



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

“Nivel de aceptación de la visita permanente al niño hospitalizado y factores que intervienen según el personal de enfermería del Hospital II de Vitarte - EsSalud, 2005”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Pediátrica

AUTOR

Nerida SUASNABAR LÓPEZ

Lima, Perú

2006



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Suasnabar, N. Nivel de aceptación de la visita permanente al niño hospitalizado y factores que intervienen según el personal de enfermería del Hospital II de Vitarte - EsSalud, 2005 [Trabajo de investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2006.

**“NIVEL DE ACEPTACIÓN DE LA VISITA PERMANENTE AL
NIÑO HOSPITALIZADO Y FACTORES QUE INTERVIENEN
SEGÚN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL II
DE VITARTE - ESSALUD, 2005”**

Mi agradecimiento a la Unidad de Post Grado de la UNMSM, Programa de Segunda Especialización en Enfermería – Enfermería Pediátrica; por su apoyo y la oportunidad que nos brinda de poder contribuir a la investigación en nuestra profesión.

Al Director, Jefatura de Enfermería y personal de Enfermería del servicio de Pediatría, del Hospital II de Vitarte ESSALUD, por su apoyo en la ejecución del presente estudio.

A Dios y a mis padres por sus oraciones y su apoyo incondicional para seguir adelante.

INDICE

	Página
INDICE DE CUADROS	viii
INDICE DE GRAFICOS	ix
RESUMEN	x
SUMMARY	xi
INTRODUCCION	1

CAPITULO I: EL PROBLEMA

A. Planteamiento, Delimitación y Origen del Problema.....	4
B. Formulación del Problema.....	6
C. Justificación e importancia.....	7
D. Objetivos.....	7
E. Propósito.....	8
F. Marco Teórico.....	9
F.1. Antecedentes.....	9
F.2. Base Teórica.....	12
G. Variable.....	26
H. Definición Operacional de Términos.....	26

CAPITULO II: MATERIAL Y MÉTODOS

A. Tipo y Nivel de Investigación.....	28
B. Descripción del Área de Estudio.....	28
C. Población.....	29
D. Técnicas e instrumentos de Recolección de Datos.....	30

E. Plan de Recolección, Procesamiento y Presentación de datos..... 30

F. Plan de Análisis e Interpretación de Datos..... 30

G. Consideraciones Éticas de la Investigación..... 31

CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSION..... 32

CAPITULO IV: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y

RECOMENDACIONES

A. Conclusiones..... 38

B. Limitaciones..... 39

C. Recomendaciones..... 40

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

INDICE DE CUADROS

Página

CUADRO N° 1:

Nivel de aceptación de la visita permanente al niño hospitalizado según el personal de enfermería del Hospital II Vitarte Essalud, 2005..... 33

CUADRO N° 2:

Factores positivos de la visita permanente al niño hospitalizado según el personal de enfermería del Hospital II Vitarte Essalud, 2005..... 34

CUADRO N° 3:

Factores negativos de la visita permanente al niño hospitalizado según el personal de enfermería del Hospital II Vitarte Essalud, 2005..... 35

INDICE DE GRÁFICOS

	Página
GRAFICO N° 1:	
Nivel de aceptación de las enfermeras a la visita permanente del niño hospitalizado del Hospital II De Vitarte Essalud, 2005.....	36
GRAFICO N° 2:	
Nivel de aceptación de las técnicas en enfermería a la visita permanente del niño hospitalizado del Hospital II De Vitarte Essalud, 2005.....	37

RESUMEN

El estudio “**Nivel de aceptación de la visita permanente al niño hospitalizado y factores que intervienen según el personal de enfermería del Hospital II Vitarte – ESSALUD**” es de tipo cuantitativo, aplicativo con método transversal, descriptivo exploratorio. La población estudio fue todo el personal de enfermería del servicio de Pediatría. Las interrogantes planteadas fueron: ¿cuál es el nivel de aceptación de la visita permanente al niño hospitalizado y los factores que intervienen según el personal de enfermería? Los objetivos: conocer e identificar el nivel de aceptación de la visita permanente al niño hospitalizado y los factores positivos y negativos, asimismo determinar si existe diferencias significativas entre el nivel de aceptación del profesional y el técnico en enfermería; para este estudio se utilizó el cuestionario. Las conclusiones fueron: *el personal de enfermería tiene un nivel de aceptación alto a la visita permanente; los factores positivos* son: disminuye el temor y ansiedad del niño hospitalizado, alimentación e higiene del niño colocándolo en mejor condición, educación en salud a los familiares, la información médica más detallada sobre la evolución del niño al familiar, facilita el trabajo con niños más delicados; *los factores negativos* son: Incumplimiento de normas de la institución por el visitante permanente, entorpece la canalización de vía periférica del niño, alimentación inadecuada del niño por algunos visitantes, problemas con el personal de salud, hacinamiento; finalmente, *no existe diferencias significativas entre el nivel de aceptación* del personal profesional y técnico en enfermería a la visita permanente del niño hospitalizado.

SUMMARY

The study “**Level of acceptance of the permanent visit to the hospitalized children and factors that take part according to the personnel of infirmary of the Hospital II Vitarte - ESSALUD**” is of quantitative type, with exploratory, traverse and descriptive method. The population was all professional and technical personnel from infirmary. The raised questions were: which is the level of acceptance of the permanent visit and which are the factors according to the infirmary personnel? The objectives: know and to identify the level of acceptance of the permanent visit and factors that take part, also to determine significant differences between the level of acceptance of professional and technician of infirmary; in this study was used the questionnaire. The conclusions were: **the infirmary personnel has a high level of acceptance** to the permanent visit; the **positive factors** are: Diminishes the fear and anxiety of the hospitalized children, feeding and hygiene of the children placing it in better condition, education in health to the relatives, the medical information more detailed about evolution of the children to the relative, facilitates the work with other delicate children; the **negative factors** are: Breach norms of the institution by the permanent visitor, obstructs the canalization of the peripheral route of the children, inadequate feeding of the children by some visitors, problems with the health personnel, accumulation; finally, it **does not exist significant differences** between the level of acceptance of the professional and the technical personnel from infirmary to the permanent visit of the hospitalized children.

INTRODUCCIÓN

La hospitalización de un niño por cualquier motivo constituye una situación traumática para el niño y su familia. Los niños hospitalizados requieren más cariño y cuidados de los padres o familiares cercanos, debido a que experimentan ciertos estados anímicos como angustia, ansiedad y miedo al haber sido colocados en un ambiente extraño al ambiente familiar. Los hospitales generalmente no son los mejores ambientes para un niño enfermo, sobre todo en países como el nuestro donde las instituciones sobreviven con grandes dificultades y carencias.

La presencia de los padres y/o familiares en las áreas de hospitalización pediátrica, mejora notablemente la recuperación de la salud infantil, así también los aspectos psicológicos, nutricionales, sociales y físicos se observan ostensiblemente beneficiados impactando no sólo en la eficaz recuperación integral del niño, sino en la disminución de los días de estancia y los costos hospitalarios. Este último aspecto es de enorme importancia para los planificadores, cuyos parámetros de evaluación hospitalaria se centran en días de estancia, rotación de camas y costos-paciente-día-mes.

En el Servicio de Pediatría del hospital II de Vitarte ESSALUD, se da la “Visita permanente” al niño hospitalizado, nombre con el que se conoce al hecho de que los padres pueden acompañar permanentemente a sus hijos durante todo el periodo de su hospitalización, cumpliendo con normas previamente establecidas por la institución. Sin embargo a pesar del tiempo transcurrido no se cuenta con estudios que nos permitan conocer el nivel de aceptación del personal de enfermería a la visita permanente, así como los factores que pueden estar interviniendo en ese nivel de aceptación, es por ello que se creyó conveniente realizar un estudio de investigación sobre: “NIVEL DE ACEPTACION DE LA VISITA PERMANENTE AL NIÑO HOSPITALIZADO Y FACTORES QUE INTERVIENEN SEGÚN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL II DE VITARTE - ESSALUD, 2005”

Siendo el objetivo general conocer el nivel de aceptación de la visita permanente al niño hospitalizado y los factores que intervienen según el personal de enfermería del Servicio de Pediatría del Hospital II de Vitarte ESSALUD. Agosto- Octubre, 2005.

El conocimiento del nivel de aceptación así como de los factores positivos y negativos que intervienen en la aceptación proporcionará a la enfermera los elementos necesarios para mejorar u optimizar la visita permanente.

El presente trabajo se divide en cuatro capítulos. El Capítulo I describe el planteamiento del problema, formulación del problema, justificación, objetivos, propósito,

marco teórico, definición operacional de términos, operacionalización de variable. El Capítulo II presenta el tipo, nivel y método, área de estudio, población, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimiento de recolección, procesamiento y análisis de datos. El Capítulo III se refiere a la presentación, análisis e interpretación de datos y el Capítulo IV presenta las conclusiones, recomendaciones y limitaciones. Finalmente se exponen las referencias bibliográficas, la bibliografía y los anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

A. *PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA*

La mejor atención de los niños hospitalizados ha generado una problemática mundial y estudios frecuentes que han sido plasmados en innumerables propuestas en las metodologías de trabajo e incluso propuestas legales que han influido en el desarrollo de este campo y grupo de atención asistencial.

Es de conocimiento general que los niños hospitalizados experimentan cambios significativos debido a que han sido extraídos de su ambiente natural para ser sumergidos a un ambiente extraño, nuevo y en la mayoría de los casos hostil; ello en consideración de que un niño necesita un mayor grado de atención, cariño y estímulo por su propia naturaleza humana de dependencia casi absoluta de sus padres.

El cambio de ambiente, frecuentemente genera en el niño una situación de estrés emocional, ansiedad, desasosiego,

preocupación o miedo vago de origen desconocido; las cuales le provocan reacciones defensivas innatas que se presentarán en el lapso de tiempo de su hospitalización e incluso luego de su puesta en alta.

La presencia frecuente del personal de salud otorgará confianza al niño y en sus familiares provocará una situación de tranquilidad y confianza; desvanecer lo más que se pueda ese ambiente agresivo que rodea al niño y evitarle menos alteraciones psicológicas en el futuro es una meta a alcanzar.

Es importante que el niño no sienta una diferencia radical o demasiado notoria del espacio cotidiano y familiar al que está acostumbrado, ello facilitará en gran manera su recuperación.

Esta preocupación creciente de los naciones sobre el tratamiento de los niños, ha conllevado que se firmen acuerdos internacionales entre la más resaltante, podemos mencionar a la Convención sobre los Derechos de Niño, de la cual nuestro país es partícipe y que en su artículo 25 se refiere específicamente a los niños hospitalizados; es menester mencionar además que, para la dación de este artículo se considero un estudio realizado a nivel mundial sobre las sugerencias de padres y niños, entre las que se considera como prioridad un mayor número de enfermeras (6.1%), y un sistema de llamado a las enfermeras desde la habitación (1.5%). Estos porcentajes nos dan a conocer, que la relación paciente – padres - niños hospitalizados es primordial para la seguridad, confianza y mejor nivel de vida de sus beneficiarios.

A nivel local, el Hospital II Vitarte ESSALUD, cuenta con 11 camas para el Servicio de Hospitalización Pediátrica, siendo la frecuencia de hospitalización de 50 a 60 niños mensualmente, comprendidos entre las edades de 1 mes a 14 años, y hospitalizados generalmente por infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas, infecciones urinarias, celulitis, pancreatitis, etc. y cuenta con el beneficio de “visita permanente” de padres y/o familiares. A pesar de no existir estudios como este en cuanto al nivel de aceptación del personal a la visita permanente al niño hospitalizado, un nivel de baja aceptación o rechazo en algunos casos, se evidencia a través de comentarios del personal y cierto malestar a aceptar que el padre o familiar permanezca durante la atención del niño, por otro lado no se tiene claro los beneficios que ello puede tener en el niño, es por eso que en el presente estudio se pretende estudiar, analizar y determinar el nivel de aceptación de los profesionales de enfermería y técnicos de enfermería a la “visita permanente” del niño hospitalizado y los factores que intervienen en este nivel de aceptación.

En concordancia con lo planteado, cabe formularse la siguiente interrogante:

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo expuesto se ha creído conveniente realizar un estudio sobre: *¿Cuál es el nivel de aceptación de la Visita permanente al niño hospitalizado y factores que intervienen según el personal de enfermería del servicio de Pediatría del Hospital II de Vitarte ESSALUD, Agosto- Octubre 2005?*

C. JUSTIFICACIÓN

Buscando una definición de salud que vaya más allá del manejo de la patología física, se han considerado en esta categoría, aspectos que tomen en cuenta un universo articulado de intereses, necesidades y responsabilidades de niños, padres y personal de salud. En este sentido, resulta necesario señalar tanto las diferentes acciones, programas y medidas que se dan o se proponen desde una visión de salud integral y preventiva del manejo de la hospitalización; como aquellas que propician aspectos relativos al bienestar y desarrollo de todos los implicados en el ámbito hospitalario.

Por ende es necesario realizar investigaciones locales como esta, en la que se evalúe los factores que determinan el nivel de aceptación del personal de enfermería a la visita permanente de los niños hospitalizados, así como conocer los aspectos positivos y negativos que argumente su aceptación o rechazo nos ayudará a tener una actual perspectiva de la relación niño – familia- personal de enfermería, el cual tendrá influencia en la recuperación del niño.

D. OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL:

Conocer el nivel de aceptación de la Visita Permanente al niño hospitalizado y los factores que intervienen según el personal de enfermería del Servicio de Pediatría del Hospital II de Vitarte ESSALUD, Agosto – Octubre 2005.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar el nivel de aceptación de la Visita permanente al niño hospitalizado según el personal Profesional y Técnico en Enfermería.
- Identificar los factores positivos y negativos que intervienen en el nivel de aceptación de la visita permanente al niño hospitalizado según el personal Profesional y Técnico en Enfermería.
- Averiguar si existen diferencias significativas en el nivel de aceptación de la visita permanente al niño hospitalizado entre el personal Profesional y Técnico en Enfermería.

E. PROPÓSITO:

El estudio de investigación esta orientado a brindar información fidedigna respecto a los factores que determinan el nivel de aceptación del personal de enfermería a la visita permanente del niño hospitalizado, a fin de que la enfermera implemente programas dirigidos a aprovechar las oportunidades de contar con la familia del niño hospitalizado para mejorar el cuidado y seguimiento del niño en casa, evitando “recaídas”, reingresos, complicaciones y abandono de tratamiento, de modo tal que contribuya a la disminución de la morbi mortalidad infantil.

F. MARCO TEÓRICO

F.1. ANTECEDENTES

1. INTERNACIONALES

Los Drs. Carlos Chúa y Rodolfo Pozuelos realizaron un estudio sobre “**Visita permanente en la atención del niño hospitalizado**” en el hospital general San Juan de Dios, Guatemala, teniendo como sujetos de estudio al universo de padres o responsables de los pacientes hospitalizados en los distintos servicios del Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios; se excluyó la sala de Cuidados intensivos y el Universo de profesionales de la salud (médicos, enfermeras, estudiantes) responsables de los servicios mencionados. Las principales conclusiones a la que arribaron fueron: La visita permanente contribuye tanto en el tratamiento como en la recuperación del niño, la mitad de los padres de familia contemplados en el estudio, refieren que durante su estancia hospitalaria, no cuentan con los servicios básicos de alimentación, lugar adecuado para dormir ni para higiene personal: el Programa de Visita Permanente tiene varias ventajas para beneficio de la población en general a pesar que no se cumple a cabalidad por desconocimiento del programa normativo.

Un estudio realizado por Ana Cecilia Ortiz Z y sus colaboradores sobre **Participación del acompañante en el cuidado del paciente hospitalizado. MEDELLÍN 1999 – 2000**. Es un estudio descriptivo transversal para identificar las oportunidades de participación en el cuidado del niño, que el equipo de enfermería propicia a los acompañantes del paciente hospitalizado. Nace como respuesta a los

continuos interrogantes desde la práctica académica y por vivencias personales con familiares hospitalizados. Se realizó una entrevista estructurada a 265 acompañantes de instituciones de salud del segundo nivel de complejidad, en las cuales se indagó por aspectos socio-demográficos de los usuarios y acompañantes, las acciones de cuidado que ejecuta el acompañante y cuáles son indicados, explicados y apoyados por el equipo de enfermería. La educación que éste proporciona al acompañante es otro asunto que se cuestionó en la muestra. De los usuarios con acompañante el 54% son de sexo femenino, los de mayor tiempo de compañía están en el grupo etáreo de 64 a 77 años y se caracterizan por un nivel bajo de escolaridad. Como primera causa de morbilidad están los problemas gastrointestinales; seguido de los problemas cardiovasculares. Las personas que más acompañan son los hijos de sexo femenino, con promedio de edad de 45 años. Los cuidados que más realizan los acompañantes son los relacionados con la subsistencia, como el baño y la alimentación; acciones como la lectura, el juego y la música son realizados sólo en el 10 % de los casos, en contraste con la conversación que es una de las acciones que más se realizan. La interacción del equipo de enfermería con el acompañante es mínima para casi todos los cuidados explorados en el estudio; se presentó una mayor interacción en la indicación, explicación y apoyo del baño. La auxiliar de enfermería es quien más interactúa con el acompañante en estas categorías; sobresale la poca interacción del profesional en enfermería. La educación, es impartida por el profesional de enfermería en mayor proporción; sin embargo, sólo se brinda al 11% del total de usuarios hospitalizados. Solo si se penetra en el misterio del cuidado y se aborda profundamente el carácter humano y cultural de éste podemos trascender la relación con el usuario en términos

de confianza, respeto y pertinencia con su familia y con el entorno social.

2. NACIONALES

Un estudio realizado por Martha Alejos Cerdan; Luz Marina Aráoz Chávez; Ana Maria Castañeda Chang, sobre **“ANSIEDAD ESTADO-RASGO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DURANTE LA HOSPITALIZACION”** que trabajo con una población que estuvo representada por el conjunto total de niños hospitalizados en el Instituto de Salud del Niño entre 6 y 18 años, internados en los servicios: Cardiología, Gastroenterología, Traumatología y Dermatología, evaluando a una muestra de 42 niños. Se planteo la interrogante *SI HAY DIFERENCIAS ENTRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD RASGO - ESTADO EXPERIMENTADOS POR LOS NIÑOS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DEL INSTITUTO DE SALUD DEL NIÑO*, este trabajo tuvo como objetivo identificar si existen diferencias entre el nivel de Ansiedad Estado/Rasgo experimentado por los niños durante la hospitalización en el Instituto de Salud de Niño durante un periodo de 15 días, con la ayuda de cuestionarios y ficha de inscripción, llegando a la conclusión que: El encontrar que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo experimentados por los niños hospitalizados, nos lleva a considerar que el estado de hospitalización a medida que avanza el tiempo se va configurando en un estado que no exige un proceso mayor de adaptabilidad al sentido en un primer inicio, siendo los afrontes distintos es necesario mencionar que la presencia de las figuras parentales es justamente uno de los

condicionantes para que el estrés no se evidencie tan dramáticamente.

F.2. BASE TEÓRICA

GENERALIDADES SOBRE HOSPITALIZACION PEDIATRICA

Al principio los hospitales fueron creados como asilos para indigentes, hombres y mujeres sin techo ni comida, y enfermos terminales, quienes eran de alguna manera aislados para evitar su presencia y el contagio con los demás miembros de la sociedad. Dichos lugares no contaban con los servicios básicos, por lo que las personas que los habitaban se encontraban en condiciones deplorables, aunque menos que sus condiciones originales. Esta función recayó en manos principalmente de religiosos, para quienes “hospital”, de alguna manera significaba “hospedaje” (Foucault M.).

No fue sino hasta el siglo XVIII, alrededor de 1760, a inicios del modelo médico actual que se creó el hospital como institución terapéutica. Se establece que el hospital puede y debe ser un instrumento destinado a curar a los enfermos y en su atención empiezan a participar profesionales de la salud.

En la actualidad los hospitales se han visto en la necesidad de implementar programas que involucren no sólo al personal médico y paramédico, sino a la familia é incluso a miembros voluntarios de la comunidad, quienes en su conjunto se dan a la tarea de proporcionar servicios de

salud integrales para los pacientes. Esta situación es más notoria en los hospitales de niños ya que la separación brusca de los padres o cuidadores, provoca efectos negativos en la recuperación de la salud de los pequeños, aumentando los días de estancia, los costos y riesgos.

La relación entre madre é hijo es una relación activa, afectiva y recíproca que se refuerza y se torna vigorosa en su interacción. Cuando esta relación se trunca, por cualquier motivo y a cualquier edad, provoca efectos negativos en el desarrollo físico, emocional e intelectual de ambos, principalmente por la fragilidad de los niños.

En el caso de hospitalización de un niño por largos períodos, se observan fenómenos como depresión, desinterés por aprender, lentitud del crecimiento físico y desórdenes psiquiátricos que van de leves a severos. Los niños hospitalizados por lo general demuestran un descenso en su capacidad de respuesta emocional hasta que regresan a casa. En los hospitales los profesionales de la salud son todos extraños, no sustituyen a la madre o la familia y los importantes vínculos de la afectividad y socialización se reducen, alterando no sólo la recuperación física, sino la salud integral del infante.

Aún la hospitalización de poco tiempo puede perjudicar a los niños. Varios investigadores han encontrado que niños preescolares hospitalizados pasan por estadios bien definidos a lo que denominan “ansiedad de separación”. En la primera etapa (de protesta) los niños tratan activamente de recuperar a sus madres llorando, sacudiendo las cunas, oponiéndose a comer e ingerir medicamentos. En la segunda etapa (de desesperación) disminuyen los movimientos activos, gritan de forma monótona e

intermitente y se vuelven apartados é inactivos. Debido a su quietud, confunde que hayan aceptado su estancia de forma positiva. En la tercera etapa (de separación) los niños aceptan el cuidado de varias personas y están más dispuestos a comer, sonreír, colaborar, jugar y ser más sociables. Incluso pueden, ante la visita de padres o familiares, mostrar desinterés por los mismos.

Cuando se requiere hospitalizar a un niño, tener en cuenta ciertos pasos puede reducir la ansiedad de separación. La política de muchos hospitales, de permitir a uno de los padres que permanezca con el niño, aun durmiendo con él (ella) durante la noche, contribuye a disminuir el temor del niño hacia el lugar, hacia el personal y ante procedimientos que le son extraños. La visita diaria de otros miembros de la familia, haciendo que sólo las mismas personas cuiden al niño en el hospital, así como la conservación de las rutinas en la forma más conocida por el niño, contribuye a evitar la extrañeza ante la nueva situación.

MANIFESTACION DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

Niños y adolescentes experimentan ansiedad en sus vidas al igual que los adultos. Las situaciones de ansiedad tales como el inicio del colegio, mudanzas o la pérdida de algún familiar puede propiciar la aparición de reacciones de ansiedad o de un desorden de ansiedad.

Las respuestas de ansiedad están integradas a modo de reacciones defensivas innatas en el repertorio de conductas de los niños y, en general de todas las personas. Como

mecanismo de vigilancia del organismo sirven para alertar al niño de posibles peligros y por ello desempeñan un papel protector en la preservación del individuo y de la especie. Desde esta perspectiva, la existencia de respuestas de ansiedad es más signo de salud que una señal de enfermedad.

Echeburúa, E. (1993), define la ansiedad como una emoción que surge cuando la persona se siente en peligro, sea real o no la amenaza.

Por otro lado Giglio, C. refiere que la ansiedad es una emoción negativa, una perturbación provocada por las presiones de la vida diaria. Es la emoción con mayor peso como prueba científica al relacionarla con el inicio de la enfermedad y el curso de la recuperación.

No obstante también refiere que, como todas las emociones, la ansiedad, tiene utilidad adaptativa: nos ayuda a prepararnos para enfrentarnos a algún peligro. Pero en la vida moderna, es más frecuente que sea desproporcionada y fuera de lugar; la perturbación se produce ante las situaciones con las que debemos vivir o que son evocadas por la mente, no por peligros reales que debemos enfrentar. Por esta razón se está convirtiendo en un riesgo para la salud si se presenta en forma crónica. Si las angustias perduran, estas amenazan la salud; una mayor cantidad de cambios en la vida y de molestias está vinculada con una mayor probabilidad de enfermedades físicas.

La ansiedad influye, principalmente, en la contracción de enfermedades infecciosas tales como resfríos, gripes y herpes. Estamos constantemente expuestos a esos virus, pero normalmente nuestro sistema inmunológico los

combate, sin embargo, con la ansiedad esas defensas fallan. Las diferencias en resistencia a las enfermedades infecciosas se deben, en parte, a las tensiones de la vida. Cuantas más ansiedades existan, mayor será la incidencia de males infecciosos.

Este trabajo se dirigirá hacia el estudio de la conducta ansiosa como una manifestación al hecho de la experiencia diferencial de los niños al estar hospitalizados en los distintos servicios de acuerdo a su diagnóstico médico. Muchos psicólogos opinan que la conducta ansiosa es compañera de la socialización ya que el niño se esfuerza por evitar el dolor de la separación de sus padres. Si un niño tiene una enfermedad ésta puede provocar stress y las funciones psicológicas que inevitablemente suscita la enfermedad en un niño pueden influir en el curso de la misma. Los niños deben experimentar una amplia gama de emociones de los que algunos como la alegría y el afecto.

En este proceso es el sistema nervioso el que se encuentra tremendamente implicado. El sistema nervioso no sólo se conecta con el sistema inmunológico, sino que es esencial para la función inmunológica adecuada.

Otra vía clave que relaciona las emociones y el sistema inmunológico es la influencia de las hormonas que se liberan con el estrés. Las catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) y el cortisol, entre otras, obstaculizan la función de las células inmunológicas: el estrés anula la resistencia inmunológica, supuestamente en una conservación de energía que da prioridad a la emergencia más inmediata, que es una mayor presión para la supervivencia (Goleman, 1996).

Basándose en esto, se ha establecido la hipótesis de que el estrés y las emociones negativas, como la ira, la ansiedad y la depresión, podían ser la causa de ciertas enfermedades. Las investigaciones no han arrojado datos clínicos suficientes como para establecer una relación causal, pero sí, se reconoce que, estas emociones, afectan la vulnerabilidad de las personas a contraer enfermedades. Asimismo, se investiga si las emociones positivas son beneficiosas a la hora de la recuperación de la enfermedad.

También, las emociones y la salud se relacionan cuando uno ya está enfermo, podemos ser emocionalmente frágiles mientras estamos enfermos porque nuestro bienestar mental se basa, en parte, en la ilusión de invulnerabilidad. La enfermedad hace estallar esa ilusión, atacando la premisa de que nuestro mundo privado está a salvo y seguro. De pronto nos sentimos débiles, impotentes y vulnerables. La emoción más típica cuando estamos enfermos es el miedo.

Así mismo en un estudio realizado en Brasil se abordó la situación de hospitalización infantil preocupándose por el bienestar del niño como ser bio-psicosocial y los efectos de su contexto físico, social y emocional y de su influencia en el proceso de recuperación. Llegaron a la conclusión que para su recuperación y salud se requiere de la exploración y el juego, incrementando su repertorio comportamental y experimentado diferentes respuestas de ajuste al medio.

La madurez emocional del niño, que supone el desarrollo de nuevas capacidades cognitivas y motrices y las diferencias de aprendizaje, que traen consigo nuevas estrategias de afrontamiento, parecen ser los responsables de la aparición de los miedos.

En las investigaciones realizadas en centros hospitalarios en Brasil, se admite que ésta es una experiencia estresante, no obstante puede ser favorecida por ciertas condiciones como la presencia de los familiares además del contacto con otros niños, la disponibilidad afectiva del equipo hospitalario y la información que tenga sobre la razón de su internamiento. Se observó además que los niños acostumbran expresar sus dudas y angustias realizando preguntas a alguien del equipo de trabajo siendo fundamental estar atento a la comunicación con el niño hospitalizado. Así mismo en Cuba se realizó un estudio con 50 niños ingresados y a sus acompañantes en la sala de Terapia intensiva. Se llega a la conclusión de que el apoyo psicológico a ambos por parte del personal que ahí labora así como en determinadas ocasiones por el psicólogo, forma parte del tratamiento básico de cualquier entidad. Es así que se resalta la importancia del juego y de la participación de los padres (hospitalización madre ó padre e hijo) para la recuperación más rápida e integral del niño.

Por otro lado con respecto a la familia, como se reflejó anteriormente, la enfermedad y la hospitalización producen un impacto emocional importante, tanto en los niños como en los padres, por lo tanto, es fundamental valorar la percepción que los padres tienen con respecto al niño, conocer sus temores, inquietudes y motivaciones.

Por otro lado en las investigaciones realizadas en otros centros hospitalarios se encuentra que para el cumplimiento de las prescripciones, así como para el entrenamiento de los enfermos en técnicas de afrontamiento psicológico de la enfermedad, es importante que el enfermo no caiga en estados de ansiedad.

Respecto al estudio de pacientes hospitalarios no se encontraron investigaciones con respecto a las características de las conductas de ansiedad experimentadas por los enfermos en los diferentes servicios de hospitalización pero se pueden mencionar algunas investigaciones realizadas respecto a los niveles de ansiedad hospitalaria:

Chiroque (1993), en su investigación con 52 niños del ISN concluyó que los niveles de adaptación al hospital en niños menores de 5 años son poco significativos, así mismo el sufrimiento emocional es significativo por lo menos los primeros días por lo que necesita mayor apoyo psicológico.

No obstante por otro lado Molina (1989), en la investigación sobre diferencias entre los grupos de operados y no operados en cuanto a reacciones de ansiedad y Depresión, encontró que eran estadísticamente significativas, presentando el grupo de operados mayores niveles que el grupo de no operados.

Así mismo con respecto en el estudio realizado en el ISN sobre trastornos en la salud mental del niño hospitalizado, se detectó 69.2% de probables trastornos en la salud mental, así mismo se vio que el mayor porcentaje lo obtuvieron los indicadores de trastorno de ansiedad, encontrándose gran temor en el niño ante situaciones inofensivas.

Finalmente dentro de las investigaciones realizadas en centros hospitalarios se encuentra que en el cumplimiento de las prescripciones es importante que el enfermo no caiga en estados de ansiedad y depresión, los cuales además de

ser indeseables pueden contribuir en agravar la enfermedad del niño.

MIEDO

Respuestas infantiles instintivas y universales, sin aprendizaje previo que tienen por objetivo proteger a los niños de diferentes peligros. Se pueden agrupar cinco categorías generales:

- 1- Miedo a los estímulos intensos (ruidos, dolores, separación).
- 2- Miedo a los estímulos desconocidos (personas extrañas).
- 3- Miedo a la ausencia de estímulos (oscuridad).
- 4- Miedo a los estímulos que han sido peligrosos para la especie humana (separación, las alturas, las serpientes, etc.)

VISITA PERMANENTE

La experiencia más completa en lo que a Visita Permanente de los padres se refiere, la ha tenido un hospital de tercer nivel lanzando un programa que se desarrolla con grandes dificultades, pero que conserva vigencia por la certeza de que favorece la recuperación del niño en plazos más cortos. La enfermera jefe, una de las promotoras, anota que “no se espera que los padres sustituyan a los auxiliares” pero pueden asumir funciones y responsabilidades dentro de la atención. Para este objetivo realiza semanalmente un conversatorio con los padres que se encuentren en ese momento, e intenta educar. Los detractores de la idea señalan que: enfermería debe responder por la atención a los niños, y no es importante la participación si se debe

soportar que las madres terminen haciéndose “amigas de los celadores” y llegando a la habitación a las dos de la madrugada riéndose a carcajadas, o lavando sus brassieres y colgándolos en las ventanas o los baños, o trayendo toda clase de alimentos de olores desagradables. La sensación, es definitivamente de agobio y desacuerdo para gran cantidad de personas y aún quienes impulsan éste tipo de propuestas observan grandes inconvenientes pero presentan alternativas, entre las que se cuentan: una política institucional que normalice la permanencia, mecanismos para la identificación clara del familiar participante, y áreas físicas que aseguren condiciones justas de descanso e higiene personal.

La visita permanente de la madre – o un familiar cercano _ si bien parece la alternativa más favorable para infundir el niño sentimientos de seguridad y confianza, no siempre es una solución fácil para aquella. En el análisis no es posible obviar las obligaciones que se multiplican y en muchos casos aparecen planteamientos como “no hemos podido trabajar en estos días”, “entre las horas de visita me toca quedarme por ahí porque no hay plata para el bus”, “ a veces ni agua podemos tomar”, “toca tomar sólo sopa porque la plata no alcanza para un almuerzo completo”, “personas de la familia se reemplazan para descansar un poco, asearme y ver a los otros niños”, “dejé la otra niña donde la abuela”, o “en la noche ni jugo nos dejan entrar”.

La mayoría de las veces se desconocen las necesidades de estos papás y mamás que deben cumplir a la vez con vigilia absoluta por su deber de cuidado, y ayuno involuntario por no poder desplazarse libremente: “mientras bajé, el niño se

arrancó el suero, y eso que yo le dije a la enfermera que ya volvía”.

Aun bajo las circunstancias esbozadas, la mayoría de las mujeres a quienes se les restringe la visita, manifiesta que podría quedarse más tiempo y que no lo hace por los horarios que impone el hospital. “Me gustaría que me dejaran quedar en la noche, así me tocara dormir en el piso o en el pasillo”, dice una de ellas. Sin embargo, lo que se observa repetidamente en los hospitales en que pernoctan los acompañantes, es un cansancio contraproducente frente a la expectativa de alerta, debido a la incomodidad que tienen que soportar.

MOTIVOS DE RECHAZO O APROBACION DE LA PERMANENCIA DE LOS FAMILIARES DURANTE EL PERIODO DE HOSPITALIZACION

Diversos factores se dinamizan a partir de la permanencia de familiares en los servicios de hospitalización de pediatría. En realidad no existe claridad, ni una definición delimitada del rol que deben cumplir los padres dentro del hospital, ya que de un lado están el derecho y la necesidad de los niños de poder contar con personal idóneo que cuide a los niños con una atención profesional. Ambas necesidades tienden a confundirse. En algunos hospitales – dado a que no se tiene el personal suficiente para cuidar al niño – los padres pierden su potencial función de dadores de seguridad, cariño, fortaleza, etc., y pasan a ser enfermeros de sus hijos. Enfermeros sin capacitación alguna. En otros lugares se cuenta con el suficiente

personal de salud para manejar los servicios, pero no existe una adecuada información o guía para que los padres puedan ejercer diestramente su función. De esta manera, no es extraño que terminen entorpeciendo la tarea de los funcionarios o creando dificultades, con lo que ofrecen motivos a estos últimos para dudar sobre la cultura, capacidad o responsabilidad.

El desencuentro de roles con el personal de salud no puede ser más evidente y se refleja en frases como la de una madre a quien se quiso involucrar en las actividades de cuidado de su hijo y respondió: “para eso le pagan a Usted, para que lo haga”.

Al preguntar las opiniones de los funcionarios sobre este punto, se encuentra que están divididas entre los que piensan que los padres y madres son “una ayuda porque están pendientes de los niños todo el tiempo”; hasta los que los perciben como un obstáculo, pues como decía una auxiliar: se tiene a la mamá “siempre encima” cuando se está haciendo alguna intervención.

Definitivamente es mayor el número de los que piensan que son un problema, que el de quienes los sienten como un apoyo. Lo anterior lo explican a través de argumentos que tienen que ver con molestias causadas al mismo personal, debido a cuestiones culturales, culpa, estrés por la situación y hacinamiento; o a problemas de relación con otras madres y padres, asociados con pérdida de cosas, “molestia”, chismes, “garloteo” y falta de atención a los niños por “hacer visita”. Aquí se hace necesario aclarar que en ese 64% en ningún caso se desconoce el aporte al

bienestar de los niños y niñas en su proceso de recuperación.

En lo constatado, se hace evidente que en los hospitales se plantean diversos grados de participación de los padres en el cuidado de los niños durante el periodo de hospitalización, presentándose notorias diferencias en la promoción de la participación, la actitud que asumen ante ella y las prácticas a través de las cuales la concreta.

Un indicador del grado de participación de los padres es el tiempo que se les permite acompañar diariamente a su hijo o hija en su experiencia hospitalaria. En todos los hospitales los horarios generales para visitas son fuertemente restringidos; por el contrario, para los servicios donde se atienden menores de edad, como son Urgencias, Pediatría o la Unidad de Recién Nacidos lo usual es que se tomen consideraciones especiales buscando garantizar que alguno de los padres, generalmente la madre, permanezca con él o ella el mayor tiempo posible.

La permanencia de madres y padres se concentra en un objetivo básico: proveer cuidado y afecto “acariciar, alzar, consentir, hablar” al niño, de igual manera refieren intentos de informarse y a veces “solo estar allí sentado frente a la cama”, “aburrida/o”, o “conocer el hospital mientras el niño duerme”. En algunas oportunidades los funcionarios involucran a los padres en el manejo de rutinas de los servicios, como darle comida a los niños, bañarlos, tomarles la temperatura, utilizar micronebulizadores y ventilarlos; y en contados casos se aprovecha el tiempo que están allí para orientarlos hacia la adquisición de una serie de conocimientos de prevención en salud, incluyéndolos en

charlas sobre lactancia, vacunación, estimulación, prevención de diarreas y educación en general.

Las instrucciones que se explican al ingreso son mínimas y tienen que ver en la mayor parte de los casos con horarios de visita, pocos reciben instrucciones sobre el manejo del niño y básicamente lo que tiene que ver con las acciones requeridas para el tratamiento médico: no dar ciertas comidas, cómo ayudar a sacar flemas, no entrar a otras habitaciones, mantenerlo en determinadas posiciones. Muchos padres refieren no haber recibido indicación alguna sobre trámites y visitas, y otros dijeron no haber sido informados sobre que hacer o qué no, según dice una madre “siempre toca adivinar como le hacen las cosas porque nadie da instrucciones”, cómo se desviste y cambia al niño con suero o qué no se puede tocar, son cosas que se van aprendiendo muchas veces a través de los regaños.

Aun cuando la permanencia de familiares es una constante en la mayoría de las instituciones, y podrían obtenerse permisos especiales para acompañar al niño durante la noche a pesar de que no esté permitido, en ningún hospital se ha dispuesto de una sala especial o de mobiliario para permitir que las madres acompañantes descansen o duerman en algún momento.

Lo más llamativo, es que en ningún hospital existen normas escritas en las que se apoyen las decisiones de los jefes de los servicios para aprobar o denegar una solicitud de padres o madres sobre este punto. “El criterio es personal” y obviamente variable. En dos instituciones existen un reglamento interno para el servicio, que plantea en forma

clara las restricciones y los deberes de los acompañantes. Solo una de ellas lo expone en una cartelera, y en ambos casos se entrega una copia a los familiares “cuando hay material suficiente”, como sucede con todo tipo de información escrita. El problema que añaden es que “las madres no leen” o no entienden. “Todos los días hay que repetirles las cosas”.

G. VARIABLE

Nivel de aceptación de la visita permanente al niño hospitalizado y factores positivos y negativos que intervienen en el nivel de aceptación según el personal de enfermería del Hospital II de Vitarte – ESSALUD.

H. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

VISITA PERMANENTE: Se denomina así al contacto continuo de acompañamiento, mediante el cual los padres u otros familiares permanecen junto al niño durante todo el periodo de hospitalización.

NIVEL DE ACEPTACIÓN: Está determinado por la Escala:

1. Muy alto.
2. Alto
3. Regular
4. Bajo
5. Muy bajo.

FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL NIVEL DE ACEPTACIÓN DE LA VISITA PERMANENTE AL NIÑO HOSPITALIZADO

FACTORES POSITIVOS: Esta determinado por las ventajas de la Visita Permanente al niño hospitalizado que son reconocidas por el personal Profesional y Técnico en enfermería encuestados, tales como: atención personalizada y cariñosa de los niños, información médica más detallada de la evolución del niño al familiar, disminución de la ansiedad y temor del niño, apoyo en la alimentación e higiene del niño colocándolo en mejor condición, etc.

FACTORES NEGATIVOS: Esta determinado por las desventajas de la Visita Permanente al niño hospitalizado expresadas por el personal Profesional y Técnico en enfermería, tales como: hacinamiento, incumplimiento de las normas de la institución por el visitante permanente, entorpece la canalización de la vía parenteral del niño (abocath), problemas con el personal de salud, etc.

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODO

A. TIPO, NIVEL Y METODO DE INVESTIGACIÓN

Se trata de una investigación de tipo cuantitativo, de nivel aplicativo y de método transversal, descriptivo exploratorio.

B. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en el servicio de Pediatría del Hospital II de Vitarte ESSALUD, ubicado en la Av. Mariscal Sucre S/N en el distrito de Ate Vitarte, provincia de Lima, departamento de Lima, el cual brinda servicios de salud de nivel II.

Cuenta con servicios de Hospitalización, consultorios externos, laboratorio, radiodiagnóstico, emergencia. Atiende de Lunes a domingo las 24 horas.

El servicio de hospitalización cuenta con los servicios de medicina, cirugía, urología, traumatología, pediatría, sala de operaciones, unidad de cuidados intensivos.

El servicio de pediatría cuenta con 11 camas atendidos por personal profesional de enfermería en número de 5 y 5 técnicas en enfermería.

C. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

La población esta conformada por todo el personal de enfermería profesional y técnico durante los meses de Agosto y Octubre del 2005.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Personal profesional de enfermería que estuvo rotando por el servicio de pediatría del Hospital II de Vitarte durante los meses de estudio.
- Personal técnico de enfermería que estuvo rotando por el servicio de pediatría del Hospital II de Vitarte durante los meses de estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Persona que llevará a cabo la ejecución del trabajo de investigación y hará las encuestas al personal de enfermería.

D. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se uso la técnica de Entrevista – Encuesta y como instrumento de recolección de datos el **CUESTIONARIO** lo que permitió identificar los factores que intervienen en el nivel de aceptación del personal de enfermería a la visita permanente del niño hospitalizado. El instrumento consta de dos partes, la primera parte obtiene información sobre factores positivos y negativos y la segunda parte el nivel de aceptación. Con una duración de 20 a 30 minutos para su aplicación.

E. PLAN DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATO

1. Se solicitó permiso para la realización del Proyecto a la institución.
2. Se aplicó el instrumento en el servicio de pediatría al personal de enfermería en los diversos turnos previa coordinación con la Jefatura y la coordinadora del servicio.

F. PLAN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Luego de recolectar los datos, estos se clasificaron y se presentaron en cuadros y gráficos, para el análisis de los datos se uso del programa estadístico SPSS 12.0, siendo el estadígrafo el “Distribución normal” y “medidas de tendencia central”

G. CONSIDERACIONES ÉTICAS DE INVESTIGACIÓN.

Se tuvo en cuenta los principios éticos y bioéticos en la ejecución del instrumento de recolección de datos y en la información adquirida. Principios como: respeto a la vida, dignidad humana (consentimiento informado), honradez, respeto, veracidad y confidencialidad.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSION

La población de estudio fue todo el personal de enfermería del servicio de Pediatría 10 (100%) del Hospital II de Vitarte ESSALUD: siendo 5 enfermeras (50%) y 5 técnicos en enfermería (50%), de los cuales 5 (50%), tienen un tiempo de servicio en pediatría entre 1 a 5 años, 4 (40%) entre 6 a 10 años y 1 (10%) más de 11 años (ver anexo G).

Luego de haber procesado los datos obtenidos los resultados se presentaron en gráficos para su análisis e interpretación así tenemos:

En cuanto al nivel de aceptación de la visita permanente al niño hospitalizado según en personal de enfermería, en el **cuadro N° 1** se observa que el nivel de aceptación es de regular a muy alto en 9 (90%) y 1(10%) el nivel de aceptación es de malo.

CUADRO N° 01

**NIVEL DE ACEPTACION DE LA VISITA PERMANENTE AL NIÑO
HOSPITALIZADO SEGÚN EL PERSONAL DE ENFERMERIA
DEL HOSPITAL II VITARTE ESSALUD
2005**

OPCIONES	PERSONAL DE ENFERMERÍA	
	N°	%
Muy alto	2	20
Alto	6	60
Regular	1	10
Malo	1	10
Muy malo	0	0
Total	10	100

En el **cuadro N° 1**, podemos notar que el 90% de los niveles pueden ser considerados positivos, teniendo 2 (20%) un nivel de aceptación muy alto , 6 (60%) un nivel de aceptación alto, el restante 1 (10%) un nivel de aceptación regular. Esto resulta muy positivo para que la familia se integre al cuidado del niño hospitalizado en la cual los familiares van aprendiendo permanentemente a dar cuidados de mejor calidad tendientes a evitar recaídas, reingresos o mayores complicaciones lo que aumentan la morbimortalidad infantil en nuestro país.

En relación a los Factores Positivos de la Visita permanente al niño hospitalizado según el personal de enfermería del Hospital II de Vitarte ESSALUD, se muestra en cuadro N° 2. Según el personal de enfermería los factores positivos son:

CUADRO N° 2

FACTORES POSITIVOS DE LA VISITA PERMANENTE AL NIÑO HOSPITALIZADO SEGÚN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL II VITARTE ESSALUD 2005

FACTORES POSITIVOS	OPINION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA	
	N°	%
Apoyo en la alimentación e higiene del niño	9	15.52
Apoyo en la ejecución de procedimientos diagnósticos y exámenes auxiliares	2	3.45
Atención a los niños en sus necesidades básicas (atención personalizada)	8	13.80
Comprender mejor lo que el niño manifiesta	2	3.45
Disminuye la ansiedad y temor del niño	10	17.24
Educación en salud a los padres y/o familiares e información sobre la atención.	9	15.52
Evaluación constante de acuerdo a la evolución del niño	1	1.72
Facilita el trabajo con otros niños más delicados	6	10.34
Favorece adaptación del niño a la hospitalización	1	1.72
Información médica más detallada de la evolución del niño al familiar.	8	13.80
Más contacto entre padres e hijos durante la hospitalización	1	1.72
Mejor atención del personal	1	1.72
TOTAL	58	100

CUADRO N° 3

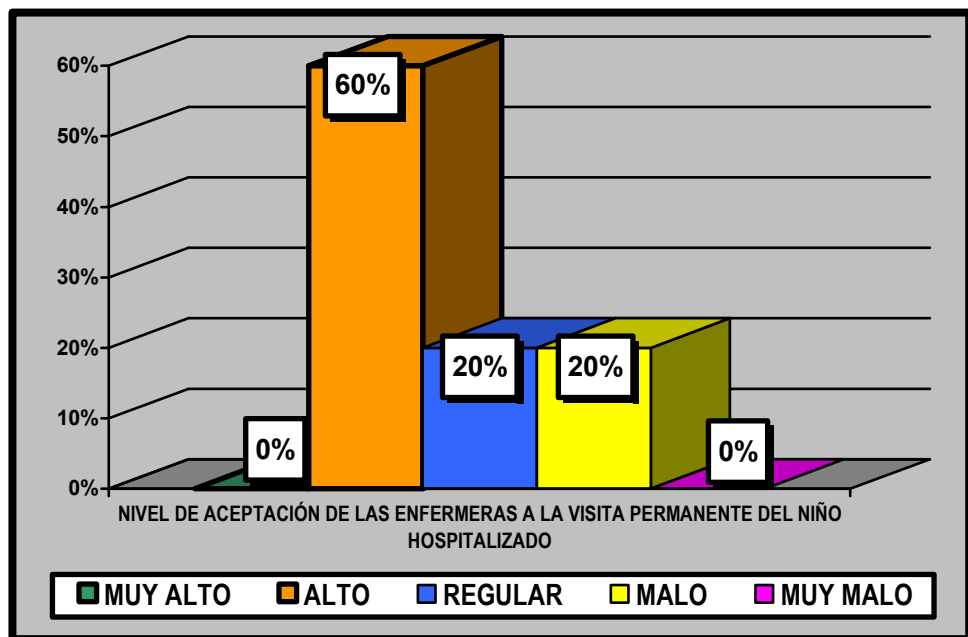
**FACTORES NEGATIVOS DE LA VISITA PERMANENTE AL NIÑO
HOSPITALIZADO SEGÚN EL PERSONAL DE ENFERMERIA
DEL HOSPITAL II VITARTE ESSALUD
2005**

FACTORES NEGATIVOS	OPINION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA	
	Nº	%
Alimentación inadecuada del niño por los familiares	5	14.29
Ansiedad de los padres, desinformación y negativa al tratamiento	1	2.86
Deficiente higiene y alimentación de los visitantes permanentes durante su estadía.	3	8.57
Desorden y falta de respeto en los horarios	3	8.57
Dificulta el tratamiento del paciente	3	8.57
Retrasan el trabajo del personal de enfermería.	1	2.86
Entorpece la canalización de la vía parenteral del niño (abocath)	5	14.29
Manipulación no autorizada de equipos médicos.	1	2.86
Genera problemas con el Personal de Salud	4	11.41
Hacinamiento	3	8.57
Incumplimiento de las normas del hospital por el visitante permanente	5	14.29
Incumplen las normas de bioseguridad.	1	2.86
TOTAL	35	100

Acerca de la diferencia significativa entre el nivel de aceptación entre el personal profesional y el personal técnico en enfermería se presenta los gráficos. En el gráfico N° 1 se aprecia que las enfermeras refieren tener un nivel de aceptación a la visita permanente entre regular y alto 4 (80%) y 1 (20%) refiere un nivel de aceptación malo, lo cual denota una actitud negativa hacia la participación de la familia en el cuidado del niño hospitalizado. Mientras que en el gráfico N° 2 las técnicas en enfermería 5 (100%) refieren un nivel de aceptación alto a muy alto.

GRAFICO N° 01

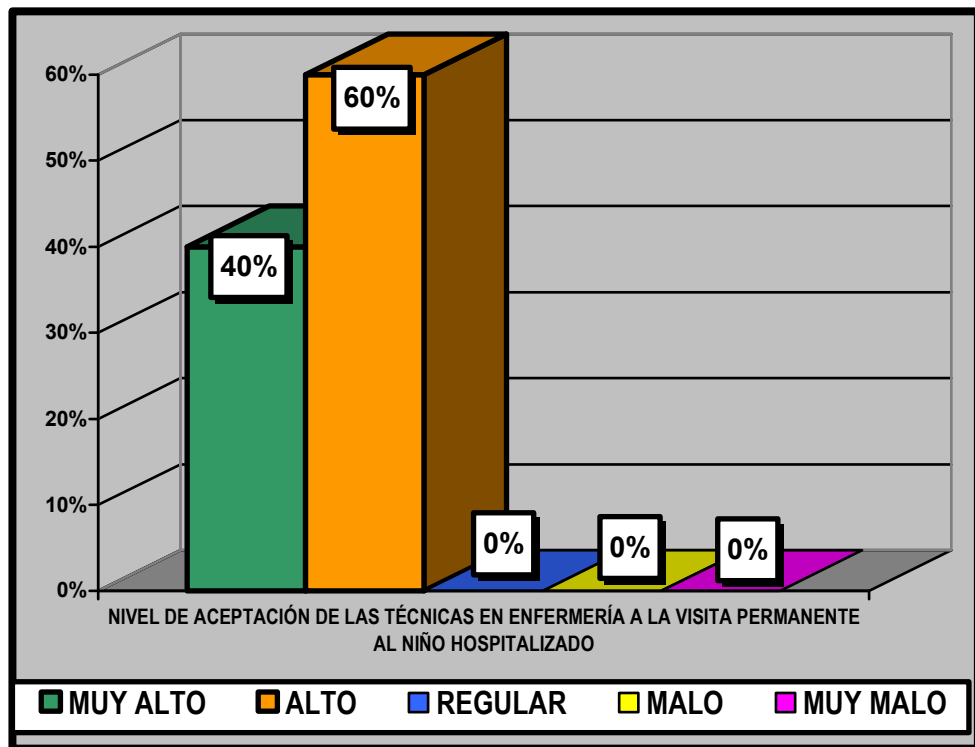
NIVEL DE ACEPTACION DE LAS ENFERMERAS A LA VISITA PERMANENTE DEL NIÑO HOSPITALIZADO DEL HOSPITAL II DE VITARTE ESSALUD 2005.



El gráfico N° 1, se refiere al nivel de aceptación de la visita permanente al niño hospitalizado por las enfermeras encuestadas; los resultados son: 60% tiene un nivel de aceptación alto, otro 20% opta por la opción regular, niveles considerados positivos y el restante 20% considera que la visita permanente es mala, es decir su nivel de aceptación es negativa.

GRAFICO N° 02

NIVEL DE ACEPTACION DE LAS TECNICAS EN ENFERMERIA A LA VISITA PERMANENTE DEL NIÑO HOSPITALIZADO DEL HOSPITAL II DE VITARTE ESSALUD 2005.



El gráfico N° 2, se refiere sobre el nivel de aceptación de la visita permanente al niño hospitalizado por las técnicas de enfermería; los resultados a comparación con las enfermeras es mucho más positiva, los datos estadísticos son: 40% tiene un nivel de aceptación muy alto y el 60% restante tiene un nivel de aceptación bueno.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.

A. CONCLUSIONES

1. La mayoría del Personal de Enfermería refiere tener un nivel de aceptación alto a la visita permanente al niño hospitalizado por las ventajas que ofrece.
2. Los factores positivos según el personal de enfermería que intervienen en la aceptación de la visita permanente al niño hospitalizado de mayor a menor son: disminuye el temor y ansiedad del niño hospitalizado, alimentación e higiene del niño colocándolo en mejor condición, educación en salud a los padres y/o familiares e información sobre la atención, la

atención personalizada y cariñosa de los niños en sus necesidades básicas, la información médica más detallada de la evolución del niño al familiar, facilita el trabajo con otros niños más delicados, comprender mejor lo que el niño manifiesta, apoyo en la ejecución de procedimientos diagnósticos y exámenes auxiliares, favorece la adaptación del niño a la hospitalización.

3. Los factores negativos que intervienen en la aceptación de la visita permanente son: Incumplimiento de las normas de la institución por el visitante permanente, entorpece la canalización de la vía parenteral del niño - abocath, alimentación inadecuada del niño por parte de sus visitantes, problemas con el personal de salud, deficiente higiene y alimentación de los visitantes permanentes durante su estadía, desorden y falta de respeto en los horarios, hacinamiento.
4. No existe diferencias significativas entre el nivel de aceptación del personal profesional de enfermería y personal técnico de enfermería a la Visita permanente del niño hospitalizado.

B. LIMITACIONES

1. Los resultados del estudio sólo pueden ser generalizados al servicio de Pediatría del Hospital II Vitarte ESSALUD.
2. No existen antecedentes de normas respecto a la visita permanente en hospitalización en ESSALUD.

C. RECOMENDACIONES

1. Se debe continuar con la visita permanente al niño hospitalizado, no solo porque se ha evidenciado un nivel de aceptación alto, en el personal de enfermería, sino por los efectos benéficos en el niño.
2. Se sugiere que la Visita permanente al niño hospitalizado sea normado formalmente por ESSALUD, con la finalidad de aprovechar sus múltiples ventajas en la recuperación de la salud del niño y la continuidad de los cuidados en el hogar, lo que disminuirá la tasa de morbimortalidad infantil.
3. Los factores negativos pueden ser superados en la medida que se mejore la coordinación a todo nivel: desde la parte gerencial, personal de salud y público usuario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Revista Hospitalaria del niño: Evaluación del programa brindado al familiar del niño en el Hospital del niño, pp: 125-128,1990.
2. Asociación Americana de Hospitales: Carta de Derechos del paciente. EEUU, 1981, pp 289-241.
3. Comisión multidisciplinaria del Hospital General San Juan de Dios, Guatemala: Propuesta de Reglamento para la visita permanente, 1980.
4. Del Blanco, Palomo. "El Niño Hospitalizado". Madrid, 1996.
5. Atto, Karin, "Estudio Comparativo de Conductas ansiosas en niños escolares hospitalizados y no hospitalizados". 1999 Lima, pp. 25-27.
6. Chiroque, S. "Niveles de Adaptación en niños menores de 5 años con un tiempo de internamiento de 2 semanas en el Servicio de Medicina I del Instituto de Salud del Niño". 1982 Lima, pp. 38-39.
7. Llanos Zuloaga, Roberto." Psicopatología del niño y del adolescente". 1996 Lima, pp 102-104.
8. "La niñez construyendo identidad" UNIFE, Facultad de Psicología y Humanidades, 1997 Lima, pp. 97.
9. Trastornos de Salud mental de los niños hospitalizados, Dirección de Investigación del Instituto de Salud del Niño, 1993 Lima, pp. 145-147.

BIBLIOGRAFÍA

1. Atto, Karin, “Estudio Comparativo de conductas ansiosas en niños escolares hospitalizados y no hospitalizados”, Lima, 1999.
2. Chiroque, S. “Niveles de adaptación en niños menores de 5 años con un tiempo de internamiento de 2 semanas en el Servicio de Medicina I del Instituto de Salud del Niño”, Lima, 1982.
3. Del Blanco, Palomo, “El Niños hospitalizado”, Madrid, 1996.
4. Dirección de Investigación del Instituto de Salud del Niño, “Trastornos de Salud mental de los niños hospitalizados”, Lima, 1993.
5. Lilacs/Cd-Rom-40, “Artículos de Investigación”.
6. Llanos Zuloaga, Roberto,” Psicopatología del Niño y del Adolescente”, Lima, 1996.
7. Nelson, Harbin Behrman, “Tratado de Pediatría”, Quinceava Edición, Editorial Interamericana, Madrid, 1998.
8. UNIFE. “La niñez construyendo Identidad”, Facultad de Psicología y Humanidades, Lima, 1997.

9. Universidad de Murcia, Pagina Web <http://www.um.es/>, España.

10. Whaley y Wong, “Enfermería Pediátrica”, Catorceava Edición,
Editorial Mosby, España, 1995.

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO:	Página
A. Operacionalización de variables.....	I
B. Tabla binomial (Juicio de Expertos).....	II
C. Instrumento.....	IV
D. Consentimiento informado.....	VII
E. Procedimiento para la validación del instrumento.....	X
F. Opiniones del personal de enfermería sobre la visita permanente al niño hospitalizado del Hospital II de Vitarte.....	XII
G. Tiempo de Servicio en el servicio de pediatría del personal de enfermería del Hospital II Vitarte ESSALUD, 2005.....	XIII

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL	VALOR FINAL
Nivel de aceptación de la visita permanente al niño hospitalizado.	Grado de conformidad, asentimiento, aprobación voluntaria de algo respecto a una escala.	Nivel.	Aprobación o desaprobación textual a la visita permanente al niño hospitalizado a través de la encuesta.	Conjunto de opiniones del personal Profesional y Técnico en enfermería sobre la visita permanente al niño hospitalizado, que fue recogida en una encuesta y tuvo una valoración de: Muy alto, alto, regular, bajo, muy bajo.	. Muy Alto. . Alto. . Regular. . Bajo. . Muy bajo.
Factores que intervienen en el nivel de aceptación de la visita permanente al niño hospitalizado según el personal de enfermería.	Cada uno de los elementos que contribuyen al resultado considerado (nivel de aceptación) de la visita permanente al niño hospitalizado, entendiéndose por este al hecho por el cual el padre o familiar acompaña al niño durante todo el periodo de hospitalización.	Factores Positivos Factores Negativos	Atención personalizada al niño Información médica más detallada al familiar. Apoyo en la alimentación e higiene del niño. Disminuye ansiedad y temor del niño. Educación en salud a los padres/familiares. Servicios básicos inadecuados Hacinamiento Alimentación inadecuada del niño. Genera problemas con el personal de salud. Incumplimiento de las normas.	Cada uno de los elementos que contribuyen al nivel de aceptación de la visita permanente al niño hospitalizado, siendo estos factores causales positivos o negativos.	

ANEXO B

TABLA BINOMIAL
JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS \ JUECES	JUECES							
	1	2	3	4	5	6	7	
1	1	1	1	1	1	1	1	0.008
2	1	1	1	1	1	1	1	0.008
3	1	1	1	1	1	0	1	0.062
4	1	1	1	1	1	1	1	0.008
5	1	1	0	1	1	1	1	0.062
6	1	1	1	1	0	1	1	0.062
7	1	1	1	1	1	1	1	0.008

Se ha considerado:

0 = Si la respuesta es negativa.

1 = Si la respuesta es positiva.

p = Error de significancia.

$$P = \frac{0.218}{7} = 0.031$$

$$p < 5\%$$

Respecto a la validez del instrumento existe coherencia interna y consistencia, es decir, que los ítems miden lo que tienen que medir.

Para la presente investigación se consideraron siete (07) jueces

expertos de diferentes disciplinas: psicóloga, enfermeras, asistenciales, enfermeras docentes, pediatras; evidenciándose que existe concordancia entre la opinión de los jueces sobre los diferentes ítems. Se determinó que el valor de p en la prueba binomial es de 0.031, por lo que se concluye que el instrumento es válido.

ANEXO C

CUESTIONARIO

INTRODUCCIÓN

El presente instrumento permitirá obtener información con la finalidad de determinar el nivel de aceptación del personal de enfermería a la visita permanente al niño hospitalizado, de otro lado nos dará información sobre cuales son los factores que intervienen en ese nivel de aceptación.

Asimismo nos proporcionará información sobre el nivel de aceptación a la visita permanente en forma discriminatoria: personal de enfermería profesional y personal de enfermería técnico.

CUESTIONARIO

Lea detenidamente cada pregunta y responda en forma clara y concisa.

1. Nombres y Apellidos completos:

.....

2. Ocupación: Enfermera Técnica

3. Tiempo de experiencia en el servicio de Pediatría:.....

Preguntas sobre la visita permanente en el servicio de pediatría:

1. ¿Cuáles son para usted los factores positivos de la visita permanente al niño hospitalizado?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. ¿Cuáles son para usted los factores negativos de la visita permanente al niño hospitalizado?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. A continuación le presento una serie de argumentos a favor y en contra de la Visita Permanente al niño hospitalizado, marque Ud. si esta de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas:

Argumentos	De acuerdo	En desacuerdo
Disminuye la ansiedad y temor del niño		
Facilita mi trabajo para dedicar más tiempo a los niños más delicados.		
Permite una atención más personalizada al niño en sus necesidades básicas por el visitante permanente.		
Permite una información médica más detallada de la evolución del niño.		
Apoyan en la alimentación e higiene del niño.		
Apoyan en la ejecución de procedimientos diagnósticos y exámenes auxiliares.		
Contribuye a incrementar el Hacinamiento del servicio.		
Deficiente higiene y alimentación del visitante permanente durante su estadía.		
El visitante permanente incumple con las normas de la institución.		
El visitante permanente dificulta el tratamiento del paciente.		
El visitante permanente entorpece la canalización de la vía parenteral del niño (abocath)		
El visitante permanente genera problemas con el personal de salud.		
Otorga la oportunidad para brindar educación en salud al familiar.		

4. En conclusión, ¿está o no de acuerdo con la Visita permanente al niño hospitalizado?

De acuerdo

En desacuerdo

5. ¿Cuál sería su nivel de aceptación a la Visita Permanente del niño hospitalizado?

Muy alto

Malo

Alto

Muy malo

Regular

ANEXO D

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DEL ESTUDIO: “Nivel de aceptación de la visita permanente al niño hospitalizado y factores que intervienen según el personal de enfermería del Hospital II de Vitarte – ESSALUD, 2005 “

INVESTIGADOR: Lic. Nérida Suasnábar López.

La Lic. Nérida Suasnábar López es una enfermera profesional que estudió “Nivel de aceptación de la visita permanente al niño hospitalizado y factores que intervienen según el personal de enfermería del Hospital II de Vitarte – ESSALUD, 2005 “, el cual tiene como propósito dar a conocer a nuestro centro de trabajo un marco referencial sobre cual es el nivel de aceptación del personal de enfermería a la visita permanente de los niños hospitalizados. Este estudio nos beneficiará directamente pues acorde con los resultados el personal tomará las medidas necesarias para aprovechar la presencia de los familiares y mejorar la calidad de atención brindada a los hijos de nuestros asegurados.

El estudio y sus procedimientos fueron aprobadas por las personas apropiadas y los consejos de revisión de la unidad de posgrado de la UNMSM, cuenta además con el consentimiento de nuestro hospital II de Vitarte para realizarlo. El procedimiento de estudio no le ocasionará ningún daño, puesto que solo tiene que responder a un cuestionario cuyas respuestas son cortas y llevan los datos personales que se solicitan. La participación en el estudio ocupara un tiempo promedio de 20 minutos, y si tiene alguna duda puede preguntar a la Lic. Suasnábar.

La participación en el estudio es voluntaria; no tienen ninguna obligación y tienen derecho a no participar si piensan en la posibilidad de verse afectados.

La información del estudio será codificada para que no puedan relacionarse con los participantes, además su identidad no se publicará durante el estudio, ni una vez este haya sido publicado. Toda la información del estudio recopilada por la Lic. Suasnábar, se mantendrá en un lugar seguro y no será compartida con nadie, más sin su permiso.

ANEXO E

PROCEDIMIENTO PARA LA VALIDACION DEL INSTRUMENTO

PRUEBA T, para muestras relacionadas:

Grupo1: Ocupación = Enfermeras profesionales (Par1)

Grupo2: Ocupación = Técnicas en enfermería (Par2)

CORRELACIONES DE MUESTRAS RELACIONADAS

		N	Correlación	Sig.
Par 1	Ocupación y ¿Cuál sería su nivel de aceptación a la Visita Permanente del niño hospitalizado?	10	-.632	.050
Par 2	Ocupación y ¿Cuál sería su nivel de aceptación a la Visita Permanente del niño hospitalizado?	10	-.632	.050

Prueba de muestras relacionadas

		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación tip.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	Ocupación - ¿Cuál sería su nivel de aceptación a la Visita Permanente del niño hospitalizado ?	-.40	0.864	.273	-1.27	.27	-1.464	9	.177
Par 2	Ocupación - ¿Cuál sería su nivel de aceptación a la Visita Permanente del niño hospitalizado ?	-.50	1.080	.342	-1.27	.27	-1.464	9	.177

Según la Prueba T de Student para muestras relacionadas donde $p < 0.05$ en el cuadro $p = 0.177$, por lo que no existen diferencias significativas en la actitud de ambos grupos hacia la visita permanente a los niños en hospitalización.

ANEXO F

OPINIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA VISITA PERMANENTE AL NIÑO HOSPITALIZADO HOSPITAL II VITARTE, 2005

OPCIONES	PERSONAL DE ENFERMERÍA	
	Nº	%
De acuerdo	9	90
En desacuerdo	1	10
Total	10	100

El **anexo E**, es la respuesta definitiva del personal de enfermería sobre la visita permanente al niño hospitalizado; podemos notar una notoria aceptación con un 90% que está de acuerdo con la permanencia del familiar junto al niño por los beneficios que representa para el paciente, mientras solamente un 10% concluye que no repercute en nada la presencia o no del visitante permanente junto al niño.

ANEXO G

TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL II DE VITARTE ESSALUD 2005

Nº DE AÑOS DE SERVICIOS	Nº DE PROFESIONALES	PORCENTAJE
De 1 a 5 años	5	50%
De 6 a 10 años	4	40%
De 11 a más años	1	10%
Total	10	100%

