitalizados

El niño hospitalizado debe tener la posibilidad y facilidad, apropiada a su edad, de jugar, recrearse y continuar su educación. Para facilitarla, se debe instar al empleo de profesores especializados o que el niño tenga acceso a programas adecuados de aprendizaje a distancia.

Se deben tomar todas las medidas apropiadas para proteger al niño de todas las formas de trato negligente, violencia física o mental, maltrato, lesiones o abuso, incluido el abuso sexual.

El paciente niño debe ser tratado siempre con tacto y comprensión, y con respeto por su dignidad y vida privada.

Se debe hacer todo lo posible para evitar, o si no es posible, disminuir el dolor y/o sufrimiento, y mitigar el estrés físico o emocional en el paciente niño.

La información se debe entregar de manera apropiada a la cultura y al nivel de comprensión del receptor. Esto es especialmente importante en el caso de la información que se entrega al niño, quien debe tener el derecho a acceder a la información general sobre salud.

El paciente niño y sus padres o representantes legales tienen derecho a tener una participación informada activa en todas las decisiones que afecten la atención médica del niño. Los deseos del niño deben considerarse al tomar dichas decisiones y se les debe dar importancia, según su capacidad de comprensión. El niño maduro, según la opinión del médico, tiene derecho a tomar sus propias decisiones sobre atención médica.”¹⁶.

A demás de estos derechos, se tienen como referentes algunos de los consagrados en la Constitución Política de Colombia de 1991 y en El Código del Menor. Son derechos fundamentales de los niños, la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad,

¹⁶ Tomado de <http://www.bioetica.org/bioetica/mono34.htm>

tener una familia y no ser separada de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. (Constitución Nacional de Colombia, artículo 44, literal a).

Todo menor tiene derecho a la protección y a la asistencia necesaria para lograr su adecuado desarrollo físico, mental, moral y social. (Código del Menor, capítulo segundo, artículo tercero).

5.2 Referente teórico

*“...Con el examen físico brusco, el desconsiderado manejo del temor y el pudor,
la agresión al derecho de dormir, las innecesarias inyecciones,
el exceso de abrigo, el reposo prolongado y forzado, se atenta contra el derecho al movimiento.
La privación del juego, desconociendo que éste hace parte de su vida y tiene efectos terapéuticos,
el aislamiento innecesario y prolongado que interrumpe su vital proceso de socialización...
la separación de su madre y de su familia...
todas son agresiones que se hacen en nombre de la ciencia.”*

Ernesto Plata Rueda¹⁷

5.2.1 Agresividad, Agresión y Prevención de la agresión

Algunas teorías, explican las causas del comportamiento agresivo en los seres humanos, Freud (1915) por ejemplo, planteaba que los hombres “...somos del linaje de una serie interminable de generaciones de asesinos que llevan en la sangre el gusto de matar...”, es decir, que poseemos una fuerza innata (teoría activa), que determina el comportamiento agresivo. Pero existen otras teorías para las que el comportamiento agresivo en cambio puede provenir del ambiente que rodea al sujeto (teoría reactiva), es el caso de la frustración o del comportamiento aprendido de modelos agresivos, que son contemplados dentro de la Psicología social.

Sin embargo, el hombre tiene no sólo la capacidad para la muerte, la destrucción y la agresión, denominada thánatos o pulsión de muerte, sino que posee otra fuerza contrapuesta que es llamada eros, y se denominan también pulsión de vida. Cuando el sujeto obedece a la pulsión de muerte, experimenta una destructividad

¹⁷ Tomado de [www.fepafem.org.ve/investigaciones/ situacionninoshospitalizados](http://www.fepafem.org.ve/investigaciones/situacionninoshospitalizados)

propia que le abre el camino hacia el otro, esa destructividad es denominada agresividad, y esta puede ser proyectada bien sea hacia el mundo exterior, o hacia el sujeto mismo.

Agresividad y agresión, son palabras con connotaciones diferentes; cuando se habla de agresión, se hace referencia al acto en sí, y este es generador de violencia. La agresividad en cambio, está mediada por la palabra, los gestos y la intención en sí misma. Esta última es sin embargo un componente de la naturaleza humana a la cual cada sujeto le busca salida de manera diferente.

Retomando las teorías de Freud, éste “concibe al sujeto con la necesidad de encontrarse con el otro, en donde la subjetividad asigna una vivencia del semejante muy particular y la rivalidad, la sumisión del mismo, su aniquilamiento, su denegación radical, hacen parte esencial del sostenimiento de su propio yo desencadenando un furor aniquilador del semejante que la psicología reconoce como la manifestación de la agresividad; allí es que surge la agresión como un paso al acto que se supone, lleva inherente una motilidad un movimiento, físico, un daño corporal y visible; sin embargo, la palabra, el lenguaje es igualmente agresivo y en el se actualiza lo pulsional con todos sus avatares y consecuencias; siendo la agresión... una conducta dirigida a dañar a otro, a destruirlo, a contrariarlo, a humillarlo...”¹⁸.

Por otro lado, Fromm (1980), propone el concepto de un tipo de agresión conservadora de la vida, biológicamente adaptativa y defensiva, y manifiesta también que el hombre está dotado de una agresión potencial que se moviliza ante las amenazas de la vida. Su concepción está enmarcada en las teorías activas del comportamiento agresivo.

¹⁸ LAPIANCH Y PONTALIS, Diccionario de psicoanálisis. p. 436

John W. Renfrew, en su texto “La agresión y sus causas” define la agresión como “un comportamiento que es dirigido por un organismo hacia un blanco, que resulta con un daño”. Plantea además una clasificación para la agresión, entre ellas tenemos:

- Agresión por miedo: se produce cuando un organismo está atrapado por otro organismo amenazante y no puede escapar de él. Siempre va precedida de intentos de escapar.
- Agresión por irritación: esta agresión se clasifica algunas veces como “enojo”, “ira” o “agresión afectiva” y es provocada por un amplio rango de objetos vivos o inanimados.

Según Moyer, a la agresión la preceden varios enervantes, como la frustración, el dolor, la privación de alimentos, la fatiga y la falta de sueño.

En el módulo “Modelo: Prevención temprana de la agresión, Pautas de Educación y Crianza”, se argumenta que “en el hombre la agresividad tiene un carácter mutable y transformador por lo cual puede convertirse en amor o en hostilidad (en odio) hacia el otro, y esto depende en gran parte, tanto de las enseñanzas y de las experiencias de vida que hayan tenido, como de la posición que se asume subjetivamente en el cuidado que se tiene de sí, y de los otros. Por esto los espacios de formación promueven opciones de vida mediante las cuales se puede orientar la agresividad hacia la construcción de nuevas actitudes y propuestas,...”, independiente de que el comportamiento agresivo provenga de fuerzas innatas al ser humano o se de cómo una respuesta a factores externos a éste. Se dice entonces que una de las funciones de la educación es canalizar la agresividad en creatividad, amor, juego, estudio, para poner esta energía al servicio de los demás.

Ahora bien, la agresividad, es necesario regularla en los diferentes espacios sociales. Por lo tanto se han desarrollado diferentes estrategias de intervención,

donde una de ellas es la prevención temprana de la agresión. “Las acciones de prevención de salud pública se clasifican en tres grandes categorías, que pueden aplicarse a la prevención de la violencia así:

Prevención primaria. Se refiere a las intervenciones que buscan evitar una interacción eficaz entre un agente o factor de riesgo y un sujeto, que puede ser una persona o una comunidad. Estas medidas son universales y se aplican a grupos por entero o a la comunidad en general. Ejemplos son las vacunas para el control de enfermedades transmisibles...En el caso de la violencia, la prevención primaria está orientada a crear actitudes y valores que fomenten la convivencia para evitar que se presente la violencia. Ejemplos de ello son las políticas de desarrollo orientadas hacia la equidad social, las políticas y programas de justicia social para fortalecer la equidad en el acceso a oportunidades de desarrollo personal, los programas de prevención temprana de la violencia y otros comportamientos socialmente anómalos en escuelas y guarderías infantiles.

Prevención secundaria. Las medidas de prevención secundaria de la violencia se orientan a aquellos que tienen los mayores factores de riesgo o a grupos o personas que ya muestran conductas agresivas o de mayor victimización, como por ejemplo: programas de apoyo a jóvenes con conductas socialmente anómalas en sus etapas iniciales, sistemas de justicia no convencional para dirimir conflictos entre ciudadanos, entre otros.

Prevención terciaria. Se emplea una vez ha aparecido el daño o problema de salud con el fin de prevenir complicaciones, incapacidad o la muerte. Casi todas las intervenciones médicas son de este tenor: tratamientos, intervenciones quirúrgicas, rehabilitación física o psicológica, etc. Ejemplos entre las víctimas de violencia son la atención pre-hospitalaria, servicios de urgencia.

Las medidas más efectivas y de mejor relación costo-efecto son las que se llevan a cabo mediante la prevención primaria y la prevención secundaria.”¹⁹

Para este ejercicio investigativo, se tendrán presentes principalmente las teorías reactivas, por ser la hospitalización un factor que puede desencadenar comportamientos agresivos por diferentes motivos como se mostrará más adelante; así como para su prevención, se tendrán presentes los niveles primario y secundario.

5.2.2 Individuo, Persona y Sujeto.

Ahora, es necesario plantear algunas concepciones que existen del hombre, pues aún cuando en numerosas ocasiones encontramos que las palabras *individuo*, *persona* y *sujeto* son empleadas para designar al ser humano en general, en este texto se hace necesario diferenciarlas porque cada una hace referencia a un contexto específico o áreas distintas en las ciencias. Del mismo modo que con ellas se expresa la visión que se tiene del ser humano, identificarnos de una u otra forma, influye en la manera como nos relacionamos entre nosotros mismos desde las diferentes ciencias, como la educación y la salud, que son las que me convocan en este ejercicio investigativo.

Entre algunas definiciones de *individuo*, encontramos: “Que no puede ser dividido. Cada ser organizado, animal o vegetal, respecto a la especie que pertenece”²⁰, entendiéndose el término “organizado” como el hecho de tener órganos y estructuras específicas que diferencian de las demás especies. Se encuentra también que el término individuo viene “del latín in-dividuus, no dividido, cada ser concreto, indivisible en sí y separado de los demás. El individuo es el ser único en la particularidad de su existir.

¹⁹ Tomado de http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/Paginas/previva_portal/pdf/descripciondelprograma.

²⁰ Nuevo Espasa Ilustrado. Diccionario enciclopédico. Editorial Espasa Calpe, S.A. España. 2001.

Jacques Maritain, filósofo francés, postuló una doctrina en la que establecía diferencias conceptuales entre individuo y persona. Según este filósofo, “el hombre como individuo constituye un universo aparte y un todo independiente, y el hombre como persona es parte de la estructura social y está ordenado al bien común”.²¹

En la antigua Grecia y Roma los actores dramáticos utilizaban una máscara con una especie de bocina que aumentaba la voz con la finalidad de ser escuchados por los espectadores. En aquella época se denominaba *persona* al hombre o mujer que portaba esta máscara y al papel que representaba. Desde entonces, antropólogos, psicólogos y sociólogos han asociado el concepto de persona al rol o papel que cumple el ser humano en la sociedad. Para el antropólogo social Radcliffe-Brown, es el “componente de la estructura social ocupante de posiciones en la sociedad”.

“En la década de 1970 la noción de persona surgió como entidad unida al proceso social en evolución, es decir *como proceso en sí*, concepción que se oponía a la de individuo *como entidad separada* pero que participa de la estructura social. Hoy ser una persona implica también reconocer su derecho a los *derechos humanos*.”²²

Se podría decir entonces que “alguien visto como un individuo, es alguien visto como mero organismo, puro organismo. Alguien visto como persona es mirada como una mezcla entre organismo y algo que se refleja en él, acaso un espíritu, un alma...”²³

²¹ Enciclopedia Encarta, Microsoft corporación. 2003.

²² *Ibíd.*

²³ ARISTIZÁBAL ZULUAGA, Omaira. UN LUGAR PARA LA LECTURA DEL SUJETO Y DEL AUTISMO EN EL MARCO INSTITUCIONAL. Universidad de Antioquia. Medellín. 2002.

Los sujetos en cambio, son considerados como “seres activos, que desarrollan sus propias maneras de tratar sus ambientes y desarrollar su mejor potencial, y son capaces de tomar decisiones personales.”²⁴

“La importancia de introducir las concepciones del sujeto en la mirada institucional implica que este ya no sea más entendido como un organismo, que poco a poco deberá evolucionar hacia una personalidad madura...”²⁵,

Tener una concepción de niño desde la noción de individuo, implica verlo como el organismo que es susceptible de tratar, de aliviar. Si por el contrario éste es entendido como una persona, se le supone unas cualidades que son asumidas desde la cultura, como el hecho de no poder decidir sino hasta cumplir la mayoría de edad, no estar en capacidad para responder por muchos de sus actos, y en cambio se le otorgan una gran cantidad de derechos. Cuando el niño es mirado como sujeto, al niño se le toma en cuenta más allá de su enfermedad y es realmente escuchado, reconocido.

5.2.3 El cuerpo y la Enfermedad.

Es necesario que comprendamos de antemano, que al hacer referencia al cuerpo, no lo hago refiriéndome al organismo o cuerpo material, sino a todo aquello que lo componen, cuerpo y mente, aquel que en determinados momentos de la vida, por diferentes circunstancias, deja de funcionar de una manera regular, aquel al cual le llega la enfermedad. “El cuerpo es el sitio donde se inscribe mucho de nuestro emocioanar, cuando el lenguaje se trastorna y el cuerpo se silencia, se edifica entonces la plataforma para la aparición de síntomas somáticos. Es verdaderamente la somatización el idioma del cuerpo”²⁶ como lo expresa el doctor Arthur Kleinman. Lo que quiere decir, que cuando no nos expresamos, cuando nos

²⁴ Enciclopedia Encarta, Microsoft corporación. 2003.

²⁵ ARISTIZÁBAL ZULUAGA, Omaira. UN LUGAR PARA LA LECTURA DEL SUJETO Y DEL AUTISMO EN EL MARCO INSTITUCIONAL. Universidad de Antioquia. Medellín. 2002.

²⁶ Tomado de www.encolombia.com/lacrianza_pediatria34-1.htm

callamos y guardamos nuestros sentimientos, aquello que de una u otra forma produce angustia, el cuerpo lo expresa, le busca salida.

“Cualquier malestar del ser humano puede manifestarse a través de síntomas expresados en nuestro cuerpo, en nuestro emocionar o nuestra conducta, pero siempre lloramos y *cuando no lloran los ojos, lloran los órganos*. Al respecto comenta Griffith: *si un paciente se ha aclimatado en su infancia a entornos emocionales muy duros, quizás haya dejado de experimentar sentimientos de ira en situaciones en que su cuerpo da señales fisiológicas de ira y donde otras personas pertenecientes a su misma cultura, describirían en general sentimientos de ira*; es decir que muchas veces nuestro cuerpo habla en lugar de nuestra conciencia. Es interesante entender que las emociones no ocurren como un hecho individual que se vive aisladamente dentro del cuerpo de una persona, sino como un hecho interpersonal dentro de un campo social”.²⁷ Pero existen diferentes formas de abordar los síntomas, la enfermedad, que no son excluyentes entre sí.

“En la medicina reducida a la enfermedad entendida como patología del cuerpo, el síntoma corporal solamente tiene una dimensión significativa o indicadora: la de una lesión o patología corporal. En cambio en la medicina científica y humanística tiene dos dimensiones: una es la que le confiere el saber médico, y que es la indicadora de la enfermedad propiamente dicha por medio de la cual el médico la diagnostica. La otra dimensión del síntoma la proporciona lo que para el paciente es dicho fenómeno, lo que es para él como vivencia...”²⁸

Es necesario entonces para esta corriente, que el paciente deje de experimentar que“...para los demás mi cuerpo puede ser un simple objeto. Objeto fuerza de

²⁷ Tomado de www.encolombia.com/lacrianza_pediatria34-1.htm

²⁸ MARTINEZ CORTES, Fernando. Ciencia y Humanismo al servicio del enfermo. Segunda edición. Editorial el manual moderno. México D.F. 2003. pág. 36-37.

trabajo, objeto de placer, objeto decorativo, objeto de investigación científica o de manipulación médica.”²⁹

“Cuando entendemos que es la otra persona la que nos hace humanos en la medida en que nos nace, nos salva, al sentirnos escuchados, amados... disminuye el dolor. Cuando estamos ante un paciente con síntomas dolorosos, cuando le hablamos respetuosamente, amorosamente, cuando lo consolamos, le acompañamos, en ese momento somos inductores de sus opiáceos endógenos provocando verdaderas analgesias. De allí que hablamos del poder de la palabra hablada, el lenguaje y la socialización del dolor es el paso gigante hacia la curación de nuestra psiquis y como consecuencia, de nuestro cuerpo”³⁰.

La enfermedad concebida como una alteración física, social y emocional puede generar en el niño una crisis que posiblemente desencadene de forma negativa en el desarrollo de su personalidad, debido a la ansiedad, inhibición, agresividad y estrés que ésta genera.

La salud en cambio, sólo se comprende en el momento en que se pierde. “Según la Organización Mundial de la Salud ésta es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de molestias o enfermedades, y se da como un fenómeno que no es material por su naturaleza, sino que pertenece al reino de las ideas, así como a las creencias, valores y ética, que surgen de la mente y de la conciencia de los seres humanos. La salud del cuerpo y de la mente es necesaria para la vida cotidiana - el trabajo, el placer, el sufrimiento, el ocio, la creación- y, por tanto, para el desarrollo de todas las funciones individuales y sociales del hombre.”³¹

²⁹ MARTINEZ CORTES, Fernando. Ciencia y Humanismo al servicio del enfermo. Segunda edición. Editorial el manual moderno. México D.F. 2003. pág. 36-37. Pág. 39

³⁰ Tomado de www.encolombia.com/lacrianza_pediatria34-1.htm

³¹ Calvo, M.I Y Ortiz, M.C. Estudio de las Necesidades Percibidas por Profesionales, Padres y Voluntarios en Niños Hospitalizados en el Distrito Universitario de Salamanca. Mencionado en La Atención Pedagógica Hospitalaria: como un campo de acción del educador especial.

5.2.4 La enfermedad en el niño y La Hospitalización.

Por otra parte, “La enfermedad en el niño o la niña constituye un hecho innovador frente a la rutina de lo cotidiano, un acontecer que pone a prueba lo que hasta ese momento le era al niño familiar y entrañable, incluido su propio cuerpo, una crisis, en fin, que le hace sufrir, independientemente de que en el futuro pueda o no afectarle. El niño o la niña sufren además algo negativo y sobreañadido, el dolor, con el que no contaban y para el cual no disponen muchas veces de ninguna experiencia previa.

Nada de particular tiene que con todo eso el niño enfermo termine por cuestionarse acerca de sí mismo, al mismo tiempo que problematiza y se preocupa de su cuidado. Es muy posible que a raíz de este padecimiento y de su ingreso en el centro hospitalario cambie sus motivaciones y modifique sus valores, alterando el significado de los estímulos a los que está expuesto. Por consiguiente, la alteración de los comportamientos, hábitos y el ritmo de vida del niño a causa de la enfermedad suscitan cambios comportamentales importantes que, por su intensidad, pueden considerarse patológicos y con suficiente potencia como para generar conductas inadaptadas en el futuro (Del Pozo y Polaino, 2000). Se enumeran a continuación, algunos de esos rasgos: ansiedad, estrés, depresión, dificultades para el contacto social, trastornos de crecimiento, problemas nutricionales, trastornos del sueño, dificultades caracteriales, dificultades en la interacción con el personal sanitario, problemas para la adherencia al tratamiento que se le recomienda seguir, etc.”³²

El sólo hecho de estar enfermo produce en el niño cambios en la experimentación de su esquema corporal, sumado a las experiencias molestas e irritables. La situación es más compleja en los niños crónicamente enfermos, quienes presentan dos o tres veces más problemas sociales y de conducta que los niños

³² SERRADAS FONSECA, Mariam. La pedagogía hospitalaria y el niño enfermo: Un aspecto más en la intervención socio-familiar. Universidad de Carabobo. Revista de pedagogía. 2002.

sanos. Por lo tanto “la enfermedad infantil, sobre todo si es crónica o grave, actúa en los miembros de su familia como una agresión. Los padres del niño enfermo por lo general sufren tanto o más que él, sólo que en una forma distinta. La exposición de los padres a la enfermedad de un hijo o una hija en algunos casos ha ocasionado en ellos la presencia de perturbaciones emocionales con las que no se contaba, es el caso, por ejemplo, de las frecuentes crisis de ansiedad y/o de trastornos depresivos.”³³

La separación del niño de su entorno familiar, desata un sinnúmero de reacciones que van desde la indiferencia hasta la rebeldía. El niño hospitalizado no sólo teme la separación afectiva sino también las separaciones físicas molestas e incómodas y la pérdida de su imagen. Cuando éste ve afectado seriamente su estado de salud, debe someterse a una serie de cuidados específicos que de una u otra forma limitan y perturban su vida cotidiana.

Otros autores, consideran también que “la hospitalización significa para el niño un alejarse de manera más o menos prolongada de sus actividades cotidianas y del contexto familiar, escolar y social a que se encuentra acostumbrado, en estas circunstancias, los padres constituyen el punto de conexión entre el pasado y el presente, entre el ambiente habitual en que se desenvuelve el niño y el ambiente nuevo que ofrece el hospital. Es en ellos en quienes en última instancia se encuentra la seguridad, el consuelo y la ayuda, tan necesarias en circunstancias difíciles como éstas”³⁴.

En el boletín “El buen trato empieza por casa” de Ernesto Durán, menciona algunas consecuencias y fases por las que pasa un niño al ser hospitalizado, para comenzar argumenta que los niños hospitalizados se sienten como si estuvieran en otro planeta. Sus vidas cotidianas se ven interrumpidas y para muchos es la primera vez que duermen fuera de casa, lejos del entorno tranquilizador de sus

³³ Ibid.

³⁴ Tomado de www.encolombia.com/pediatria34299_calidad28.htm

hogares, sin juguetes, en una cama que huele distinto de la suya, con agujas y tubos que le molestan, lo que desde luego les produce temor, ansiedad, curiosidad, inquietud y un cúmulo de sensaciones extrañas como se mencionó anteriormente; si a esto se le suma órdenes, amarres o gente disgustada que no lo entiende, la situación se vuelve desesperante para él, incluso este ambiente se puede volver hostil y agresivo para el niño.

De otro lado, Grist describe las cuatro etapas por las que pasa el niño durante la hospitalización así: de protesta, desesperación, negación y habituación. En las primeras etapas, de protesta y desesperación, el niño se encuentra deprimido, con una serie de temores que le generan un gran estrés: temor a las personas y ambientes extraños, temor a perder aprobación y afecto, y temor al dolor y la muerte, así como vergüenza por su situación física asociada a la falta de privacidad para sus funciones orgánicas más básicas; por ello presenta con frecuencia insomnio, comportamientos agresivos, enuresis, rechazo a los alimentos, rechazo al contacto físico y apatía. Se habla de adaptación o habituación, cuando el niño crea mecanismos de defensa ante lo que le sucede.

En la revista “Investigación y Educación en enfermería”, en el artículo “Propuesta de juegos para niños hospitalizados”, se plantea que para el niño la hospitalización, el alejamiento de su hogar y la llegada a un mundo hostil puede significar privación psico-afectiva, lo cual no sólo influye en su crecimiento físico sino que puede perjudicar también su desarrollo motriz.

La forma particular en que cada niño reacciona frente a la hospitalización depende de su edad, sexo, nivel de desarrollo cognitivo, de su forma de enfrentar situaciones de separación o pérdida, de la información que haya recibido previamente con relación a la hospitalización, de la calidad de las relaciones con sus padres, de sus propias fantasías referidas a la enfermedad, de las reacciones

de los padres al hecho mismo de la hospitalización y evidentemente de la actitud que encuentre en el personal que estará a su cargo.

5.2.5 Relación Personal de salud – Paciente

La relación médico – paciente se produce “cada vez que un profesional a quien la estructura social y jurídica de un país ha catalogado como idóneo para ejercer la Medicina, acepta la petición de otro miembro de la sociedad que acude en búsqueda de su opinión, consejo y posible tratamiento.”³⁵ A continuación, se expondrán los tipos de relación con los cuales se puede encontrar el niño en el ambiente hospitalario, haciendo alusión básicamente a tres agentes: médico, enfermera y paciente.

- Relación Médico - paciente

Para Fernando Martínez (2003), en la consulta médica una persona adquiere el carácter de paciente justamente por estar ante el médico, al entrar en relación con éste y seguir sus indicaciones. El médico sólo es médico propiamente dicho en presencia del paciente al estudiarlo.

En algunas investigaciones, se encuentra que existen dos grandes tendencias en lo que a este tema respecta: “La relación médico-paciente en la tradición paternalista se ha caracterizado, aún en muchos ámbitos de la modernidad por estar determinada por un paternalismo duro en donde el médico como sujeto, da ordenes a un paciente considerado un objeto, incapaz biológico e incapaz moral.”³⁶ Esta es una relación vertical donde la principal característica, es así mismo la principal regla: la obediencia del paciente. “El paciente carece del derecho a conocer la verdad acerca de sus propios intereses relacionados con su

³⁵ Tomado de http://www.medicolegal.com.co/3_1998/pacien_riesdeman.htm

³⁶ Tomado de www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple8a.html

cuerpo y su propia vida y el principio de beneficencia se tiene en cuenta con desconocimiento de la voluntad del enfermo y aún en contra de ésta.”³⁷

La relación paternalista se basa en el principio de no maleficencia expresado en el juramento Hipocrático, sin embargo, trae consigo algunos inconvenientes que son expresados por el Doctor Maglio, quien denomina este tipo de relación como pseudo-profesional al tratar al paciente como un "objeto médico", que tiende a cosificarlo.

“En el otro extremo se encuentra la tendencia a super-subjetivizar. Es una actitud de excesiva responsabilidad, capaz de llenar de angustia al profesional, interfiriendo en su buen juicio.”³⁸

Maglio, plantea la posibilidad de encontrar un equilibrio en las relaciones médico-paciente, que no se ubica en la cercanía excesiva ni en la distancia que raya en el abandono, ya que es posible establecer lazos de respeto y dignidad a través de *la empatía*.

“Esta forma de relación está basada en el principio de autonomía, en la cual se establece una relación horizontal intersubjetiva dentro de la cual médico y enfermo son agentes morales y como tales libres y sujetos de derechos inalienables, que les permite por igual ser agentes, autores y actores de su propia vida y por tal razón el enfermo tiene el derecho a conocer todo lo relacionado con su enfermedad, conocimiento que se deriva del deber que el médico tiene de dárselo en forma inteligible y de tal manera que abarque todos aquellos aspectos relacionados no solamente con los beneficios de un determinado tratamiento o procedimiento sino con los riesgos y consecuencias que éstos impliquen. En ésta

³⁷ Ibid.

³⁸ Ibid.

relación autonómica ya no existe exclusivamente médico y paciente, sino que se hace presente la sociedad representada en el principio de justicia.”³⁹

Una relación de empatía, implica aceptar al enfermo, sin cargarlo de los antivalores que suponen ciertas enfermedades. “El paciente vale y debe ser valorado por lo que es, una persona, un sujeto, y no por lo que hace. El médico debe ser justo, sin ser juez.”⁴⁰

Según el Dr. Maglio, esta forma de relación puede forjarse a través de la comunicación, la comprensión y la confianza, y el médico que se interese en relacionarse de esta manera con sus pacientes, necesitará desarrollar virtudes como:

“La integridad: si la relación entre el médico y el paciente es "una confianza que se encuentra con una conciencia", la integridad consiste en ser fieles a esa confianza. El paciente puede perdonar un error, pero no perdona el abandono.

La ecuanimidad: el profesional debe poder atender con la misma dedicación y esmero a todos sus pacientes, ricos y pobres, niños o adultos, lo cual es bastante fácil desde el discurso, pero en la experiencia concreta no lo es tanto.

El respeto a la persona, que tiene dignidad y no precio, es un fin en sí mismo y no un medio, un sujeto y no un objeto. Respeto a la privacidad, por el cual debe ser preservado de miradas indiscretas, por las cuales se "viola" simbólicamente sus cuerpos enfermos. La imprescindible confidencialidad, por el cual el secreto de consultorio es comparable al secreto de confesión.

³⁹ Tomado de www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple8a.html.

⁴⁰ *Ibid.*

La tarea de todo profesional de la salud es confortar al paciente, acompañarlo y ayudarlo en la búsqueda del significado de su sufrimiento. Cuando se significa el sufrimiento, este desaparece, y sólo queda el dolor físico.”⁴¹

Surge ahora la pregunta ¿hasta dónde llega realmente la relación del médico con el niño enfermo? Esta no se puede concretar “sólo en un interrogatorio impersonal, frío, en donde el médico sólo obtendría respuesta a sus preguntas, esto debe ir más allá, esto es, el médico primero que nada debe interesarse por el problema del niño enfermo y así manifestarlo a los familiares.”⁴² Esto supone para el médico tener una mayor capacidad de escuchar, no oír sólo datos, no dedicarse solamente a consignar información en los expedientes. Además, “Siempre deberá tener en cuenta el médico la preocupación, el estrés y quizá hasta el enojo del familiar... a fin de cuentas lo único que desea el familiar es que ayuden a su hijo enfermo.”⁴³

En algunas investigaciones, se encuentran los siguientes consejos para que se logre la empatía en la relación médico-paciente:

- ❖ “Al tener el primer contacto saludar al paciente, presentarnos y animarle a que nos cuente su problema.
- ❖ Mostrarse tranquilo en la interrogación.
- ❖ Mostrarse sonriente y con la capacidad de escuchar con sinceridad.
- ❖ Hablar lo necesario, y darle explicaciones convincentes acerca de su patología.
- ❖ Ceñirse a un orden de acuerdo al esquema de una historia clínica.
- ❖ Siempre estar llano a responder sus inquietudes; por más que a veces el paciente o sus familiares pregunten mucho, hay que tratar de entender que en un mundo de relaciones todos somos diferentes y pensamos diferente,

⁴¹ Tomado de www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple8a.html

⁴² Tomado de www.mipediatra.com.mx/infantil/medico-paciente.htm

⁴³ *ibid*

es importante saber que tenemos al frente diversos rasgos de personalidad, y ello debemos entenderlo y manejarlo, siempre hay que mantener la calma.

- ❖ Llamar por su nombre al paciente, es una forma de llamar su atención, y de hacerle saber que estamos verdaderamente interesados por él.”⁴⁴
- Relación enfermera - paciente.

La relación entre el personal de enfermería y el paciente, tiene unas características diferentes, ya que “La Enfermería se rige por la ciencia de los valores morales, además en los modelos conceptuales de enfermería está considerada la persona, los derechos de la persona, sus sentimientos, derechos de la sociedad, justicia, siendo esta última tan abarcadora que se refiere a comportamientos éticos en las relaciones entre enfermera y paciente.”⁴⁵ Por lo tanto este tipo de relación “se sustenta en respetar el sufrimiento del paciente y ser sensible a su dolor, brindar protección, tanto al paciente como a sus acompañantes para evitar el aislamiento, la sensación de abandono y si se trata del enfermo, hacerle sentir en menor cuantía su discapacidad.”⁴⁶

La relación enfermera – paciente, “está dirigida a orientar al paciente de una forma integral sobre su enfermedad y guiarlo hacia su bienestar, para que la persona pueda emocionalmente comunicarse con su entorno de conjunto”⁴⁷

En definitiva a manera de resumen, “El médico u otro personal de salud al relacionarse con el pequeño debe tener en cuenta su edad y desarrollo psicológico alcanzado de acuerdo a la misma, para decidir el lenguaje que utilizará, tipo de información que solicitará, tipo de información que ofrecerá,

⁴⁴ tomado de http://es.geocities.com/amirhali/R_M_P.htm

⁴⁵ Lescaille Taquechel, Marlina. Relación de la ética del cuidar y los modelos de enfermería con la persona y su dignidad. Tomado de http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_1_06/enf08106.htm. octubre de 2006

⁴⁶ *Ibíd.*

⁴⁷ *Ibíd.*

exigencias de su participación en su tratamiento, así como dosificarlas.”⁴⁸ Sin embargo cuando las condiciones para establecer una relación personal de salud – paciente no están dadas y “no es posible establecer la empatía, es recomendable abandonar la relación”⁴⁹, lo que quiere decir que el médico o la enfermera se pueden declarar impedidos, con el fin de evitar posibles inconvenientes legales por los eventos desafortunados que se pueden presentar.

Sin embargo es necesario aclarar que no sólo es responsabilidad del personal de la salud velar por el bienestar del niño, ya que existe otro actor con una gran responsabilidad en este asunto: la familia del paciente. “El familiar del niño enfermo juega un papel fundamental, a fin de cuentas es el que mejor conoce al enfermo. Cuenta con suficiente información de vital importancia que si por estrés o enojo o por ser muy exigente no la ofrece al médico, irá en deterioro del diagnóstico de sospecha que se trata de establecer. Por otra parte, es también obligación del familiar el preguntar la condición de su paciente, pedir de una forma cortés la explicación de términos médicos que no entendió o simplemente pedir que le repitan la información que no comprendió. No hay justificación de quedarse con dudas sobre diagnósticos o tratamientos.”⁵⁰ Aún así no nos detendremos en este tema, pues no es precisamente el que nos convoca en este momento.

⁴⁸ Rodríguez Arce, María Antonieta. Relación médico-niño. Tomado de www.cocmed.sld.cu/no73/n73rev4.htm

⁴⁹ Tomado de http://www.medicolegal.com.co/3_1998/pacien_riesdeman.htm

⁵⁰ Tomado de www.mipediatra.com.mx/infantil/medico-paciente.htm

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 Tipo de investigación

Este ejercicio investigativo es de tipo cualitativo, con una finalidad descriptiva, de naturaleza fenomenológica y transversal de acuerdo a su duración. Se pretende describir las formas de relación entre niño hospitalizado y personal médico, y el significado que tiene para los niños esa relación que establecen; el tiempo de duración del ejercicio entre el diseño, la ejecución, el análisis y la socialización de los resultados es de año y medio, comprendido entre agosto de 2005 y diciembre de 2006.

La investigación cualitativa, utiliza preferentemente información cualitativa proveniente de entrevistas con preguntas abiertas, entrevistas en profundidad, observación no estructurada, observación participante, videos, documentos, etc. Su función final puede ser la de revelar las situaciones estudiadas o bien la de interpretarlas.

Entre sus características están la de estudiar grupos pequeños en los cuales sea posible la observación directa por parte del investigador; no parte de hipótesis por lo tanto no pretende demostrar teorías existentes.

En este caso concreto, ha permitido realizar observaciones participantes y sistemáticas en el propio campo de estudio, que es la sala de aislados, con lo que se puede tener un acercamiento un poco más imparcial al mismo y lo que en él sucede cada día.

6.2 La Fenomenología.

“Es un enfoque o estrategia cualitativa que trata de comprender la naturaleza del ser, la experiencia vivida a través de "la ventana del lenguaje". Sus raíces se encuentran en la filosofía fenomenológica; se distingue entre la fenomenología de Husserl, que retiene el concepto del dualismo objeto-sujeto cartesiano, y la de Heidegger que es una fenomenología hermenéutica. Los estudios fenomenológicos pretenden dar cuenta de la esencia del significado, hacen preguntas que tratan de develar la esencia de una experiencia.”⁵¹

El método elegido es la fenomenología, pues este destaca el énfasis sobre lo individual y sobre las experiencias subjetivas, que es en realidad lo que se quiere investigar, el significado que tiene para los niños hospitalizados, las relaciones que establecen con el personal de salud.

“El sentido y las tareas de la investigación fenomenológica se pueden resumir en los siguientes puntos:

- Es el estudio de la experiencia vital, del mundo de la vida, de la cotidianidad.
- Es la explicación de los fenómenos dados a la conciencia. Ser consciente implica una transividad, una intencionalidad. Toda conciencia es conciencia de algo.
- Es el estudio de las esencias. La fenomenología se cuestiona por la naturaleza de los fenómenos. La esencia de un fenómeno es universal, es un intento sistemático de desvelar las estructuras internas de la vida.
- Es la descripción de los significados vividos, existenciales. La fenomenología procura explicar los significados en los que estamos inmersos en nuestra vida cotidiana, y no las relaciones estadísticas a partir

⁵¹ Tomado de <http://enfermeria.udea.edu.co/revista/sep97/caracter.htm>

de una serie de variables, el predominio de tales o cuales opiniones sociales, o la frecuencia de algunos comportamientos.

- Es la práctica atenta de las meditaciones. Este estudio del pensamiento tiene que ser útil e iluminar la práctica de la educación de todos los días.
- Es la exploración del significado del ser humano, es decir, qué es ser hombre, mujer o niño, en el conjunto de su mundo de la vida, de su entorno socio-cultural.
- Es el pensar sobre la experiencia originaria.

En definitiva, busca conocer los significados que los individuos (sujetos) dan a sus experiencias, lo importante es aprehender el proceso de interpretación por el que la gente define su mundo y actúa en consecuencia. Intenta ver las cosas desde el punto de vista de otras personas, describiendo, comprendiendo e interpretando.”⁵²

Este método permite desarrollar el ejercicio a través de los siguientes pasos:

- La descripción del fenómeno a partir de la experiencia concreta.
- La búsqueda de diferentes perspectivas. Admite recolectar información desde diferentes actores, como son los niños hospitalizados, los médicos, las enfermeras y los padres de familia, sin importar que en algunos momentos puedan ser contradictorias.
- Búsqueda de la esencia y la estructura. En el que se parte de la reflexión para captar las relaciones entre las estructuras, actividades y estructuras. En este momento, se establecen las categorías y las relaciones entre ellas.
- En la constitución de la significación, se profundizará en cómo se forma la estructura del fenómeno.
- En la suspensión de los juicios, se recoge más información mientras se permite una familiarización con el objeto de estudio.

⁵² RODRIGUEZ CÓMEZ, Gregorio, y otros. Metodología de la Investigación Cualitativa. Ediciones Aljibe. Málaga. 1999.

- En la interpretación, se tratará de sacar a la luz los significados ocultos, de extraer de la reflexión una significación que profundice en los significados superficiales.

Este tipo de método, ha aportado a la investigación en educación en tanto se interesa por conocer cómo las personas experimentan e interpretan el mundo social que construyen en interacción; estudia los fenómenos desde las perspectivas de los sujetos y otorga a la experiencia subjetiva inmediata mucha importancia en la construcción de conocimiento. En ningún momento construye teorías, sino que describe las entidades en sí mismas, que es uno de los objetivos específicos propuestos en este ejercicio.

6.2 Descripción de la población

Este ejercicio, se ha desarrollado a través de las intervenciones con niños entre 1 y 13 años de edad, que se encuentran hospitalizados en la sala de aislados del Hospital Infantil; así como con el personal de salud que interactúa con ellos y labora en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl: médicos, enfermeras y padres de familia o acudientes.

Cabe anotar que los niños que son hospitalizados en esta sala, no pasan por lo general más de 15 días en este lugar, por lo que son considerados como una población flotante con la que no se puede llevar a cabo un proceso más allá de 4 sesiones de trabajo pedagógico. De igual forma, estos niños y sus familias pertenecen principalmente a estratos socio-económicos 1 y 2 en su mayoría, quienes pertenecen al estrato 3 son minoría. Gran parte de quienes ingresan al hospital, son atendidos mediante el SISBEN en los niveles 1, 2 y 3, y en menor escala, están cobijados por distintas EPS.

El personal médico que labora en este servicio, está capacitado y especializado. Se encuentran por ejemplo especialistas en pediatría, reumatología, nefrología,

hepatología, internistas, entre otros. Sin embargo, se encuentran también médicos generales y cirujanos. El rango de edades se encuentra entre los 30 – 40 años de edad.

El personal de enfermería, está conformado principalmente por auxiliares de enfermería (entre 20 – 30 años de edad), y estas son quienes están a cargo la mayor parte del tiempo de los niños en este servicio. Las enfermeras profesionales (entre 30 – 40 años de edad), sólo realizan allí labores de alta complejidad o administrativas, por lo que ingresan a este servicio esporádicamente, a excepción de la enfermera jefe que cada día realiza allí su labor de seguimiento y control en las horas de la mañana o en las horas de la tarde. La totalidad de este personal es del sexo femenino.

6.3 Universo de la muestra

En la Sala de Aislados, laboran diariamente:

- Dos auxiliares de enfermería, cada una con un turno de 12 horas.
- Una enfermera jefe, que realiza labores administrativas o procedimientos de alta complejidad. El tiempo que pasa en la sala no supera la hora.
- Un mínimo de 5 médicos hacen su ronda en este servicio, esto depende de cuántos especialistas atiendan a cada niño, pues en ocasiones hay niños que requieren asistencia de hasta 4 especialistas diferentes, pero como regla general, ingresan alrededor de 7 médicos. Ninguno de ellos permanece en este lugar.

Los niños que se encuentran hospitalizados en este lugar, son máximo 5, todos de diferentes edades y diagnósticos clínicos. Proviene igualmente de distintos sectores de la ciudad e incluso de diferentes regiones del país.

Muestra

Las observaciones se aplicaron a médicos y auxiliares de enfermería, sin embargo, las entrevistas se realizaron a:

- Dos médicos
- Dos enfermeras
- Dos niños hospitalizados

6.4 Instrumentos de recolección de información.

Se hizo uso de entrevistas semi-estructuradas, registro de intervención, diario de campo, y observación participante y sistemática.

La observación participante: Permitió recolectar información tanto de los niños hospitalizados y sus familias, como del personal de la salud, en un ambiente de confianza, respeto y reconocimiento. Los registros de observación participante, fueron consignados en el diario de campo y es importante ya que en este se plasmó la cotidianidad del entorno hospitalario, las múltiples interacciones que el niño realizó con su entorno inmediato, las reacciones manifiestas ante los diferentes procedimientos médicos, los contactos con las familias cuando están presentes, los efectos ante las diferentes intervenciones pedagógicas. Todos elementos necesarios para la comprensión y el análisis de los resultados.

La observación sistemática: se llevó a cabo para observar un poco más las prácticas médicas y de enfermería, así como las reacciones de los niños frente a la forma como los intervienen y se relacionan con ellos dichos actores. (Anexo 7)

La entrevista: Fue aplicada para complementar y verificar la información obtenida mediante la observación participante, sistemática y la revisión bibliográfica. La entrevista tuvo como propósito indagar acerca de: la concepción de niño en el personal de la salud, las reacciones de los niños en la hospitalización, las

prácticas médicas y del personal de enfermería más concientes y comunes, el conocimiento y/o respeto por los derechos del niño hospitalizado, el compromiso o sentido de pertenencia por la labor médica, entre otros, con el fin de comprender el significado que le dan los niños a la relación que establecen con el personal de salud, y las características de dicha relación.

Mediante la entrevista se pudo llegar a un contacto directo con los actores implicados, creando condiciones que permitieran a los participantes decir libremente lo que pensaban y sentían. De las 6 entrevistas realizadas, 5 fueron grabadas en cassette, y una fue consignada únicamente por escrito a petición del informante. Todas fueron realizadas de manera individual y cara a cara con la investigadora. Se realizaron dos validaciones de las entrevistas, que llevaron a un cambio en la forma (no en el fondo) como se estaban planteando las preguntas, pues no permitía una respuesta amplia por parte de los informantes, y por lo tanto, no permitían recolectar la mayor información posible. Por otra parte, no existe un modelo único de la entrevista, pues se pretendió que las preguntas que se formularan tuvieran relación con la respuesta que brindaba el entrevistado. Aún así, sí existió una pauta común para todas ellas, que de manera más o menos regular se observa en el desarrollo de las entrevistas. (Anexo 1 y 2)

Finalmente, se hizo uso de dos registros de intervención, donde en uno se hacen básicamente anotaciones referentes al estado anímico de los niños al momento de la intervención pedagógica, buscando que en un futuro no muy lejano, estas anotaciones puedan ser incluidas en las historias clínicas de los niños para lograr una mayor y mejor atención en el proceso de hospitalización. Los puntos clave en este registro son: fecha, nombre del paciente, diagnóstico médico, edad, estado anímico antes de y al finalizar la intervención pedagógica, firma de la pedagoga en formación; y en el segundo se pueden observar datos que sirven para la caracterización del contexto del niño y su familia. (Anexo 6)

6.5 Consentimiento Informado

Se elaboró una carta de autorización para poder hacer uso de la información que se recolectó, donde quedó claro que en todo momento se respetaría la integridad de las personas que participarían en el ejercicio investigativo y se protegería la identidad de todas aquellas personas que suministraran información para la elaboración de este proyecto. Tanto a los adultos como a los niños entrevistados, se les informó el objetivo de dicha actividad antes de iniciarla y se les solicitó autorización para grabarla. Aún así, a los padres de los niños que colaboraron se les pidió autorización verbal, dejándoles claro que los nombres de sus hijos no serían publicados. (Anexos 3 y 4)

6.6 Plan de análisis

Para el análisis de la información recogida, se hizo necesario organizar, sistematizar y dar sentido a los datos obtenidos. Estos sin embargo, se han ido organizando a través de todo el ejercicio investigativo, al seleccionar los elementos a observar, al registrar en los diarios de campo, en la elaboración de las entrevistas, entre otros.

El proceso mediante el cual se realizó el análisis final, fue básicamente a través de la reducción de datos mediante la categorización y la codificación de las referencias obtenidas en las entrevistas, diario de campo y observaciones, y mediante la triangulación de los datos de estos medios e instrumentos.

Desde un análisis preliminar, se trabajó a partir de las entrevistas ya que me permitieron tener en cuenta cada uno de los actores, se elaboró un cuadro donde se hallaron las categorías (deductivas e inductivas) iniciales, las subcategorías y códigos de los datos obtenidos. (Anexo 8)

6.7 Proceso de investigación

Para la realización de este ejercicio investigativo, ha sido necesario tener en cuenta algunas etapas:

- ❖ Inicial o diagnóstica. En esta etapa se conformó el grupo de investigación, que originalmente se componía de 4 personas. Este grupo realizó un primer acercamiento al Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Luego de un reconocimiento del lugar, se hizo la elección de la población con la cual se desarrollaría el ejercicio de investigación y las intervenciones pedagógicas, donde se eligió la sala de aislados y la sala de urgencias. Se realizó entonces una caracterización del espacio y los actores que allí intervenían. Esta etapa se llevó a cabo entre agosto y diciembre de 2005. Como resultado final de esta etapa, se elaboró la pregunta de investigación: “¿Cuáles son las interacciones del personal de salud, con los niños de 4 a 13 años hospitalizados en la sala de urgencias del hospital universitario San Vicente de Paúl, y como éstas influyen en su proceso de recuperación?”; así como los objetivos de la investigación, el marco legal y teórico, y se planteó la metodología de investigación que llevaría a dar respuesta a la inquietud formulada. En esta etapa se llevó a cabo una gran cantidad de revisión de bibliografía.

- ❖ Intervención. Esta fase se desarrolló entre enero y mayo de 2006. En esta etapa, el grupo de investigación decidió dividirse por salas e intereses de investigación. Para este ejercicio se eligió continuar en la Sala de Aislados y fue necesario reformular la pregunta de investigación, que finalmente se plantea así: “Cuáles son las formas de relación entre el personal de salud y el niño y niña hospitalizados, y el significado que para el niño tienen éstas en el proceso de hospitalización?”

Por lo tanto se replantearon los objetivos, el marco legal y teórico, y la metodología de investigación, para poder diseñar los instrumentos de recolección de información y aplicarlos posteriormente. A continuación se realizaron 6 entrevistas semi-estructuradas, donde dos estaban dirigidas a médicos, dos a enfermeras y dos a niños hospitalizados.

Las entrevistas se validaron en dos oportunidades, y se les realizó algunos cambios en la forma de interrogación, puesto que de la manera como estaban inicialmente planteadas no se le permitía a los informantes desarrollar ampliamente sus respuestas. Del mismo modo, se hizo uso del diario de campo, registros de intervención, planillas de observación sistemática y observación participante, que permitieron consignar la información directamente en el lugar en que era producida. Se continuó con la revisión bibliográfica durante toda esta fase.

Se realizaron diferentes actividades de intervención con los actores implicados en la pregunta de investigación: los niños hospitalizados y los médicos tratantes básicamente. Algunos de los temas trabajados con los niños: los derechos de los niños hospitalizados, ¿Qué es un hospital y cómo lo veo?; La enfermedad y sus cuidados; Lo que me gusta y lo que no me gusta del hospital. Se realizaron 3 carteleras de sensibilización trabajando los derechos del niño hospitalizado, dirigidas al personal del hospital en general, padres y pacientes. (Anexo 10), y un plegable titulado “El niño y la Hospitalización” (Anexo 11). Se realizaron 4 talleres con los padres de niños hospitalizados, en los que básicamente se trabajó la hospitalización infantil con sus etapas y los derechos del niño hospitalizado. De dichas intervenciones, no sólo se pretendía sensibilizar al personal de salud en su relación con los niños hospitalizados, sino también concienciar a los niños hospitalizados y sus padres, de los derechos y deberes que se adquieren por el hecho de estar enfermos e internarse en el hospital. De igual manera, estas intervenciones se

aprovecharon para obtener mayor información que pudiera servir en el desarrollo de la pregunta de investigación.

En este punto, se comenzó formalmente con la categorización de la información, donde se obtuvieron diez subcategorías iniciales y emergentes de los datos recogidos. Las subcategorías que se plantearon en un principio son: Concepción de niño, Niño hospitalizado, El niño como objeto de estudio, Agresión en el niño, Sometimiento, Derechos de los niños, Relación médico-niño, Compromiso con la labor, Las familias, El sistema. Estas subcategorías pertenecían a un total de seis categorías que no se definieron claramente. (Anexo 8)

- ❖ Final y de Análisis de información. Para dar cumplimiento a esta etapa, fue necesario reorganizar de una manera sistemática toda la información que se había obtenido a través de los diarios de campo y las entrevistas, por lo tanto, se elaboró un cuadro de códigos en el cual se hallaron cuatro categorías principales y dieciséis subcategorías (Anexo 9). El número de códigos obtenidos fue de 673 en total, de los cuales corresponden: 289 a la categoría “Características de la relación”, 211 a la categoría “Ambiente Hospitalario”, 91 a “La concepción de niño” y finalmente 82 al “Significado de las relaciones para el niño hospitalizado”.

Se hizo uso de técnicas de análisis de la información como lo es la triangulación, y finalmente, para validar la información y el análisis final, se realizó una discusión de los mismos y su posterior sistematización.

De acuerdo a los hallazgos se realizan unas conclusiones y unas recomendaciones, con el fin de posibilitar una reflexión en torno a la prevención de la agresión en el ambiente hospitalario, desde la pedagogía hospitalaria.

6.8 Cronograma de actividades

MES/AÑO	JULI 2005	AGO 2005	SEP 2005	OCT 2005	NOV 2005	DIC 2005	ENE 2006	FEB 2006	MAR 2006	ABR 2006
INTERVENCIÓN PEDAGÓGICA		X	X	X	X	X	X	X	X	X
OBSERVACION PARTICIPANTE		X	X	X	X	X	X	X	X	X
OBSERVACIÓN SISTEMÁTICA										X
DISEÑO DE INSTRUMENTOS					X	X		X	X	
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS								X	X	
APLICACIÓN DE ENTREVISTAS									X	
CATEGORIZACIÓN INFORMACIÓN										X
DISEÑO Y APLICACIÓN DE TALLERES									X	X
CARTELERA DE SENSIBILIZACIÓN									X	X
SISTEMATIZACIÓN DE INFORMACIÓN		X	X	X	X	X	X	X	X	X

Continuación de cronograma de actividades

MES/AÑO	MAY 2006	JUN 2006	JULI 2006	AGO 2006	SEP 2006	OCT 2006	NOV 2006	
ACTIVIDAD								
INTERVENCIÓN PEDAGÓGICA	X	X	X	X	X	X	X	
OBSERVACION PARTICIPANTE	X	X	X	X	X	X	X	
OBSERVACIÓN SISTEMÁTICA	X							
DISEÑO DE INSTRUMENTOS								
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS								
APLICACIÓN DE ENTREVISTAS								
CATEGORIZACIÓN INFORMACIÓN	X	X	X	X	X	X		
DISEÑO Y APLICACIÓN DE TALLERES								
CARTELERA DE SENSIBILIZACIÓN	X							
SISTEMATIZACIÓN DE INFORMACIÓN	X	X	X	X	X	X	X	

7. HALLAZGOS

*La relación humana nos capacita para que se produzca en nosotros la acción correcta, la palabra justa; acción y palabra que aprendemos gracias a esa integración total que se va produciendo en nosotros.*⁵³

Este análisis, es el resultado de la categorización, codificación y jerarquización de la información obtenida a través de las entrevistas y notas de diario de campo derivadas de las observaciones sistemáticas y participantes; así como de la triangulación de la información entre categorías y actores informantes.

El proceso de hospitalización, implica necesariamente una serie de relaciones interpersonales, entre las que se encuentran la relación que se establece entre el personal de la salud y el niño hospitalizado, producto de este encuentro humano, se supone la recuperación del paciente. En esta relación, entran en juego elementos como la comunicación verbal y no verbal, en las que se hallan inmersas actitudes que pueden ser percibidas como agresivas por parte de uno u otro actor. Esta relación se presenta en doble sentido, y en ella se ponen de manifiesto no sólo los conocimientos médicos y los síntomas del paciente, entran en juego otros elementos como se verá más adelante.

Por otro lado, la hospitalización implica también una serie de factores que son percibidos por los informantes como agresivos para los niños, aunque estos factores no provengan directamente de la relación entre el personal de la salud y el niño, se describen en este texto con el fin de posibilitarle al lector una visión más amplia de los elementos y relaciones que involucran al niño en situación de hospitalización.

⁵³ Tomado de http://www.geocities.com/armonizaciones/rel_autorealiz.htm
* Extraído de los códigos.

7.1 El universo de las relaciones que vive el niño hospitalizado

- **Relación personal de salud-niño hospitalizado**

Los médicos y enfermeras encuentran una manera de relacionarse con los niños que está normalmente atravesada por la patología misma. No obstante, ambos agentes hallan una manera diferente de establecer una relación con los niños hospitalizados.

Por un lado, encontramos que el personal médico, está en contacto con los niños en cortos periodos de tiempo, en los que éstos expresan sus malestares físicos, cambios o evolución, porque es justamente ésta la inquietud con la cual ingresan los médicos a sus habitaciones. Esta forma de relacionarse, está sustentada por el personal de salud en la siguiente afirmación: *“los médicos tienen que llenar mucho papeleo y están muy ocupados en aliviar al paciente que se les olvida la parte psicológica del mismo”**, la relación se basa inicialmente en la **transmisión de diagnósticos, tratamientos, resultados de laboratorio, cuidados sugeridos durante y después de la enfermedad**, como expresan los informantes, *“aquí que le explica usted a un niño, que le va a hacer tal o cuál procedimiento”**, y *“la parte administrativa no da tiempo para la parte clínica y la parte clínica no da tiempo para las relaciones con el paciente”**.

Es así como en esta relación, se ponen en práctica los conocimientos científicos y técnicos que posee el personal médico. Estos últimos, suponen además que lo único que pueden brindar al niño hospitalizado es **su saber**, es por esto que *“los médicos y en general el personal de salud no se baja al nivel de los niños y se quedan en la posición de médicos”**, lo que finalmente se traduce en una forma de sometimiento del niño hacia su médico tratante, donde éste es quien expone su criterio en todo lo referente a la enfermedad, como dicen los informantes, *“qué tiene, qué va a pasar y cuánto tiempo cree uno que va a durar el tratamiento, qué*

*posibles complicaciones se pueden presentar*** y el niño hospitalizado sencillamente lo asume, porque *“el niño no puede decidir”**, lo que finalmente *“hace que no se tengan en cuenta los temores del niño”**.

Son muchos los médicos que entran en contacto con los niños hospitalizados en un día normal, ya que a ellos tienen acceso no sólo los médicos tratantes, sino también estudiantes de medicina, enfermería y postgrados de la Universidad de Antioquia, como lo expresan los informantes, *“fácilmente por el cuarto de un niño hospitalizado, pasan de 10 a 15 personas diferentes”**, más aún, *“el médico tratante cambia mucho, por los turnos y por cuestiones administrativas, esto impide promover relaciones estables entre el médico y el niño, además, no se concerta con el niño mismo la rutina que se va a llevar a cabo”** situación que se presta para que surja un encuentro aún más impersonal, donde el niño es tratado como un **objeto de estudio**. De esta manera se limita la relación que establece el médico con el niño hospitalizado, que se observa de diferentes formas, por ejemplo *“algo tan sencillo como el nombre, muchas veces ni se lo saben y el niño es tratado como el paciente de la tal, o el de la cama tal”**.

Sin embargo, esto no significa que para los médicos que asisten a los niños del Servicio de Aislados, éstos no sean importantes, pues *“lo único que es el común de todos es que los niños les importan y los quieren, si no les importara no estarían aquí”**, y es por esta razón que algunos médicos buscan alternativas para disminuir las tensiones en esta relación, como por ejemplo *“que todo sea lúdico para que no sea una cosa impuesta”**. Esta actitud no es justamente la más habitual en la práctica médica, aún así se nombra por algunos informantes como una alternativa de trabajo que debería hacer parte de la rutina diaria, donde se haría un **reconocimiento** a los niños en su condición no sólo de enfermos, sino de niños, pues el hecho de estar en el ambiente hospitalario no implica que se le tenga que privar a éste de sus derechos, como explican los informantes, ellos

*“tienen unos derechos muy propios ... que vos tenés que respetar en el ambiente hospitalario y en el modo hospitalario.”**

El personal de enfermería, por su parte, comparte mayor cantidad de tiempo con los niños hospitalizados en comparación a los periodos que pasan éstos con sus médicos tratantes, por lo cual se establecen mayores lazos entre las enfermeras y los niños. Esta relación puede ir incluso más allá de la práctica y los procedimientos clínicos, por ejemplo con las **expresiones de cariño** como lo mencionan las informantes, *“vos siempre los podés tratar con todo el amor que tenés”**, y el personal *“no sólo se preocupa por el estado de salud de la niña, sino por sus gustos”**. Comienza entonces a tomarse en cuenta las particularidades de cada niño en la relación que se establece y surge un **reconocimiento** desde una perspectiva de sujeto.

Por lo general, las enfermeras toman en cuenta al niño para la realización de los procedimientos clínicos, la toma de medicinas y la rutina diaria. Ellas toman conciencia de que es mejor *“tratar de convencerlos y pedir colaboración”**, porque para ellos estar hospitalizados *“es un trauma”**, pero se les puede hacer más llevadero si se cuenta con ellos, se les explica la razón de los procedimientos y se les brinda un trato **amable y respetuoso**, por lo tanto, *“uno trata de ser delicado con ellos”**, y brindar además *“el apoyo que uno le pueda dar”**.

Las enfermeras informantes, expresan tener una rutina establecida que incluye el saludo (refiriéndose a ellos por su nombre), preguntar por el estado de salud y anímico del niño, explicar los procedimientos a seguir y la finalidad de los mismos, no por ser un derecho que tienen los niños, sino como parte de una actitud que, según ellas, está interiorizada, porque como ellas mismas dicen *“ellos merecen ser bien atendidos”**, por lo mismo *“ya no es tanto como derecho o no, sino que uno lo hace... como parte de la vida cotidiana”**.

Se encuentra además que algunas enfermeras intentan **persuadir** a los niños y compensarles la colaboración que ellos tengan en su propio tratamiento médico: *“uno trata de explicarles que las pastillas saben maluco pero que si se las toma, más rápido se va para la casa y se va a mejorar”** o incluso *“cuando les doy pastillas o jarabes que saben maluco, les digo que luego se toman un juguito o les doy un confite”**. Esto sucede sólo en relación a niños mayores de dos años, a los que ellas mismas les suponen una comprensión mayor, *“Los niños grandes son más colaboradores porque los niños grandes ya entienden”**, es necesario *“que el niño entienda por qué le vas a coger una vena, que entienda por qué le vas a dar ese medicamento, que si tiene un dolor ese es el medicamento para el dolor”**, porque en esta relación se tiene en cuenta que *“a los niños hay que explicarles siempre todos los procedimientos.”**

No sucede lo mismo con la población infantil que está por debajo de los dos años de edad, de los que se tiene la creencia que no comprenden, y de esta manera lo declaran los informantes cuando comentan que *“con los bebés en cambio es muy distinto porque ellos no entienden, entonces a uno le toca hacer las cosas a la fuerza”**, porque *“Con los chiquitos es muy difícil”**. Por esta razón, con esta población se establecen otras formas de relación, como son el **sometimiento, el chantaje y la amenaza**, expresado así por los mismos informantes, *“a veces toca chantajearlos, es cruel pero funciona”**, incluso en una ocasión *“tocó decirle que si seguía así me tocaba chuzarlo, santo remedio”**.

No obstante, es mayor el número de enfermeras que se relacionan con esta población de otra forma, donde lo importante no es la rutina en sí misma, sino el **acompañamiento** que se pueda brindar *“uno los acaricia, a los más pequeños los cargo cuando puedo, lo importante es que sientan la presencia de una persona”**, se da así una relación diferente que posiblemente se deba más a estilos propios de la personalidad de estas mujeres, que al seguimiento de un hábito propiamente establecido, porque simplemente los niños les inspiran **compasión**, *“primero*

porque son niños y le inspiran a uno ternura y segundo porque están enfermos”*. Esta actitud, las lleva a tener en cuenta el estado de salud, el estado anímico, los gustos y a la familia del niño hospitalizado.

Pese a las buenas intenciones del personal de enfermería, existen factores como el tiempo que entra a mediar en la relación enfermera – niño, puesto que como los informantes lo expresan tratan de *“sacar el tiempo, pero en lo general es poco”**, porque *“al personal le toca muchas más camas que atender”** y *“no tienen tiempo”** para dedicarles a los niños de la manera que ellas quisieran, por ejemplo para jugar con ellos o ver simplemente televisión juntos.

El personal de salud, en términos generales está conciente que su labor implica unos parámetros mínimos de **respeto** en la relación con el niño hospitalizado, y como ellos lo expresan *“lo que se debe hacer es conocer quién es el niño, saber cómo se llama y nombrarlo, saludarlo y presentarse”**, *“si lo van a examinar o realizarle exámenes tratar de hacerlo con la mayor lúdica posible, como si fuera un juego”**, en resumen, *“Conocer la historia clínica, saber cómo se llama el niño, saludarlo por su nombre, jugar con él, entrarle con medios lúdicos, no examinarlo de una vez, primero hay que ganarse su confianza”**, son las condiciones mínimas que deben mediar esta relación.

Con respecto a otras actitudes, que señalan, pueden intervenir en la relación, comentan: *“lo máximo que puedo hacer es tratar de ser amable, evitarle la mayor cantidad de procedimientos al niño y tratar de que esté lo más cómodo posible”**, o incluso, *“a un niño grande, usted sí se sienta a explicarle, lo que pasa es esto y esto, porque el niño tiene derecho a saber”**, dejando claro que esta relación está mediada también por factores como los administrativos, la edad del niño hospitalizado, la capacidad de comprensión que se le atribuye a éste y el conocimiento que tenga el profesional de la salud con respecto a los derechos del niño hospitalizado.

Queda entonces la pregunta, ¿los niños pequeños (lactantes), no son sujetos de hecho y de derecho? Es decir, ellos tienen unos derechos que los referentes legales establecen para todos los niños independientemente de la edad que tengan, ¿se conocen esos derechos? y ¿por qué se supone que ellos no comprenden lo que se les dice, estando inscritos en el lenguaje?

Los niños hospitalizados por su parte, establecen sus relaciones con el personal de la salud determinadas por las emociones que los mismos les generan o por lo que esperan de estos, pues como los médicos mismos lo mencionan, *“hay niños que quieren a los médicos y a las enfermeras, como hay niños que no los quieren”**, y esto se debe a motivaciones tan sencillas como diferentes.

Pocas veces esta relación está atravesada por agresiones dirigidas al personal, esto lo explican los informantes de la siguiente manera: *“los niños se van acostumbrando al ambiente hospitalario y empiezan a ser menos forzosos para hacerles los procedimientos, se van acostumbrando a ver el personal”**, lo que nos lleva a vislumbrar que en periodos largos de hospitalización o niños con ingresos constantes, se **disminuyen las reacciones** de los niños tanto hacia los tratamientos médicos como hacia el personal de la salud **por la habituación y costumbre** hacia ellos.

Los informantes reconocen que las **manifestaciones agresivas** hacia el personal de la salud sí se presentan, pero ocurre por lo general *“cuando el personal es hostil con ellos, los niños reaccionan”**, o se dice incluso que los *“niños que son más agresivos son niños con enfermedades crónicas, claro porque se hartan”** pues los niños se **enojan** *“por un medicamento que no funciona, por los médicos que no me curan, porque cada vez me chuzan para pedirme unos exámenes que ya me pidieron la vez pasada”**. Aún así, se dice que *“El niño crónico ya está acostumbrado”**, porque *“sabe que a los tres o cuatro días se va y al tiempo vuelve. Ellos ya están como acostumbrados porque hay que hacerles de todo”**.

Desde el discurso de los informantes, se encuentra la ambivalencia entre la agresión y no agresión de los niños con enfermedades crónicas. La pregunta ahora es ¿cuál es realmente el elemento que entra en juego en la disminución de las manifestaciones agresivas de los niños con enfermedades crónicas, la costumbre al ambiente hospitalario, o el trato que reciben ellos de sus médicos tratantes y del personal de enfermería? Probablemente los ingresos constantes y estadías prolongadas de estos niños en el Hospital, le posibilite al personal de la salud hacer un reconocimiento de dichos niños desde un lugar de personas, a lo cual el niño responda de una manera más recíproca, con menos manifestaciones agresivas.

En los niños pequeños, es común el síndrome de bata blanca, que se refiere básicamente al temor que les generan las batas blancas a los lactantes, éste es un factor que influye en la respuesta de estos niños hacia sus médicos, pues generalmente manifiestan llanto, angustia, y rechazo hacia cualquier tipo de procedimientos e incluso el solo contacto que tengan con estas personas, y el personal de salud es conciente de esto cuando afirma: *“los niños por ejemplo de brazos no nos quieren, no nos pueden ver, es muy difícil que nos quieran, porque los chuzamos, los revisamos...”**. La relación que establecen entonces estos niños con el personal de la salud, está mediada por **el miedo y el sometimiento**, porque *“ellos crean una barrera por los médico, por las enfermeras y les da mucho miedo cualquier procedimiento”**, como comentan los informantes. Además presentan **resistencia** para los procedimientos, *“y por más cuentos que uno les hecha no se van a dejar, es normal”**.

Sucede que el personal de la salud es agredido en ocasiones por los niños pequeños sin que existan previamente agresiones provenientes de los profesionales, como narra una enfermera un incidente *“cuando le llevé hoy las pastillas me cogió a patadas. Me estaba escupiendo las pastillas”**, presentándose

reacciones no sólo hacia el tratamiento médico sino también hacia el personal de la salud.

Por otro lado ocurre que *“los niños responden mucho mejor a tus actitudes cuando vos los tratas como personas”**. En otras palabras, los niños por lo general **reaccionan** de acuerdo a como los adultos se relacionan con ellos, *“y si usted les explica por qué les hace las cosas, de pronto esos niños pueden llegar a un afecto mayor hacia su pediatra”** como señalan los informantes. Además estos niños son más *“accesibles para el tratamiento”**, y son percibidos por el personal médico como *“muy buenos pacientes”**.

El personal de la salud es considerado por los niños hospitalizados como *“unos amigos”**, ya que son *“personas que lo ayudan a uno para bien”**, *“un niño sabe que uno está haciendo las cosas con buena intención”**, entendiéndose esa ayuda como la aplicación de los medicamentos y los cuidados que les procuran, por ejemplo a través de las advertencias cuando les recuerdan evitar el contacto con otros niños para impedir la transmisión de otras enfermedades. *“Un niño te ve que vos te preocupas por él”**, *“pero no por eso nos tienen que quere”**, concluye un informante.

Sin embargo existen situaciones que según los informantes sí pueden llevar a que los niños aprecien más al personal de salud, *“yo creo que todo se basa es como en la explicación de lo que uno va a hacer”**, *“uno aprende a explicar más, uno aprende a hablar más”**; entonces, explicarles siempre todos los procedimientos y los motivos por los cuales se les realizan, estimula la colaboración del niño en su tratamiento y cuando sea dado de alta, es probable que *“se vuelvan tus amigos”**.

No obstante para otros niños el personal de salud parece estar ausente del ámbito hospitalario, esto se observa en los dibujos que realizan cuando otorgan mayor prioridad al personal de vigilancia y a los demás niños hospitalizados sin poder

representar los médicos o las enfermeras. Otros niños en cambio otorgan gran importancia a su médico tratante, al punto de ser el único agente que representan en sus dibujos de “El Hospital”. (Anexo 12, registros fotográficos)

Parece entonces que mientras para el médico la relación está mediada por aspectos de tipo biológico, en el niño prevalece la búsqueda de una relación donde él sea reconocido como sujeto.

- **Relación familia niño**

Si bien los niños de este servicio no pueden contar con visitas numerosas ni extensas, quienes sí tienen posibilidad de entrar en mayor contacto con los niños de la Sala de Aislados, son sus padres o acudientes, ya que gracias al “Programa de La Familia Participante”, uno de ellos puede permanecer con el niño hospitalizado durante las 24 horas del día, teniendo sólo el carné que lo acredite como inscrito en dicho programa. Aún así, la estadía *“permanente de los padres de familia, tiene una serie de ventajas y una serie de desventajas”** según los informantes.

En este ejercicio investigativo, se pudieron evidenciar algunas ventajas como se describen a continuación: *“la familia es fundamental en todas las etapas, especialmente en la lactancia”**, puesto que *“entra a mediar y colaborar en los procedimientos”**, *“colaboran con las rutinas, a la hora de bañarlos, alimentarlos, examinarlos”**, de igual forma, tratándose de niños de cualquier edad, *“los padres son los que saben cómo es el niño normalmente, entonces saben y detectan rápidamente cambios en él”**, es importante de igual forma la presencia *“no sólo físicamente, sino que el niño se sienta acompañado, por papá y mamá”**, además de que el niño debe contar siempre con un acudiente *“que es el que responde por él”** y *“si el niño tiene una familia que lo apoya, que lo cuida, que está ahí, es mucho mejor”**. Pero definitivamente y sin importar las buenas condiciones que se

les presenten en el hospital, *“Los niños quieren estar en sus casas con sus hermanitos, retomar su vida normal, ver a sus amigos y jugar con ellos”**.

A parte de todas las ventajas que trae el acompañamiento de las familias a los niños hospitalizados, se encuentran también algunas desventajas de la intervención de las mismas en el transcurso de la hospitalización. Por ejemplo, cuando el acompañante *“no hace caso a la observación de la enfermera”**, poniendo en riesgo su propia salud al no emplear las protecciones necesarias para evitar el contagio y transmisión de enfermedades, y cuando son los familiares quienes entorpecen las relaciones con el personal de la salud, porque por ejemplo con los niños lactantes sucede que *“a veces es mucho más difícil la misma familia que los bebés”**.

Sin embargo, hay niños hospitalizados en la Sala de Aislados que no tienen el apoyo y presencia de sus familiares o acudientes, son niños que se encuentran en situación de abandono, por lo regular no reciben visitas, y según los informantes, el hospital les brinda comodidades que no tienen en sus lugares habituales de vivienda, para el *“niño es mejor quedarse en el hospital, aquí tiene comida”**, y este lugar para ellos se les presenta como un medio protector.

Al tiempo que las familias pueden acompañar a sus hijos y brindarles apoyo, ellas se convierten según los informantes en otro eje para la atención de los médicos y enfermeras, en tanto que muchas veces manejan estrés y demandan la escucha de empleados del Hospital, por ejemplo, de los trabajadores sociales, de los psicólogos y el personal de enfermería, quienes *“tratan de apoyarlos en la estadía... dentro del servicio”**.

Todo esto atiende a lo que se concibe en el Hospital como la atención integral. Por lo mismo, con los niños hospitalizados se está buscando el trabajo con profesionales de otras disciplinas, en últimas, *“está trabajo social, está psiquiatría,*

está psicología”* con las cuales se busca que “*el niño salga con todo resuelto*”*. Pero las intenciones aún no parecen suficientes, ya que pese a que se trabaja desde muchas disciplinas, no existe según los informantes interdisciplinariedad, situación que se evidencia cuando dicen que “*las especialidades ven al niño y se van, el personal de enfermería lo atiende y se va, y el trabajador social hace su trabajo aparte, entonces el niño sale con todo resuelto pero no de una forma integral.*”*

- **Relación docente-niño**

Esta relación aparece en este ejercicio investigativo como un elemento importante que entra a mediar de manera indirecta en la relación personal de salud - niño hospitalizado, en tanto entra a reconocer al niño desde una perspectiva de sujeto, permitiéndolo expresarse libremente, disminuyendo así algunos de los factores que resultan agresivos para el niño en este contexto.

Se encuentra por ejemplo que las sesiones pedagógicas que se realizaron con los niños, “ *fueron acogidas con agrado tanto por parte del niño como de sus acompañantes*”*, que se manifestaba en la disposición para realizar las actividades propuestas y en los cambios que se obtenían en los estados de ánimo de los niños mismos, cuando por ejemplo los niños se mostraban alegres y reían nuevamente. “*Al iniciar la sesión de trabajo, la niña se encontraba aburrida, pero se animó cuando pudo conversar un poco acerca de su familia*”*, lo que quiere decir que al escuchar a los niños, al posibilitarles verbalizar sus angustias, sus preocupaciones, los niños encuentran un reconocimiento.

Los niños en general, manifestaron deseos de trabajar con la profesora del aula de manera repetida, preguntaban constantemente cuándo se llevaría a cabo el próximo encuentro y manifestaban deseos de realizar las actividades diariamente, incluso solicitaban que se realizaran actividades específicas como dibujar, pintar,

modelar con plastilina. Los niños quieren “*trabajar con la profesora del aula todos los días*”* y “*quiere seguir jugando y pintando*”*. De la misma manera, el trabajo pedagógico era demandado por los profesionales de la salud y los padres de familia, quienes en repetidas ocasiones pedían que se realizara la sesión con los niños que se encontraban más decaídos, sin acompañantes o que mostraban deseos de realizar diferentes actividades.

7.1.1 Aspectos que interfieren en la relación personal de la salud-niño

Usualmente, el personal que labora en la sala de aislados lo hace por elección propia, por el gusto que encuentran al colaborar en el restablecimiento de la salud de esta población, “*en general las enfermeras que trabajamos en pediatría, pues nos gustan los niños*”*, sin embargo, existen factores externos a los profesionales mismos, que entorpece las buenas intenciones en la relación con los niños hospitalizados, y por consiguiente, algunas de las relaciones que se establecen entre ellos son:

- ❖ Las rotaciones constantes del personal de enfermería entre servicios, pues la sala de aislados es manejada por personal de enfermería de las salas de lactantes 1 y 2. A esto se le suma el hecho de que en ocasiones trasladan personal de los servicios de adultos hacia el Hospital Infantil, entonces “*hoy soy enfermera de obstetricia, el mes entrante soy enfermera de medicina interna, el otro de consulta externa y el otro de pediatría...*”*, lo que según ellas lleva a una inestabilidad que se manifiesta en el lugar mismo de trabajo, “*llegar acá y todos llorando al mismo tiempo, yo me quería enloquecer*”*.
- ❖ “*El médico tratante cambia mucho, por los turnos y por cuestiones administrativas, esto impide promover relaciones estables entre el médico y el niño*”*. Esta situación se evidencia en la dificultad del niño para nombrar

a su médico, ya que en pocas oportunidades los identifican, salvo, aquellos niños con enfermedades crónicas y hospitalizaciones prolongadas o reiterativas.

- ❖ *“El contacto que tienen los médicos con los niños en el periodo de hospitalización, es reducido y se limita a unos cuantos minutos en las horas de la mañana o en las horas de la tarde.”** Por lo general, este tiempo es destinado a la indagación por los síntomas y cambios que experimenta el niño durante su hospitalización, esta situación la explican los informantes de la siguiente manera: *“la parte administrativa no da tiempo para la parte clínica y la parte clínica no da tiempo para las relaciones con el paciente”**, por lo cual los mismos informantes tienen la concepción que los médicos para los niños son *“unas personas raras que entran a su cuarto, dicen cosas raras y se van”**, posición que es compartida por los niños mismos cuando dicen que *“los médicos no hablan casi, y llegan acá como cogidos del día, me revisan y se van”**.

LA AGRESIÓN EN LA RELACIÓN
PERSONAL DE LA SALUD-NIÑO HOSPITALIZADO



7.2 Lo más difícil para ellos es la adaptación:

Lo que sienten como agresivo los niños hospitalizados

Según los informantes, en el ambiente hospitalario se encuentran factores que actúan como agresores para los niños hospitalizados en la Sala de Aislados, así como existen otras situaciones y agentes que directa o indirectamente ejercen la misma acción.

En primer lugar, encontramos que la hospitalización en sí misma funciona como un factor agresivo, por lo que se dice que es mejor *“tratar de evitar el contacto con el hospital porque es un entorno hostil”**, siempre y cuando esto no suponga situaciones más problemáticas para el niño mismo y su salud. Es por eso, que desde los derechos del niño hospitalizado, inicialmente se contempla la hospitalización en caso de ser única y exclusivamente necesaria. Aún así, cuando ésta no se puede evitar nos encontramos que al niño *“se le ha puesto en una situación estresante y que se le ha sacado de su medio para llevarlo a otra cosa que él no entiende”**, donde él se encuentra con otros niños que también están enfermos, se encuentra rodeado de muchas personas que no conoce y a las cuales tiene que **obedecer**, porque *“los niños en el ambiente hospitalario no son muy autónomos”**.

Por otro lado, la infraestructura de las salas, es considerada en algunos aspectos por los informantes como agresiva para los niños hospitalizados, pues según ellos *“parece un hospital de psiquiatría de adultos”**, no hay colores llamativos para el niño, todo está en un mismo tono, no hay decoraciones infantiles... En consecuencia se propone agregarle *“imágenes infantiles agradables”** y procurar *“que las camas sean de acuerdo con el tamaño de los niños”**, esta última sugerencia apunta al hecho que en algunas ocasiones se hace necesario inmovilizar los niños pequeños a sus camas para evitar que se caigan o por recomendación de reposo obligatorio. Así mismo, los informantes plantean la

posibilidad de *“cambiarle el color”** al Hospital, agregar más *“cosas con las que ellos puedan jugar”** y que tengan espacios donde puedan jugar e interactuar, todo con el fin de *“brindarle el ambiente lo más cercano a lo que él vive, brindarle pues como muchas cosas para que él no sienta el ambiente tan agresivo.”**

Las rutinas que lleva a cabo el personal de la salud están establecidas, en definitiva *“no se concierne con el niño mismo la rutina que se va a llevar a cabo”**, así que *“el niño tiene que someterse a la rutina, a lo que le digan o le hagan”**. Las enfermeras pasan en la mañana, en la tarde y en la noche tomando los signos vitales de los niños, como expresan los informantes *“las enfermeras hacen sus rondas toda la noche y las luces no se apagan”** afectando también la rutina de sueño de los niños, además *“su despertar es temeroso, pues la mayoría de las veces no están las mamás”**.

Al niño le llega la hospitalización con una serie de procedimientos que son en muchas ocasiones invasivos a su cuerpo, a su privacidad, como dicen los informantes, *“Al niño hospitalizado a veces le llega la enfermedad con una inyección y no se le dice nada”**, *“lo chuzan, le ponen agujas, le piden exámenes, es un entorno hostil que no es voluntario”**. Al mismo tiempo, el niño está expuesto a la mirada de mucha *“gente que va lo examina, los mira”**. Se olvida así de cuidar el cuerpo de los niños de las contemplaciones de otras personas, según los informantes que se refieren al derecho a la intimidad, se dice que *“ese derecho es muy vulnerado porque uno cree que no importa si al niño lo ven los otros, por ejemplo en una curación, pasándole una sonda, y sí importa.”** Se hace alusión así a los derechos del niño hospitalizado desde el discurso de los informantes, según los cuales *“tienen unos derechos, muy propios de los niños, que vos tenés que respetar en el ambiente hospitalario y en el modo hospitalario”** pero que en ocasiones se relegan, por ejemplo, cuando *“La rutina de aseo es realizada en presencia de la maestra en formación”**.

Los niños hospitalizados tienen sin embargo su propia idea de los aspectos que les resultan poco agradables, encontramos que algunos de ellos se hallan relacionados con la alimentación, y como lo expresan *“No le gustan las sopas, y los jugos”**, o *“no le gusta la comida porque no tiene sal”**. Esto propicia que *“Muchas veces cuando recogen los platos, la comida está ahí”** y *“si el niño come o no, parece no importar”** como aseguran los informantes, *“el servicio de alimentación es impersonal”**, lo que puede resultar como cierta forma de **abandono** hacia el niño.

Otro de los aspectos que los niños mencionaron como poco agradables y que de ser posible cambiarían del hospital, están conectados con las restricciones que tienen dentro de este contexto para sus relaciones personales. El encierro aparece entonces como un factor limitante para este fin, pues señalan que *“lo más maluco de estar en el hospital es estar encerrado, no poder salir”**, y si pudieran ampliarían el horario de visitas para *“que dejen las visitas hasta más tarde”**, *“Para no estar solo, y para que dejen entrar más personas”**, porque como expresó un informante, *“Se aburre mucho en el hospital porque no tiene compañía y se mantiene encerrada”**. Esta premisa contrasta con el hecho de que por la habitación de los niños pasan muchas personas diariamente como se dijo en el título anterior, lo que se halla entonces, es que el hecho de estar rodeados de muchas personas, no necesariamente les hace sentir acompañados, como dice uno de los informantes, *“lo mejor que me ha pasado acá, que me vinieran a visitar”**, refiriéndose a la llegada de tías y primos.

En el Servicio de Aislados esta norma no se puede cambiar por tratarse precisamente de la hospitalización de niños con enfermedades de carácter infectocontagioso, como lo declaran los informantes *“la enfermera me dijo que no me podía juntar con los otros niños para que no se me fuera a pegar las enfermedades de ellos”** o para evitar que se presente el caso contrario y sea justamente el niño hospitalizado quien contagie o transmita su enfermedad a otras

personas. Esta es una de las principales diferencias entre este servicio y los otros que se prestan en el Hospital Infantil del HUSVP, *“Aquí, mire que llegan y es a encerrarse en una pieza y de ahí no salen”**. Además, para las enfermeras a cargo de los niños, es muy difícil establecer conversaciones con ellos, pues las dos puertas de cada habitación deben permanecer cerradas, no sólo para la prevención de epidemias, sino para la protección de los niños mismos que se encuentran con las defensas bajas y que están propensos a adquirir otras enfermedades fácilmente.

7.3 Cuando no les brindas mimos excesivos sino que los escuchas, son interlocutores válidos para vos

Se hallaron tres conceptos principales de niño desde las percepciones de los informantes. En la primera el niño es visto como un individuo donde prima su organismo como tal, en la segunda se le atribuyen cualidades de persona y por último se encuentra la visión del niño como un sujeto. Las distintas apreciaciones que se hacen del niño, influyen así mismo en las relaciones que se establecen con ellos, como se expondrá a continuación.

Según los informantes, *“la naturaleza del niño es estar aliviado”**, él *“siempre tenderá a la curación”**. A pesar de esto, se enferman o tienen accidentes por distintos motivos y en ocasiones tienen que ser hospitalizados. En este proceso, el niño *“a veces es un objeto de enseñanza en la medicina, porque los médicos, las enfermeras y los estudiantes de medicina los cogen, los tocan, los miran, los examinan y no les dicen nada”**, es al mismo niño a quien le llega la enfermedad con una inyección, sin mediar palabras, y él sin embargo *“tiene que estar ahí y está acompañado por un montón de gente que va lo examina, los mira”**. Se tiene además que ver sometido porque no tiene manera de protegerse, es concebido como *“un ser indefenso”**, y esto trae como consecuencia que al niño se le eviten las responsabilidades frente a su misma enfermedad o lo que le sucede.

El hecho de que en la mirada institucional o de los profesionales de la salud, se tenga una concepción del niño como individuo, lleva a que en ocasiones sea atendido en el Hospital sólo por el motivo de ingreso, como exponen los informantes refiriéndose a aquellos niños que no tienen seguridad social (SISBEN, EPS o Medicina Prepagada), *“llega un niño atropellado, se le atiende lo que tiene que ver con el accidente, no se mira si no tiene comida o si es un niño que está desnutrido, usted qué le puede atender, lo que tiene que ver con el accidente, lo demás no”**, *“por qué, porque no lo van a pagar”**. Sin embargo a todos los niños se les atienden sus necesidades básicas como la alimentación y el aseo, aún cuando el personal de la salud no logre interpretar otro tipo de necesidades que el niño manifiesta de diferentes formas, de esta manera lo expresan los entrevistados, *“cuando los niños lloran y uno piensa que ya se le dio la droga del dolor, está cambiado, está lleno, entonces uno no sabe qué es lo que les pasa”**.

De los niños vistos como persona en el contexto hospitalario, se dice que *“son seres humanos que piensan, sienten y actúan distinto a los adultos”**. A ellos los informantes les atribuyen cualidades como **la inocencia**, ya que *“los niños son ciegos como a todas las injusticias, a todos los problemas sociales”**; además son **“auténticos”*** y **sinceros**, así que *“Los niños no muestran cosas falsas”** y *“cualquier cosa que vos le hagas a un niño buena o mala él te la va a expresar”**; **puros**, porque *“los niños no tienen ningún mal pensamiento hacia vos”**; **“indefensos**, y cuando están enfermos lo demuestran así, distinto a los adultos que buscan por ejemplo una incapacidad”*; *“los niños son supremamente agradecidos”**. Además se les considera **dependientes**, pues *“los niños en el ambiente hospitalario no son muy autónomos”**, *“un niño no es como un adulto que si quiere no se toma el examen, a un niño se le toma el examen y listo”**. En contraposición, se le atribuye la **crueledad**, como manifiesta una informante *“los niños son muy crueles en las apreciaciones”** y con una valoración *“que te hace un niño siempre te va a marcar”**.

Con respecto a los niños hospitalizados que son concebidos como persona, los informantes les reconocen unos derechos: *“a saber lo que les está pasando o lo que les va a pasar”**; *“derecho a evitarle la mayor cantidad de exámenes innecesarios posible”**; *“derecho a estar lo más cómodo y con el menor dolor que se pueda”**; *“derecho a la atención en lo que necesite en todo momento”**; *“derecho a conocer su enfermedad, a estar con su familia”** ; *“derecho a jugar, a seguir aprendiendo aunque esté hospitalizado”**, finalmente, el niño hospitalizado *“tiene derecho a seguir siendo niño”**. Llama la atención el hecho de que se piense que quienes velan por el respeto a los demás derechos de los niños (que no fueron mencionados por los informantes mismos y por lo tanto no se exponen en este apartado) son los familiares, pues como dicen *“los otros derechos yo pienso que velan por ellos los papás o los acudientes y en su defecto otros entes como ICBF”**.

El niño enmarcado en esta concepción, inspira sentimientos hacia el personal de la salud informante. Se dice por ejemplo que *“inspiran más ternura que un adulto”**, que *“los niños son toda la alegría que se puede expresar y que no expresan los adultos”**, *“a los niños se les puede entregar todo el amor”**, *“son como una luz, pues me generan un montón de emociones que me rescatan como de todas esas cosas que el ambiente me da y que me aporream”**. *“Los niños son una fuente constante de alegría”**, *“alguien que me llena todos los días de esperanza, que me renueva, que me hace sentir bien”**, los niños son *“el motivo por el cual yo trabajo”**. Todos estos pensamientos acerca del niño hospitalizado, generan en el personal de la salud ciertas actitudes, por ejemplo, *“los niños son una responsabilidad muy grande”**, por lo que *“te exigen mucho más, te exigen estudio, te exigen más dedicación.”** El hecho de que los niños sean considerados como una responsabilidad, es convertido en un reto intelectual para los informantes. Se establece una relación causa – efecto en cuanto a lo que se propicie en los niños, cuando se manifiesta que *“Los niños son el futuro”** y *“de la marca que vos le hagás a un niño depende el giro que tenga toda la sociedad”**.

Por todas estas razones, desde el Hospital se está buscando una atención integral para los niños, como expresan los informantes *“Está trabajo social, está psiquiatría, está psicología”**, velando por lograr dicho objetivo, *“pero no se logra del todo, no alcanzan todas las disciplinas a estar moviendo y conversando entre ellos, no alcanzan.”** Se dice que probablemente los motivos que llevan a que esta meta no se logre, es que no existe interdisciplinariedad, el niño es tratado así de manera fragmentada.

Tener una concepción del niño como sujeto implica *“tratar a los niños como niños, no como adultos pequeños”**, entender que *“los seres humanos somos distintos cada uno”**, por lo tanto *“cada niño es diferente”**, *“hay niños muy alegres, hay niños más serios, hay niños con los cuales uno es más tierno y otros con los cuales es más brusco”**, *“entonces cada niño te va dando la apertura que permite”** en la relación personal de salud – niño hospitalizado, *“todo depende de la necesidad del niño”**.

El hecho de pensar al niño como sujeto, trae consigo actitudes de **escucha** que se manifiestan por parte del personal de la salud, como señalan los informantes, *“cuando no les brindas mimos excesivos sino que los escuchas”**, *“cuando pensás que sus preocupaciones son preocupaciones verdaderas”**, *“cuando vos pensás que lo que el niño piensa es importante”**, ahí realmente *“son interlocutores válidos para vos”**. Estos niños *“tienen mayor potencial para la recuperación y son más accesibles para el tratamiento”**, *“ahí vos sentís que el niño te responde muchísimo mejor”**, así que son más optimistas y encuentran la oportunidad de estar bien sin importar cual sea su enfermedad.

Finalmente, para los informantes que reconocen los niños como sujetos, *“los niños significan una parte muy importante de la vida”**, son la vida misma.

8. DISCUSIÓN

Durante el proceso de discusión, se abordaron prácticamente en su totalidad, los hallazgos de este ejercicio investigativo, encontrándose una coherencia entre lo que se expone en el anterior apartado y los resultados de la discusión. Aún así, aparecieron elementos nuevos que valen la pena reflexionar.

Desde los referentes teóricos, se hizo alusión a tres formas de relación médico-paciente, que son la tendencia paternalista, la tendencia a super-subjetivizar y por último el punto de equilibrio que supone la empatía. En la discusión, se encontró que en la sala de Aislados hay una inclinación hacia la paternalista, donde el niño es “cosificado”, es un objeto de estudio de la medicina y su cuerpo se presenta concebido de una manera fragmentada.

Las relaciones que establecen los médicos con los niños hospitalizados están muy limitadas, como ya se había dicho, pero se halló un elemento nuevo en la información, y se refiere a los especialistas de la salud que no ingresan a las habitaciones de los niños para las revisiones, sino que prefieren hacer una lectura de las observaciones que realizan los médicos residentes, los estudiantes y de las notas de enfermería consignadas en las historias clínicas de los niños, y con base en esto realizan sus apreciaciones o sugerencias para el tratamiento. Esta situación no sólo se presenta por cuestiones de tiempo, sino también para evitar el contacto con la enfermedad misma, ya que para algunos médicos resulta molesto el tener que usar las protecciones y barreras contra el contagio, como son las mascarillas, las batas y los guantes.

En esta posición, lo que prima ante todo es el restablecimiento de la salud del niño, pero una salud entendida desde lo orgánico, donde la enfermedad es más una alteración física, olvidando las dimensiones sociales y emocionales del

concepto de salud, que según la Organización Mundial de la Salud ésta “es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de molestias o enfermedades, y se da como un fenómeno que no es material por su naturaleza, sino que pertenece al reino de las ideas, así como a las creencias, valores y ética, que surgen de la mente y de la conciencia de los seres humanos”⁵⁴. Al mismo tiempo se pone en evidencia la concepción de niño como **individuo**.

La enfermería, que se rige por la ciencia de los valores morales, considera la **persona**, sus derechos, sus sentimientos y la justicia, entra a relacionarse de una manera diferente con los niños hospitalizados. El personal de enfermería por su parte, dedica más tiempo para el acompañamiento de los niños, es mucho más significativa para ellos ya que encuentran en la mayoría de ellas personas preocupadas no solo por los aspectos relacionados con lo específicamente orgánico sino también por su estado de ánimo y en general por mejorar su estadía en el Hospital. No obstante se resalta que estas formas de relacionarse dependen de la personalidad de las enfermeras y no de un protocolo que esté establecido desde el sector administrativo del Hospital para la humanización del servicio. Esta actitud está también ligada a:

- La edad del niño, pues se piensa que cuanto más pequeño es él, menos acompañamiento necesita de las enfermeras. Se olvida que “al relacionarse con el pequeño debe tener en cuenta su edad y desarrollo psicológico alcanzado de acuerdo a la misma, para **decidir el lenguaje que utilizará**”⁵⁵. “Los pequeños deben ser oídos con detenimiento, pero aunque parezca que su edad no les permite ofrecer datos de

⁵⁴ Calvo, M.I Y Ortiz, M.C. Estudio de las Necesidades Percibidas por Profesionales, Padres y Voluntarios en Niños Hospitalizados en el Distrito Universitario de Salamanca. Mencionado en La Atención Pedagógica Hospitalaria: como un campo de acción del educador especial.

⁵⁵ Rodríguez Arce, María Antonieta. Relación médico-niño. Departamento de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas de Holguín. Tomado de <http://www.cocmed.sld.cu/no73/n73rev4.htm>

importancia, su información verbal y extraverbal puede ser valiosa en el diagnóstico y el tratamiento.”⁵⁶

- La edad del personal de enfermería, pues se dice que a menor edad mayores ganas de trabajar.
- La formación que haya recibido el personal, porque es muy difícil que cambien actitudes con las que ingresen al mundo laboral. “Hasta hace muy poco tiempo la ciencia de la enfermería se sustentó principalmente en las teorías de las ciencias biológicas, médicas y sociales; es a partir de la década de los cincuenta que diferentes teóricos han desarrollado modelos de enfermería que brindan las bases para elaborar nuevas teorías y avanzar en los conocimientos de la profesión”⁵⁷, entendiendo estos conocimientos como elementos que les permiten relacionarse con el sujeto enfermo, considerado autónomo de sus decisiones, o por lo menos, considerándolo una persona de derechos.

Por estas razones, desde el Hospital se procura contratar auxiliares de enfermería jóvenes, independientemente del servicio para el cual estén asignadas, según información obtenida en la discusión. Ellas son en su mayoría quienes presentan mayores expresiones de cariño y un sentido más humano en el trato hacia el niño.

Por otro lado y dado que la actitud que se asume frente al niño es más un asunto de personalidades, no es raro que se encuentren auxiliares de enfermería y enfermeras que se limitan a cumplir con su trabajo de velar por la salud física de los niños que son más considerados pacientes, en tanto se otorga prioridad al aspecto técnico y administrativo.

⁵⁶ Rodríguez Arce, María Antonieta. Relación médico-niño. Departamento de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas de Holguín. Tomado de <http://www.cocmed.sld.cu/no73/n73rev4.htm>

⁵⁷ Marlina Lescaille Taqueche. Relación de la ética del cuidar y los modelos de enfermería con la persona y su dignidad. Tomado de http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_1_06/enf08106.htm

En general, se tiene una percepción del niño desde su patología, no desde la posición de sujetos, por lo tanto, se espera de él que se deje tratar, que se deje aplicar las medicinas, elaborar los exámenes y avise de los cambios que ocurran en su organismo.

Por otra parte, las reacciones que los niños tienen frente al personal de la salud son diversas. Como dice Mariam Serradas, “Es muy posible que a raíz de este padecimiento y de su ingreso en el centro hospitalario cambie sus motivaciones y modifique sus valores, alterando el significado de los estímulos a los que está expuesto. Por consiguiente, la alteración de los comportamientos, hábitos y el ritmo de vida del niño a causa de la enfermedad suscitan cambios comportamentales importantes que, por su intensidad, pueden considerarse patológicos y con suficiente potencia como para generar conductas inadaptadas en el futuro (Del Pozo y Polaino, 2000). Se enumeran a continuación, algunos de esos rasgos: ansiedad, estrés, depresión, dificultades para el contacto social, trastornos de crecimiento, problemas nutricionales, trastornos del sueño, dificultades characteriales, dificultades en la interacción con el personal sanitario, problemas para la adherencia al tratamiento que se le recomienda seguir, etc.”⁵⁸

De los niños de oncología, se dice por ejemplo que son los más agresivos con las enfermeras, que no responden ni siquiera a los buenos tratos que se tenga con ellos. Para el personal informante los niños lactantes son los más reacios a toda clase de contacto y procedimientos, y esto se le atribuye al miedo que les producen las batas blancas, no a la forma de acercamiento que tienen los profesionales con ellos. De los niños preescolares y escolares con enfermedades ocasionales, se tiene la concepción que manifiestan más abiertamente sus afectos tanto a aquellas personas que se han mostrado simpáticas y comprensivas con

⁵⁸ SERRADAS FONSECA, Mariam. La pedagogía hospitalaria y el niño enfermo: Un aspecto más en la intervención socio-familiar. Universidad de Carabobo. Revista de pedagogía. 2002.

ellos, como a quienes se han expresado de manera tosca o brusca. Se expresa así mismo, que los niños preguntan constantemente por aquellas personas que tienen empatía con ellos.

Entre algunos de los factores que influyen en la calidad de las relaciones que se establecen entre el personal de salud, el niño y su familia, se señala la situación socioeconómica de las familias atendidas en este Servicio, como uno de ellos, pues se piensa que por el hecho de ser de escasos recursos no es necesario prestarles tanta atención.

Aparece ahora **la familia** en el contexto hospitalario desde el discurso en la discusión, y de ella se dice que puede ser un aporte o un obstáculo en el proceso de hospitalización de los niños. Se convierte en un aporte cuando acompañan a sus hijos y éstos se sienten protegidos; por el contrario, son un obstáculo, cuando el tiempo de hospitalización lo utiliza para establecer relaciones con familiares de otros niños y dejan toda la responsabilidad en el personal de la salud.

La pedagogía hospitalaria surge desde la discusión como una alternativa para entrar a suplir necesidades del niño que la medicina misma no alcanza a satisfacer por diferentes razones, pero que el personal de la salud reconoce como importantes en la recuperación del mismo: las necesidades psicológicas y emocionales del niño. Por este motivo, al día de hoy existen médicos y enfermeras que recomiendan en las historias clínicas el trabajo pedagógico para algunos niños, especialmente aquellos que se encuentran sin el acompañamiento de sus familias o acudientes, que están decaídos o irritables, y finalmente por petición del niño, quien expresa deseos de realizar actividades diferentes como pintar, leer y escribir.

Reconociendo la labor que se realiza desde **el aula hospitalaria**, se realiza unas **recomendaciones** para mejorar el entorno hospitalario desde este espacio, y

apunta a un acompañamiento mayor hacia las familias de los niños hospitalizados, puesto que las relaciones que se establecen en este contexto se manifiestan como una cadena: si se acompaña a las familias, éstas a su vez acompañarán a sus hijos. También se propone un abordaje a la población indígena que es atendida en este Hospital por ser éstos niños los que presentan realmente los más altos índices de agresividad, “piensan que los médicos y las enfermeras los van a matar y en ellos aparece aún muy fuerte la figura del chamán como aquel que los cura”. Se piensa que el hecho de que se trabaje con los niños indígenas desde un tipo de intervenciones diferentes a las clínicas, se pueda disminuir las respuestas agresivas de los mismos hacia el personal de la salud y los tratamientos médicos.

9. CONCLUSIONES

- Para los niños hospitalizados, parece ser más importante la relación que establecen con sus médicos tratantes a quienes nombran como amigos, o “personas que trabajan para aliviar a los bebés”*, independientemente de que les causen molestias físicas con sus procedimientos o sinsabor por sus ausencias. Mientras para los médicos, los niños son considerados más como objetos de estudio, aquellos que son susceptibles de tratar, por lo tanto el personal médico no atribuye mucha importancia al contacto con el niño o éste es relegado por factores como el tiempo, la cantidad de pacientes para atender, o el desconocimiento del derecho del niño a establecer una comunicación efectiva con su médico. Los niños están solicitando más atención por parte de estos profesionales cuando mencionan que “llegan acá como cogidos del día, me revisan y se van”, pero es una atención que no necesariamente demanda mayor cantidad de tiempo sino calidad en la relación, una escucha del niño sujeto.
- El personal de enfermería, crea mayores lazos sociales y afectivos con los niños hospitalizados, lo que les permite a éstos tener un reconocimiento desde el lugar de personas, donde les son protegidos algunos de sus derechos. Las auxiliares de enfermería confortan en mayor medida a los niños cuando los escucha, conversan con ellos, se interesan por sus gustos, los acompañan en el momento de la alimentación y les facilitan elementos con los cuales puedan realizar diferentes actividades.
- La relación que establece el personal de la salud con el niño hospitalizado, está influenciada por factores como: la enfermedad, según sea crónica, ocasional o catastrófica; la edad del niño, a menor edad menor contacto; el niño mismo, con sus reacciones hacia el personal.

- El personal de la salud en general, procura un restablecimiento de la salud de los niños, pero el concepto que tienen de la salud está supeditado al organismo, olvidando que ésta es un completo bienestar físico, mental, emocional y social. Se pierde de vista al niño como un ser integral, que se evidencia en la división que hace la medicina del ser como tal, cuando éste es bordado desde diferentes disciplinas de manera independiente.
- La hospitalización implica una modificación en la vida de los niños a nivel familiar y social, por sí misma se constituye como agresora para ellos. En el ambiente hospitalario son muchas las agresiones a las que se tienen que ver sometidos, más aún cuando es considerado como un objeto de la medicina. Algunos causantes de agresiones hacia los niños, son las rutinas de seguimiento al tratamiento, la planta física y algunas de sus características, los cambios constantes de médico tratante y la prestación de servicios de manera impersonal.
- El personal de la salud, aún cuando en ocasiones está consciente de las necesidades psicopedagógicas y sociales del niño, no alcanza a compensarlas por diferentes motivos. La pedagogía hospitalaria, surge como una respuesta a dichos factores, teniendo en cuenta al mismo tiempo los derechos de los niños hospitalizados.
- Frente a la hospitalización de un niño, toda la familia entra a hacer parte del proceso, trayendo consigo estrés y angustia. La pedagogía hospitalaria, siendo una pedagogía que trabaja no sólo con el niño hospitalizado sino con todos aquellos que se relacionan con él, ingresa como un medio de regulación de las respuestas agresivas de ambos agentes desde las propuestas psicopedagógicas.

- La concepción que se tiene de niño influye en la manera como se establecen relaciones con él, si se concibe como un objeto de ésta manera se tratará y si por el contrario se reconoce como sujeto, él será escuchado y su palabra se encontrará importante. Reflexionar en torno a este tema podría propiciar un cambio en la mirada que se tiene de éste, que se constituiría en el primer paso para la prevención de la agresión en el ámbito hospitalario.

10. RECOMENDACIONES

PROPUESTA PEDAGÓGICA

Justificación

Cuando se habla de la agresión infantil, generalmente nos imaginamos niños riñendo, gritando o fuera de control, es decir, nos remitimos a la agresión física ejercida por los niños mismos. No obstante, existe también la agresión emocional que se manifiesta de forma verbal por medio de insultos y humillaciones, por medio del abandono o por el contrario por medio de la sobreprotección. Se ha encontrado que la mayor parte de la agresión evidente del niño tiene lugar durante el juego libre en la escuela o en los patios de recreo, en mayor número de veces que durante las interacciones en familia. Si nos detenemos a observar qué sucede con los niños que se encuentran hospitalizados, encontraremos que indudablemente su rutina se ve seriamente alterada: se interrumpe la escuela y por lo tanto la socialización entre pares; las actividades familiares no se pueden llevar a cabo de manera habitual; las actividades diarias de recreo se dificultan y el reposo es obligado. Por lo tanto, no es de extrañar que esa agresividad que se expresa normalmente en otros ámbitos, sea expresada también en el medio hospitalario. Se ha encontrado por ejemplo, que el niño hospitalizado puede pasar por una etapa en la que es él quien arremete contra el mundo exterior, contra sus familiares, contra el personal de salud o contra sí mismo, manifestando ya sea agresión física o emocional.

Ahora bien, el niño hospitalizado también puede resultar agredido física y/o emocionalmente: por un ambiente hospitalario que no le es familiar, por un personal de salud que no lo reconoce como sujeto y se limita a tratar el organismo, por las rutinas preestablecidas en los hospitales que difieren de las de su propia vida, por sus familiares mismos que se encuentran también bajo factores

estresantes, por los exámenes y procedimientos a los que debe ser sometido entre otros.

Es por esto, que se ha encontrado la necesidad de desarrollar una serie de actividades encaminadas a la prevención de la agresión hacia el niño hospitalizado, en las que se reconozca la importancia de la socialización en los niños, la realización de actividades creativas, el acompañamiento a los familiares de los niños hospitalizados, y la difusión de los derechos de los niños hospitalizados al personal de la salud.

Reconociendo la importancia y la responsabilidad que comparten tanto el personal de la salud, como las familias de los niños hospitalizados y los niños mismos en la conquista de un ambiente hospitalario que prevenga la agresión, se ha desarrollado una propuesta de intervención donde se le brinda a cada uno de estos agentes elementos que les permitan reconocer e identificar las manifestaciones de agresión, así como estrategias de intervención frente a las mismas.

Objetivo general.

- ☞ Aportar al Hospital Universitario San Vicente de Paúl, sección Infantil, estrategias de intervención en el trabajo con los niños y sus familias, así como con el personal de salud, con el fin de promover la prevención de la agresión del niño hospitalizado y hacia el niño hospitalizado.

Objetivos específicos.

- ☞ Brindar al niño hospitalizado un acompañamiento lúdico-pedagógico en el que se le permita expresar sus propias experiencias dentro del periodo de hospitalización. Del mismo modo, se le ofrecen elementos que le sirvan en la defensa de sus propios derechos.
- ☞ Brindar al padre de familia un espacio en el que pueda compartir sus sentimientos y conocimientos acerca de la hospitalización y la enfermedad de sus hijos. Con el fin de lograr mayores niveles de conciencia y autocontrol de los actos agresivos que cometen hacia los niños, como el descuido o la sobreprotección.
- ☞ Sensibilizar al personal de la salud frente a la hospitalización de los niños y el respeto por sus derechos, para lograr un mayor reconocimiento del niño como sujeto.

MARCO CONCEPTUAL

La propuesta aquí descrita, se fundamenta en la pedagogía hospitalaria, pues esta "tiene más que ver con la salud y con la vida que con la instrucción y el adiestramiento."⁵⁹. Ésta a su vez "procura atender a las necesidades psicológicas y sociales generadas como consecuencia de la hospitalización y de la concreta enfermedad que padece. Se ofrece como una pedagogía vitalizada de la vida y para la vida, que constituye una constante comunicación de experiencias entre la vida del educando y la vida del educador, y aprovecha cualquier situación, por dolorosa que pueda parecer, para enriquecer a quien la padece, mudando su sufrimiento en aprendizaje"⁶⁰.

La pedagogía hospitalaria, pone también mayor empeño en la prevención y en el cuidado personal, del que son responsables no sólo los médicos y enfermeras, sino también las familias de los pacientes y principalmente los pacientes mismos.

La pedagogía hospitalaria reconoce dos necesidades del paciente internado: las que se refieren al ámbito pedagógico y las psicológicas. Las necesidades psicológicas, son en general olvidadas o desatendidas por el personal de la salud, por lo que se priva al paciente de unos derechos y se presenta la agresión en el medio hospitalario.

El trabajo realizado desde la pedagogía hospitalaria, está organizado desde tres enfoques con los que se busca atender necesidades específicas:

4. *El enfoque formativo*. Es decir, el que ayuda al perfeccionamiento integral de la persona aún en situación anómala, como es la de la hospitalización.

⁵⁹ GONZALEZ SIMANCAS, J.L. y POLAINO-LORENTE, A.: Pedagogía Hospitalaria, Narcea, Madrid, 1990.

⁶⁰ LISAZOAIN RUMEU, Olga. Educando al niño Enfermo. Perspectivas de la pedagogía Hospitalaria, Pamplona. 2000.

5. *El enfoque instructivo o didáctico*. Que se basa en las tareas de enseñanza y aprendizaje necesarias para recuperar, mantener y facilitar la reanudación cultural e intelectual del paciente.
6. *El enfoque psicopedagógico*, que se encarga de la preparación para la hospitalización y también para procurar que el ajuste a esta situación y condiciones sea lo menos estresante posible.

Este último, se encarga también del aprendizaje directo o indirecto del mantenimiento y cuidado de la salud psíquica y la prevención de enfermedades.

La pedagogía hospitalaria se desarrolla en los espacios denominados aulas hospitalarias, en ellas la “actividad educativa se lleva a cabo de varias maneras, siendo las más comunes dos: la asistencia al aula por parte del alumno, siempre que éste se encuentre en condiciones físicas para desplazarse hasta ella; o, bien, en su propia habitación, cuando su estado de salud aconseja que sea el profesor el que se desplace hasta ella. La finalidad, en ambos casos, es siempre la misma: evitar o reducir en lo posible las consecuencias negativas que su estancia en el hospital les puede causar tanto a nivel educativo como personal, especialmente, en los casos de los niños que están más tiempo hospitalizados, por padecer una enfermedad crónica (leucemia, etc.)”⁶¹.

⁶¹ Tomado de <http://www.ucm.es/info/curarte/articulo%20web/ART%20CDCULO%20web.htm>

PLAN DE ACCIÓN

ACTIVIDADES DIRIGIDAS POR LA MAESTRA EN FORMACIÓN TALLERES PARA PADRES.

ACTIVIDAD 1.

TÍTULO: “LA HOSPITALIZACIÓN”.

METODOLOGÍA: participativa.

ESTRATEGIA: taller reflexivo.

OBJETIVO: Realizar un acompañamiento al padre de familia en el proceso de hospitalización de los niños, además, brindarle elementos teóricos que le ayuden a comprender y analizar la situación por la que están atravesando sus propios hijos.

PRESENTACIÓN: a cada participante se le hace entrega de una hoja dividida en seis cuadros, cada persona deberá dibujar a lo largo de toda la hoja el recorrido que han realizado a lo largo del día, por ejemplo, levantarse, desayunar, tomar la ruta etc. Posteriormente se hace una puesta en común de los trabajos realizados, mencionando quiénes somos, qué hacemos en el hospital y qué esperamos de la actividad que se está realizando.

INTRODUCCIÓN: Así como cada día se llevan a cabo muchos procesos, la hospitalización es también un proceso. En ella se ven involucrados muchos actores: los niños, sus familiares, el personal médico.

En este taller, se tendrán en cuenta las vivencias que los padres de familia comparten. Para esto se formularán preguntas como:

- ☞ ¿cuál es el proceso por el que atraviesan los padres durante la hospitalización de sus hijos?
- ☞ ¿cómo ha reaccionado el padre de familia frente a la hospitalización?
- ☞ ¿cómo ha reaccionado frente a su propio hijo?

☞ ¿cómo ha sido el proceso de hospitalización para su hijo?

ELEMENTOS TEÓRICOS. Se ha encontrado que para los niños la hospitalización implica un alejarse de su casa de una manera más o menos prolongada. En el hospital los niños no realizan sus actividades cotidianas como ir a la escuela, estar en familia o jugar con sus amigos.

En el boletín “El buen trato empieza por casa” de Ernesto Durán, menciona algunas consecuencias y fases por las que pasa un niño al ser hospitalizado, para comenzar argumenta que los niños hospitalizados se sienten como si estuvieran en otro planeta. Sus vidas cotidianas se ven interrumpidas y para muchos es la primera vez que duermen fuera de casa, lejos del entorno tranquilizador de sus hogares, sin juguetes, en una cama que huele distinto de la suya, con agujas y tubos que le molestan, lo que desde luego les produce temor, ansiedad, curiosidad, inquietud y un cúmulo de sensaciones extrañas como se mencionó anteriormente; si a esto se le suma órdenes, amarres o gente disgustada que no lo entiende, la situación se vuelve desesperante para él, incluso este ambiente se puede volver hostil y agresivo para el niño.

Según Norma Orjuela, las reacciones mas frecuentes de los usuarios (enfermos), son:

- El peligro suscita miedo. La enfermedad, la novedad del ambiente extraño del hospital, la intervención médica, el miedo a los exámenes, el misterio de la operación, representa en sí mismo una amenaza importante para el equilibrio psíquico del individuo.
- El enfermo se deprime. Por lo general los síntomas de la depresión surgen después que la enfermedad se manifiesta, y dependen mucho del significado que el individuo da a lo que está viviendo, del modo de valorar las consecuencias.

- Frustraciones y agresividad. La enfermedad obstaculiza deseos y proyectos, y hace más difícil la satisfacción de las propias necesidades, es por ello que la hospitalización añade dificultad a la dificultad; en este caso el enfermo se enfurece con los agentes de salud y sus propios familiares que en este caso se convierten en chivos expiatorios.
- La mejor defensa es el ataque. Hay individuos que ante la enfermedad parecen cambiar el carácter y se vuelven “difíciles”. Nunca están de acuerdo con el tratamiento y tienen la impresión de que el personal médico no los cuida como a los otros enfermos. Además, se enfadan con las personas más queridas, rechazan las terapias, se vuelven agresivas y antipáticas.
- Negar, negar siempre. La negación o rechazo de la realidad es otro mecanismo de defensa que se descubre en el individuo enfermo. La negación de la enfermedad es un mecanismo más frecuente en el enfermo, que excluyendo de la conciencia lo que respecta a su enfermedad, bloquea la atención.
- El dolor es un fenómeno complejo. El dolor encuentra su expresión en gestos, palabras y comportamientos que nos dicen algo de la experiencia que el individuo vive. También se debe tener en cuenta que algunas personas “aprenden” a utilizar el dolor para establecer sus relaciones con los demás. Comprenden que el dolor “sirve” y aprenden a sacarle ventajas.

En algunas ocasiones no se visualizan las etapas, porque los niños pasan rápidamente de una a otra, sin embargo tanto padres como cuidadores debemos conocerlas para poder encontrar otras formas de intervenir frente a ellas con el niño mismo.

CIERRE: Finalmente, se cuestiona a cada padre de familia a cerca de cómo puede cada uno de ellos ayudar a su propio hijo en la hospitalización, con el fin de contribuir en la disminución de los efectos negativos y agresivos en este proceso.

Es necesario que a manera de evaluación cada participante pueda compartir y comunicar qué sabía del tema inicialmente, qué aprendió de este taller y para qué le sirvió compartir este espacio. Se deja un espacio para las sugerencias que consideren necesario realizar, frente al taller, la manera como se desarrolló, la actitud tanto de los participantes como del moderador.

ACTIVIDAD 2.

TÍTULO: “LOS DERECHOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO”

METODOLOGIA: participativa.

ESTRATEGIA: taller reflexivo.

OBJETIVO: Reflexionar en torno a los derechos de los niños hospitalizados, el conocimiento que se tiene de ellos y el respeto por su cumplimiento dentro de las instituciones de salud.

PRESENTACIÓN: se presentan papeles de diferentes colores. Cada participante deberá tomar el papel que tenga un color con el cual se identifique en este día. Una vez todas las personas tengan un papel en sus manos se procede a la presentación, deberán decir sus nombres, por qué eligieron ese color y algún aspecto de sí mismos que quieran compartir con los demás asistentes, como el estado de ánimo en el que se encuentran en ese mismo momento.

Cada participante compartirá su experiencia en el hospital, por qué llegaron a este lugar, hace cuánto tiempo, cómo se han sentido en este lugar, cómo creen que sus propios hijos se han sentido estando hospitalizados.

Partiendo de que cada sociedad funciona y se regula a través de unos derechos y unos deberes, se cuestiona a los padres a cerca de cuáles consideran ellos que deben ser los de las instituciones de salud. Se entregará entonces, a cada padre de familia, una hoja para que los consignent por escrito, luego se ponen en común y se elabora una lista en un pliego de papel para facilitar su visualización.

ELEMENTOS TEÓRICOS: En Colombia desde hace algunos años se ha venido discutiendo el tema de los Derechos del Enfermo y 10 derechos básicos están consagrados en la Resolución 13437 del 1 de Noviembre de 1991 del Ministerio de Salud, la cual, si bien es limitada frente a la magnitud de los derechos del niño hospitalizado, marca una primera pauta en el mejoramiento de la atención al paciente, y estos son:

1. Su derecho a elegir libremente al médico y en general a los profesionales de la salud, como también a las instituciones de la salud que le prestan la atención requerida, dentro de los recursos disponibles en el país.
2. Su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permita obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y al pronóstico y riesgo que dicho tratamiento conlleve. También su derecho a que él, sus familiares o representantes, en caso de inconsciencia o minoría de edad consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia, ojala escrita, de su decisión.
3. Su derecho a recibir un trato digno respetando sus creaciones y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que sufre.
4. Su derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y que, solo con su autorización, puedan ser conocidos.
5. El derecho a que se le preste durante todo el proceso de enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, pero respetando los deseos del paciente en caso de enfermedad irreversible.

6. Su derecho a revisar y recibir explicaciones acerca de los costos de los servicios obtenidos, tanto por parte de los profesionales de la salud, como por las instituciones sanitarias. Al igual que el derecho a que en caso de emergencias, los servicios que reciba no estén condicionados al pago anticipado de honorarios.
7. Su derecho a recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera sea el culto religioso que profese.
8. Su derecho a que se le respete la voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se haya enterado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.
9. El derecho a que se le respete la voluntad de aceptar o rehusar la donación de órganos para que estos sean transplantados a otros enfermos.
10. Su derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de la enfermedad.”⁶²

También se puede hacer alusión a Los Derechos del Niño que hacen parte de la Declaración de Ottawa de la AMM, ya que Colombia es país miembro y por lo tanto se deben tener presentes en nuestro territorio.

CIERRE: del mismo modo que las instituciones de salud se rigen por unos derechos y unos deberes, las personas tenemos derechos y deberes en situaciones como la hospitalización. Entre todos los asistentes se deberá elaborar una lista de los que consideran son los derechos y deberes de los padres como acudientes, y de los niños que acceden a los servicios de salud prestados por el hospital. Se recomienda cerrar la sesión evaluándola, aportando las conclusiones a las cuales se puede llegar a partir de la actividad realizada. Se propone analizar

⁶² Tomado de [www.fepafem.org.ve/investigaciones/ situacionninoshospitalizados](http://www.fepafem.org.ve/investigaciones/situacionninoshospitalizados)

qué sabíamos de antemano referente a los derechos de los niños hospitalizados, así como un recuento de lo que se aprendió en este día. La evaluación se realiza entre los participantes, teniendo en cuenta la relevancia del tema, la manera como se abordó, la actitud de los integrantes y del moderador. Se elaboran sugerencias para tener presentes encuentros posteriores.

ACTIVIDAD 3.

TÍTULO: “LA ENFERMEDAD”

METODOLOGIA: participativa.

ESTRATEGIA: taller reflexivo.

OBJETIVO: Reflexionar sobre el papel que cumplen los adultos en la recuperación de los niños, partiendo de la concepción que se tiene de la enfermedad y el manejo que se hace de la misma.

PRESENTACIÓN: Este día se propone una presentación y conocimiento de los integrantes del grupo a través de la socialización de una receta de cocina, los participantes podrán compartir entre sí algunos consejos y secretos.

El taller se desarrollará mediante la socialización de las respuestas de los padres a las siguientes preguntas:

- ☞ ¿Qué es la enfermedad?
- ☞ ¿Cómo puede ser intervenida?
- ☞ ¿Qué necesita su hijo para curarse?
- ☞ ¿Quiénes pueden ayudar a superar la enfermedad?
- ☞ ¿Cómo pueden los padres de familia colaborar en la recuperación de sus hijos?

ELEMENTOS TEÓRICOS. “Según la definición clásica el síntoma corporal es un dato subjetivo, una sensación personal de algo que está sucediendo en el cuerpo y que está determinado por la lesión o patología que constituye el núcleo del

modelo biológico de enfermedad... En la medicina reducida a la enfermedad entendida como patología del cuerpo, el síntoma corporal solamente tiene una dimensión significativa o indicadora: la de una lesión o patología corporal. En cambio en la medicina científica y humanística tiene dos dimensiones: una es la que le confiere el saber médico, y que es la indicadora de la enfermedad propiamente dicha por medio de la cual el médico la diagnostica. La otra dimensión del síntoma la proporciona lo que para el paciente es dicho fenómeno, lo que es para él como vivencia... ”⁶³

Es necesario entonces para esta corriente, que el paciente deje de experimentar que “...para los demás mi cuerpo puede ser un simple objeto. Objeto fuerza de trabajo, objeto de placer, objeto decorativo, objeto de investigación científica o de manipulación médica.”⁶⁴

“Olazábal concibe la enfermedad como una alteración del funcionamiento del cuerpo, al igual, como un proceso multi-causal donde se integran los aspectos sociales, psicológicos y biológicos. La enfermedad puede representar para el niño el primer gran conflicto de su vida y es tarea de todos ayudarlo a ser consciente de su situación”.

La enfermedad concebida como una alteración física, social y emocional puede generar en el niño una crisis que posiblemente desencadene de forma negativa en el desarrollo de su personalidad, debido a la ansiedad, inhibición, agresividad y estrés que ésta genera. La enfermedad es considerada como cualquier estado donde haya un deterioro de la salud del organismo humano. Todas las enfermedades implican un debilitamiento del sistema natural de defensa del organismo o de aquellos que regulan el medio interno. Incluso cuando la causa se desconoce, casi siempre se puede explicar una enfermedad en términos de los procesos fisiológicos o mentales que se alteran.

⁶³ MARTINEZ CORTES, Fernando. Ciencia y Humanismo al servicio del enfermo. Segunda edición. Editorial el manual moderno. México D.F. 2003. pág. 36-37.

⁶⁴ Ibid. Pág. 39

El taller se puede evaluar con los mismos parámetros del anterior. Se realizan sugerencias.

ACTIVIDADES DIRIGIDAS A LOS NIÑOS

METODOLOGÍA: personalizada.

ESTRATEGIAS: sesiones pedagógicas individuales.

Objetivo general.

- Presentar alternativas pedagógicas que permitan la expresión y liberalización de los conflictos psicológicos a través de actividades creativas, al tiempo que con las producciones finales de dichas sesiones, se pueda generar en el personal de la salud una reflexión en torno a la manera como se relacionan con los niños hospitalizados.

Objetivos específicos.

- Orientar actividades en las que los niños puedan manifestar sus propias opiniones sobre su enfermedad, hospitalización y el entorno hospitalario.
- Desarrollar en los niños sus formas de expresión lecto-escritora y artística.
- Dar al niño hospitalizado un verdadero reconocimiento desde su lugar de sujeto, contribuyendo a disminuir las vivencias negativas, de ansiedad y angustia que el niño experimenta en su proceso de hospitalización.
- Acercar el aula hospitalaria a todos aquellos que conforman el entorno hospitalario de los niños: padres, familiares, médicos, enfermeras, auxiliares, etc.
- Dar un contenido formativo a los tiempos libres y de ocio en el hospital.

- Crear un ambiente de humanización en el hospital, basado en relaciones de confianza y seguridad.

Se propone la elaboración de un libro en el cual se consignen los trabajos y producciones de los niños realizadas a través de las sesiones pedagógicas. Éste deberá permanecer en el puesto de enfermería en un lugar visible con el fin de que el personal de la salud pueda acceder a él, observarlo, reflexionar respecto de las palabras que los niños dirijan para ellos.

INICIO: Se propone abrir cada sesión con la lectura de un cuento, una poesía o cualquier actividad lectora (que tenga relación con el tema a trabajar), bien sea de imágenes o de textos, acordes con la edad cronológica y cognitiva del niño.

Algunos textos recomendados:

- “Yo te curaré dijo el pequeño oso”, aún cuando este texto está dirigido a niños de 5 años en adelante, se puede realizar una lectura de imágenes con niños de tres años en adelante y trabajar de igual forma los temas propuestos. A través de este cuento se pueden tratar las temáticas de “La enfermedad, ¿Qué es y cómo me cuido?”, “La hospitalización”, “El Hospital, lo que me gusta y lo que no me gusta de él”, “Los médicos y las enfermeras, ¿Quiénes son y qué les quiero decir?”.
- “Las orejas de conejo”, dirigido a niños de cuatro años en adelante. Este texto es propicio para abordar las reacciones que tienen los niños frente a las situaciones desagradables que se les presentan en las relaciones personales que establecen durante la hospitalización.
- “Al mal tiempo buena cara”, dirigido a niños de cuatro años en adelante. Este cuento, se presenta como una alternativa para el trabajo de las

reacciones que presenta el niño en relación a los obstáculos que se encuentran en el entorno.

DESARROLLO: se plantea desarrollar las temáticas a través de conversatorios combinados con actividades gráfico plásticas como la pintura, el dibujo, los collages, el modelado con plastilina entre otros. Otorgando importancia a los comentarios de los niños, propiciando la expresión verbal en un ambiente de confianza y respeto.

CIERRE: este espacio es dedicado para la evaluación de la sesión que se realiza de manera verbal entre niño y maestra en formación. Se evalúan las actividades que se realizaron, la actitud que se tuvo frente a las actividades, el cambio que se presenta en el estado anímico (y si no se da un cambio, qué pudo influir en esto), qué sabíamos del tema trabajado, qué se aprendió en esta ocasión, cómo son gustaría que fuera el próximo encuentro.

Es necesario contar con alternativas de trabajo dirigidas a la población menor de tres años de edad, con las cuales se pueda brindar no sólo un acompañamiento sino también una estimulación adecuada a la edad del niño hospitalizado. Teniendo en cuenta que en esta institución se han realizado anteriormente trabajos de Estimulación Temprana y Adecuada, se propone hacer uso de los manuales y folletos que han quedado como resultado de los mismos. Este material podría ser usado tanto por el personal de salud a cargo de los niños, como por los familiares de los niños hospitalizados, con el fin de aprovechar el periodo de hospitalización no sólo en la recuperación física del pequeño, sino en un desarrollo integral.

Para el trabajo con la población menor a los tres años de edad, se sugiere realizar un recorrido por el cuerpo humano a través de rompecabezas, el modelado de plastilina, la lectura de cuentos y la entonación de canciones infantiles. Al tiempo

que se enseñan las partes del cuerpo humano, sus formas, tamaños, colores, texturas y funciones, se brinda al niño hospitalizado un rato de esparcimiento y acompañamiento.

INICIO: al comenzar cada sesión con los niños y luego del saludo y presentación de la maestra en formación (o quien esté en contacto con el paciente), se recomienda entonar una canción infantil alusiva al cuerpo y sus partes, por ejemplo, “mi carita redondita” y “cabeza, hombros, rodillas y pies”. Mientras se tararea la canción, se señalan las partes del cuerpo mencionadas, y de ser posible, se realizan masajes suaves en las manos y los pies del niño.

DESARROLLO: con un rompecabezas (2-5 piezas, de acuerdo con la edad del niño) se continua el conocimiento del cuerpo humano, comparando las imágenes con el cuerpo del niño y haciendo un reconocimiento de las diferencias. En la medida de lo posible, explicarle al niño los motivos de dichas discrepancias, si son causadas por una enfermedad o es justamente el motivo de hospitalización (en todo caso es necesario asesorarse del personal de enfermería y personal médico). Aún cuando el niño no pronuncie sus inquietudes, se recomienda responder sus posibles preguntas: qué le pasa, por qué está hospitalizado, cuánto tiempo estiman los médicos que se encontrará interno, cómo debe cuidarse, qué se está haciendo por su recuperación, entre otras.

CIERRE: este espacio estará siempre destinado a la evaluación de la sesión, realizada por el cuidador del niño (circunstancial, o permanente) y el niño. Es posible entonces que éste último elabore un dibujo del cuerpo humano tal como se percibe. El adulto a cargo por su parte, deberá tomar en cuenta los elementos relevantes que haya observado durante la sesión, como actividades de mayor agrado o disgusto, áreas de mayor o menor conocimiento por parte del niño, para tener presentes en sesiones posteriores.

PROPUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE SALUD

El trabajo con el personal de la salud en este espacio, se presenta como de difícil acceso, dadas las condiciones laborales que tiene esta población. Por lo tanto se propone para ellos y el personal en general, una cartelera permanente en la cual se publican periódicamente artículos, reflexiones, noticias o informes relacionados con los derechos del niño hospitalizado, las características de una buena relación médico-paciente o enfermera-paciente, la hospitalización infantil, e incluso se expongan los comentarios que realicen los niños hospitalizados en las sesiones pedagógicas con relación a los médicos y las enfermeras.

Aún así, el personal de salud al entrar en contacto con los niños hospitalizados, puede hacer un reconocimiento de los mismos como sujetos cuando son tenidos en cuenta a lo largo de cada una de las rutinas. Sin importar la edad del niño, háblele, cuéntele quién es usted y para qué está allí, qué procedimientos va a realizar y por qué, cuánto tiempo cree que se tomará en dicho procedimiento, cuánto tiempo se estima durará la hospitalización, quién lo acompañará y por qué, entre otras.

RECOMENDACIÓN A LAS MAESTRAS EN FORMACIÓN

Inicialmente sugiero realizar una revisión del material preexistente en el Hospital Universitario que ha sido elaborado por las maestras en formación y demás practicantes de la Institución, con el fin de evaluar la posibilidad de darle una continuidad a los trabajos de grado y propuestas pedagógicas iniciadas en periodos anteriores.

Ahora bien, independientemente de las líneas de trabajo y de la edad de los niños, reconocerlos como sujetos. Hablarles y escucharlos aún cuando no verbalicen claramente lo que sienten o lo que piensan, estar atentas al lenguaje corporal y las

diferentes expresiones de los niños, cantarles, contarles cuentos, susurrarles o darles un suave masaje en manos y pies, es una forma sutil de entrar en contacto y brindarle un acompañamiento a los lactantes y aquellos niños con necesidades especiales, con los cuales no es posible desarrollar una sesión pedagógica que requiera una participación más activa de los mismos.

11. BIBLIOGRAFÍA

ARISTIZÁBAL ZULUAGA, Omaira. Un lugar para la lectura del sujeto y del autismo en el marco institucional. Universidad de Antioquia. Medellín. 2002.

ÁVILA VALDES, Noemí. Educación Artística y Creatividad en el niño hospitalizado. En www.curarteonline

BELL, Judith. CÓMO HACER TU PRIMER TRABAJO DE INVESTIGACIÓN, Guía para investigadores en educación y ciencias sociales. 2002.

BLANDÓN LOAIZA, Liliana María. Educación de madres, entre la comprensión y la verdad. Tesis de maestría. U de A. 2002.

CANTILLO, Rubiela y otros. Pautas para aminorar las conductas agresivas de los niños en edad escolar. Tesis de grado, U de A. 1996.

CASTAÑEDA, Jeisson. Fundamentación teórico-práctica. Tesis de grado. U de A.

CASTILLO ARREDONDO, Santiago. Evaluación educativa y promoción escolar.

CUBERO, Rosario. Cómo trabajar con las ideas de los alumnos. Diada Editora. 1995.

CURCIO BARRERO, Carmen Lucía. La investigación cuantitativa, una perspectiva epistemológica y metodológica. Editorial Kinesis. 2002.

EL NIÑO. Revista del Instituto del Campo Freudiano. Paídos. Barcelona.

GALINDO CÁCERES, Jesús. Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación.

GALLO, Héctor. Usos y abusos del maltrato. Editorial Universidad de Antioquia.

GONZALEZ SIMANCAS, J.L. y POLAINO–LORENTE, A. Pedagogía Hospitalaria. Nancea. Madrid. 1990.

HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto, y otros. Metodología de la Investigación. Ediciones McGraw Hill. 1995.

HURTADO DE BARRER, Jacqueline. El proyecto de Investigación.

IBARBO MUÑETÓN, Beatriz Elena y otros. Modelo de acompañamiento lúdico pedagógico para el niño hospitalizado. Medellín. 2001.

La Atención Pedagógica Hospitalaria: como un campo de acción del educador especial. Tesis de grado. Universidad de Antioquia.

LISAZOAIN RUMEU, Olga. Educando al niño Enfermo. Perspectivas de la pedagogía Hospitalaria. Pamplona. 2000.

Manual de Psicopatología del niño. Ed. Masson, s.a. 1987.

MARSELLACH U, Gloria Agresividad Infantil. En www.ciudadfutura.com/psico/articulos/agresividad

MARTINEZ CORTES, Fernando. Ciencia y Humanismo al servicio del enfermo. Segunda edición. Editorial El Manual Moderno. México D.F. 2003.

MARTINEZ M, Miguel. La investigación cualitativa etnográfica en educación. Manual teórico práctico.

MEDINA GALLEGO, Carlos. Caja de Herramientas para transformar la escuela. Ed. Rodríguez. Quito. 1996.

MEJÍA, Jorge Antonio. Concepción Marxista de las Ciencias, Filosofía -Ciencias y Tecnología. Teoría – Módulo 1. Universidad de Antioquia.

M. GUILLÉN; A. MEJÍA. Actuaciones Educativas en Aulas Hospitalarias. Editorial Nancea. 2002.

Plan Estratégico. Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Medellín.

RODRIGUEZ GÓMEZ, Gregorio, y otros. Metodología de la Investigación Cualitativa. Ediciones Aljibe. Málaga. 1999.

SERRADAS FONSECA, Mariam. La pedagogía hospitalaria y el niño enfermo: Un aspecto más en la intervención socio-familiar. Universidad de Carabobo. Revista de pedagogía. 2002.

SIERRA A, Gloria Lucía; y otros. ¿Qué sabemos de los niños? Estructuración psíquica y problemática social. Editorial Corporación Ser Especial. Medellín. 2005.

TEJADA, José Julio. Seminario de grado: agresividad y psicoanálisis.

VARELA, Francisco. Las ciencias cognitivas y la experiencia humana.

VILLA M, María Eugenia. ¿Diarios de campo, Pedagógicos, Creativos?

YUNI, José. Guía para la elaboración de un proyecto de investigación educativa.

Enciclopedia Encarta, Microsoft corporación. 2003.

<http://enfermeria.udea.edu.co/revista/sep97/caracter.htm>

http://es.geocities.com/amirhali/R_M_P.htm

http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/Paginas/previva_portal/pdf/descripciondelprograma.

www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple8a.html

www.encolombia.com/lacrianza_pediatria34-1.htm

www.encolombia.com/pediatria34299_calidad28.htm

www.fepafem.org.ve/investigaciones/situacionninoshospitalizados

www.logoterapia.com.ar/trabajando.htm

www.mallorcaweb.net/arc98/psicologia/psicosocial.

www.mipediatra.com.mx/infantil/medico-paciente.htm

www.monografias.com/trabajos25/pedagogia-social/pedagogia-social.html

ANEXO 1

PAUTA DE ENTREVISTA

Dirigida a médicos y enfermeras.

Fecha y lugar de la entrevista.

Nombre. Profesión. Tiempo de labores en el Hospital.

Qué significan para usted los niños?

Qué significan para usted los niños hospitalizados?

De qué manera se acerca usted a los niños?, es decir, tiene algún protocolo o rutina establecida?

Qué es lo que más le gusta de trabajar con niños?

Qué situaciones lo desestabilizan en relación a los niños?

Qué aspectos cree usted que son importantes en la recuperación de un niño?

Qué piensa que se podría hacer para mejorar las condiciones de los niños hospitalizados?

Cómo ve usted a sus compañeros de trabajo, en la relación que establecen ellos con los niños?

Y cómo ve a las enfermeras en su relación con los niños hospitalizados.

Qué cree usted que piensan los niños de sus colegas, cómo los perciben?

Qué cree que piensan los niños de usted?

De qué manera caracterizaría usted a las familias de los niños hospitalizados?

Y de qué manera se relaciona usted con las familias de sus pacientes?

De qué manera da usted el diagnóstico de un niño?

Qué cosas piensa que hay por cambiar en el sistema de prestación de servicios en salud?

Cuáles cree usted que sean los derechos de los niños hospitalizados?

Qué capacitaciones ha recibido usted en relación a la atención al niño hospitalizado?

Cuando dos niños se encuentran más o menos en las mismas circunstancias, de qué depende que uno se mejore más rápido que otro.

En el tiempo que lleva ejerciendo la medicina o la enfermería, ha cambiado el trato suyo hacia los niños?

En qué situaciones observa que los niños son más o menos agresivos?

Qué hace usted para disminuir la agresión en los niños?

ANEXO 2

PAUTA DE ENTREVISTA

Dirigida a niños hospitalizados.

Fecha y lugar de la entrevista.

Nombre, edad y diagnóstico médico.

Cuántos días llevas en el hospital?

Cuántas veces has estado hospitalizado?

Cómo te sientes estando hospitalizado?

Qué hacen las enfermeras todos los días?

Cuando te tienen que hacer exámenes, ellas qué te dicen?

Y los médicos cuando te tienen que hacer algo (exámenes), qué te dicen?

Cuéntame qué haces en un día normal en el hospital.

Qué es lo que te ha parecido más maluco de estar en el hospital?

Y qué es lo mejor que te ha pasado acá?

Cuando tu ves un médico de acá, tu qué piensas de ese médico?

Tú que crees que te hace falta para mejorarte más rápido?

Tu te acuerdas qué hicieron los médicos y las enfermeras cuando llegaste el primer día?

Has escuchado hablar alguna vez de los derechos de los niños?

Como niño hospitalizado, a qué crees que tienes derecho?

En el tiempo que has estado acá, te ha dado rabia o te has enojado por algo o con alguien...

Si tu pudieras cambiar algunas cosas del hospital, qué cambiarías?

ANEXO 3

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El trabajo investigativo que tiene por título “Influencia de las Interacciones del personal del Hospital Universitario San Vicente de Paúl con niños de 4 a 13 años internados en la sala de Aislados”, tiene por objetivo principal reconocer las interacciones del niño hospitalizado, quienes lo rodean e intervienen con él para comprender así cómo éstas repercuten en el proceso de recuperación del mismo.

Para el desarrollo de este trabajo investigativo, es necesario recolectar la información y los datos mediante entrevistas que podrían ser grabadas previa autorización del entrevistado.

La información que se suministre en cada entrevista, será empleada sólo para los fines de este trabajo investigativo, y los nombres de los entrevistados serán mantenidos en reserva.

Comprendo los fines de la entrevista y estoy de acuerdo con las condiciones aquí presentadas, por lo tanto autorizo la grabación de la entrevista_____

Estoy de acuerdo con las condiciones aquí presentadas, sin embargo prefiero que la entrevista no sea grabada_____

ENTREVISTADORA:

ASTRID ELENA MAZO ZULUAGA

MAESTRA EN FORMACIÓN, UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA.

Marzo de 2006.

ANEXO 4

Medellín, mayo de 2006

Doctora,
Lucrecia Raquel Rojas
COORDINADORA
Aula Lúdico Pedagógica.
HUSVP
Medellín

Desde el mes de agosto de 2005 y hasta el mes de diciembre de 2006, estaré realizando en la sala de Aislados mi práctica profesional y proyecto de investigación, este último en la línea de Prevención Temprana de la Agresión. Para la realización del mismo, he recolectado y continuaré recolectando información a través de entrevistas gravadas, observación participante y sistemática, y talleres. Dicha información será usada únicamente para la realización del proyecto de grado que es el fin último. No sobra señalar que se protegerá la identidad de las personas que han colaborado y/o colaboren en este ejercicio investigativo, sean ellas niños o adultos.

De ser necesaria cualquier aclaración o información, puede dirigirse al correo electrónico astridmXXXX@Xmail.com o al número telefónico XXXXXXXX.

Muchas gracias por su atención y colaboración.

Cordialmente,
Astrid Elena Mazo Zuluaga
Cc 43,xxx.xxx de Medellín.

ANEXO 5
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE EDUCACIÓN
LICENCIATURA EN PEDAGOGÍA INFANTIL
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAÚL
AULA-LÚDICO PEDAGÓGICA HOSPITAL INFANTIL
FORMATO DE PLANEACIÓN

SALA: AISLADOS

FECHA: _____

MAESTRA EN FORMACIÓN ENCARGADA: ASTRID ELENA MAZO ZULUAGA

OBJETIVO	ACTIVIDAD	MATERIALES

ANEXO 6

CUADRO CARACTERIZACIÓN NIÑO-FAMILIA

SALA _____

FECHA _____

MAESTRA EN FORMACIÓN RESPONSABLE _____

#	DATOS DEL NIÑO O NIÑA										DATOS DEL ACUDIENTE		
	Nombre	E	dx	Seguridad social	No. de ingresos	Día ingreso	Lugar vivienda	Estrato	Escolaridad	Institución	Nombre	Parentezco	Escolaridad
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													

ANEXO 7

GUÍA DE OBSERVACIÓN SISTEMÁTICA No		
OBJETIVO	FECHA	
	LUGAR	
	MÉDICO- ENFERMERA	NIÑO/A HOSPITALIZADO
SALUDO		
ACERCAMIENTO O PROTOCOLO		
REACCIONES AGRADO/DESAGRADO		
INTERACCIÓN		
ESCUCHA		
INDIFERENCIA		
CONCEPCIÓN DE ENFERMEDAD		

ANEXO 8

CUADRO DE CÓDIGOS (análisis inicial)

Las categorías iniciales y emergentes de los datos son:

SUBCATEGORÍAS	CÓDIGOS	CATEGORÍAS
Concepción de niño.	coñ.....	1
Niño hospitalizado.	ñhz	
El niño como objeto de estudio.	ñob	
Agresión en el niño.	agñ	
Sometimiento.	Som.....	2
Derechos de los niños.	deñ	
Relación médico-niño.	rmñ.....	3
Compromiso con la labor	cml	
Las familias	flia.....	4
El sistema	sist.....	5

ANEXO 9

CUADRO DE CÓDIGOS

RELACIÓN PERSONAL DE LA SALUD-NIÑO HOSPITALIZADO

Sala de Aislados HUSVP. Mayo de 2006.

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	CÓDIGO
Características de la relación (deductiva)	<ul style="list-style-type: none"> • Médico - niño • Enfermera –niño • Niño-médico • Niño- enfermera 	<ul style="list-style-type: none"> • Carmeñ • Careññ • Carñime • Carñen
Ambiente hospitalario (deductiva)	<ul style="list-style-type: none"> • Personal de salud • Familia • Niño 	<ul style="list-style-type: none"> • Ampersa • Amflia • Amñi
Concepción de niño (deductiva)	<ul style="list-style-type: none"> • Individuo • Persona • Sujeto 	<ul style="list-style-type: none"> • Coñindi • Coñper • Coñsuj
Significado de la relación para el niño hospitalizado Desde la percepción de:	<ul style="list-style-type: none"> • Médico • Enfermera • Familia • Niño • Maestra en formación 	<ul style="list-style-type: none"> • Sirepme • Sirepen • Sirepflia • Sirepñi • sirepma

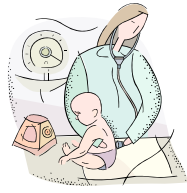
**LOS NIÑOS
HOSPITALIZADOS
TIENEN DERECHO A
DISFRUTAR DE
ÁREAS DE JUEGO Y
ESTUDIO.**



TOMADO DE LA CARTA EUROPEA DE LOS DERECHOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO.
ASTRID ELENA MAZO. MAESTRA EN FORMACIÓN U. DE A.



**LOS NIÑOS
HOSPITALIZADOS
TIENEN DERECHO A
ESTAR EN
COMPAÑÍA DE SUS
PADRES O
ACUDIENTES.**



**LOS NIÑOS
HOSPITALIZADOS Y
SUS FAMILIAS,
TIENEN DERECHO A
ESTAR
INFORMADOS EN LO
QUE REFIERE A SU
ENFERMEDAD Y**

**TRATAMIENTO. LAS
EXPLICACIONES
DEBEN SER DADAS
DE ACUERDO CON
SU EDAD Y NIVEL
COGNITIVO.**

TOMADO DE LA CARTA EUROPEA DE LOS DERECHOS DEL NIÑO
HOSPITALIZADO.

ASTRID ELENA MAZO ZULUAGA, M.E.F. U DE A.
26 DE ABRIL, 2006.

ANEXO 11



LOS NIÑOS NECESITAN SER ESCUCHADOS

En algunas investigaciones se ha encontrado que el escuchar de una manera atenta, respetuosa e interesada a los pacientes hospitalizados, contribuye en la curación y/o recuperación de los mismos. Hablarles con respeto y cariño disminuye el dolor y la angustia, pues se ha demostrado que esta actitud favorece la producción de los opiáceos endógenos, que finalmente provocan analgesias. Esta es una visión que corresponde a la medicina científica-humanista, en la cual se tiene en cuenta no sólo la enfermedad propiamente dicha, sino también el significado que para el paciente tiene su dolencia. Valdría entonces la pena, escuchar un poco más lo que los niños tienen para decirnos, cómo se sienten en su proceso de hospitalización, qué les genera temor, angustia, alegría y satisfacción.

Para mayores informes, contactarse con
Astrid Elena Mazo Zuluaga, Maestra en
formación U. de A.

astridmazoz@gmail.com
astridmazoz@hotmail.com

EL NIÑO Y LA HOSPITALIZACIÓN



**HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN
VICENTE DE PAUL- UNIVERSIDAD DE
ANTIOQUIA
MEDELLÍN
2006**

EL NIÑO Y LA HOSPITALIZACIÓN

En los últimos años, se ha encontrado que el personal de la salud tiende a alejarse cada día más de sus pacientes, a quienes se les reconoce como clientes. Los cambios en los modelos de prestación de servicios han llevado a que se entienda el servicio de salud como un contrato de trabajo, donde se puede perder sensibilidad ante el encuentro humano.

Los niños no son ajenos a esta realidad y en muchas oportunidades sólo se espera de ellos que se dejen tratar, desconociendo que el niño es un sujeto que atraviesa por una situación estresante en su vida como lo es la hospitalización.

Si bien para el niño el paso por el hospital puede resultar difícil, existen pautas de fácil seguimiento para el personal de la salud, que deben ser tenidas en cuenta en la interacción con el niño y que redundan en beneficios para la población infantil. Estas pautas además, hacen parte de los derechos del niño

hospitalizado a los que se acoge la Asociación Mundial de Médicos, de la cual Colombia es miembro. Algunas de las pautas son:

- Refiérase a los niños por su nombre.
- Respete su intimidad y protéjalos de la mirada de otras personas durante los procedimientos de enfermería y medicina, incluyendo el aseo diario.
- Prepárelos antes de cualquier procedimiento médico, quirúrgico y odontológico.
- Mantenga informado al niño y su familia en todo lo relacionado a su enfermedad y tratamiento.
- Proporcionele al niño material para la recreación, el juego y el estudio.



LAS ETAPAS DEL NIÑO EN LA HOSPITALIZACIÓN

Grits, describe cuatro etapas por las cuales pasa el niño hospitalizado:

- Protesta.
- Desesperación.

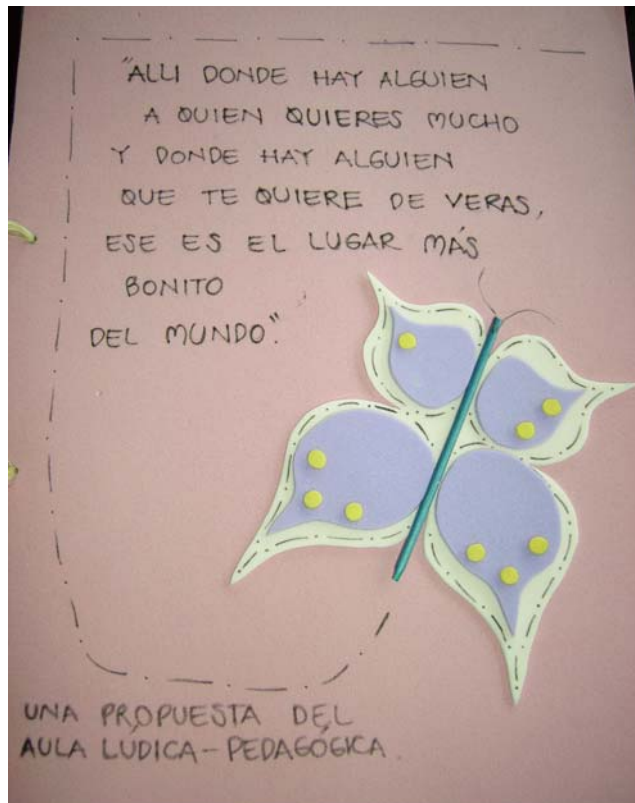
En estas dos etapas, el niño se encuentra deprimido, con temor a las personas, a los ambientes extraños, temor a perder la aprobación y el afecto, temor al dolor y a la muerte.

- Negación.
- Habitación.

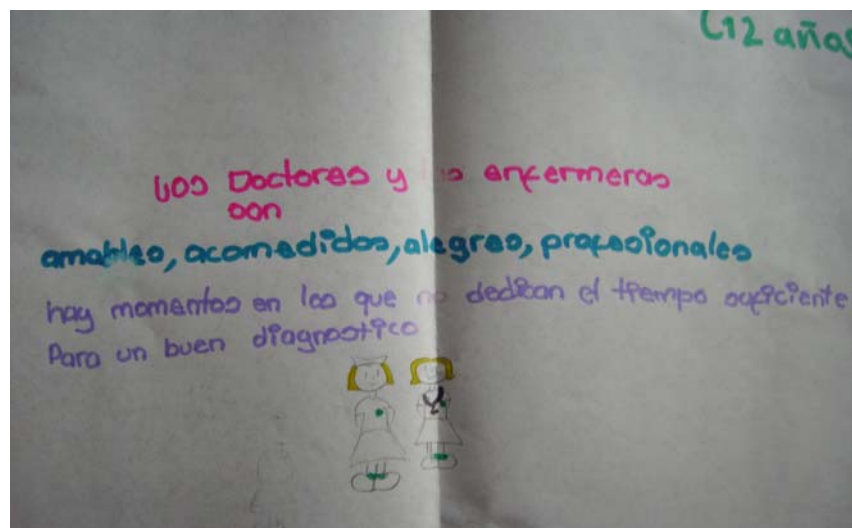
Se habla de adaptación o habitación, en cuanto el niño crea mecanismos de defensa ante lo que le sucede.

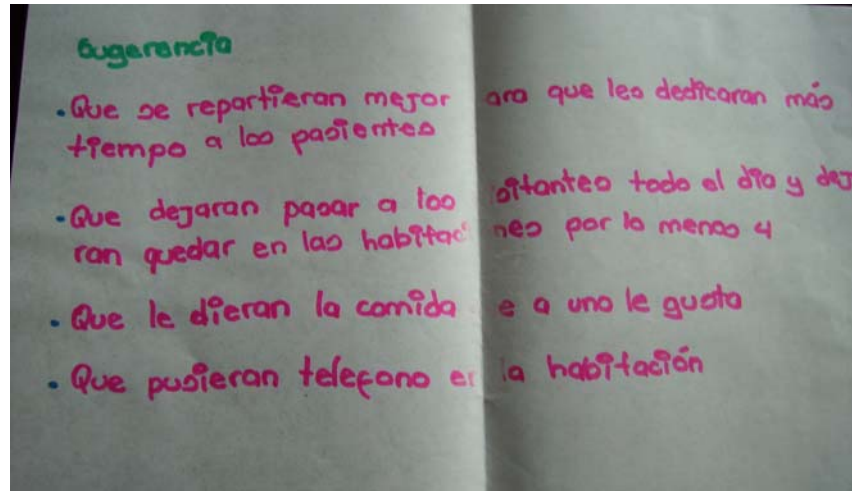


ANEXO 12 REGISTROS FOTOGRÁFICOS
EL LIBRO DE PRODUCCIONES DE LOS NIÑOS

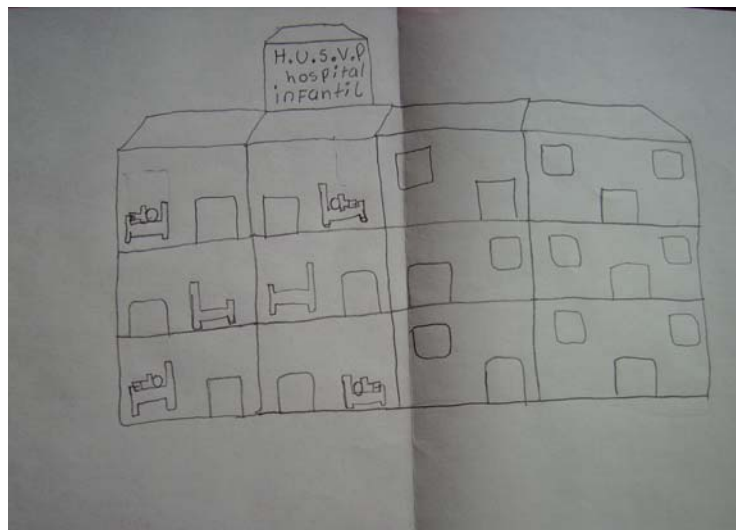


PRODUCCIONES DE LOS NIÑOS





“EL HOSPITAL”





“LO QUE ME GUSTA Y LO QUE NO
ME GUSTA DEL HOSPITAL”

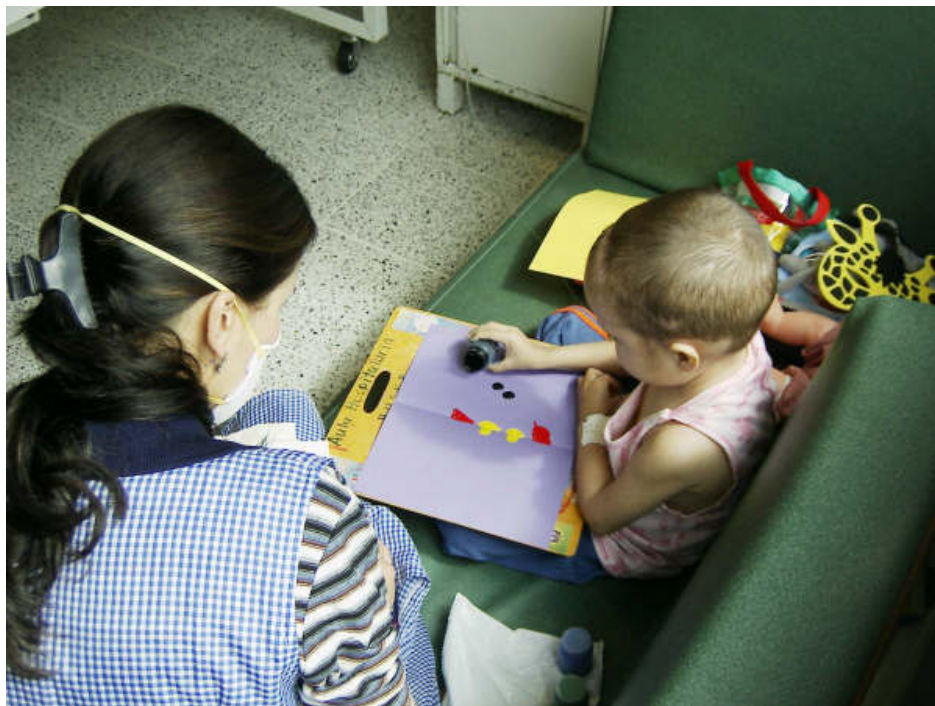
Las cosas que me molestan del hospital
son:

La comida porque no le echan azúcar ni sal a las
comidas

Las cosas que me gusta del hospital son:

Jugar con los niños
hablar con las enfermeras
hablar con las personas de la calle
jugar play

SESIÓN PEDAGÓGICA EN AISLADOS



CELEBRACIÓN DÍA DEL NIÑO



