

IMPACTO DEL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN EN LA INFANCIA

IMPACT OF THE HOSPITALIZATION PROCESS ON
CHILDREN

Trabajo de Fin de Grado de Enfermería – Revisión Narrativa

IRENE DÍAZ MARTÍNEZ

Tutora: M^a del Carmen Corral Fernández.

Universidad Autónoma de Madrid.

Facultad de Medicina. Grado en Enfermería.

Curso académico 2019-2020.

AGRADECIMIENTOS

Tras cuatro años, se cierra una etapa de mi vida con la realización de este trabajo; no sin antes mencionar a las personas que me han ayudado a hacerlo posible.

Me gustaría agradecer a mis padres y hermano su apoyo incondicional durante esta etapa final de mi carrera, así como siempre me han apoyado en todos mis sueños.

Agradecer también el acompañamiento a mi pareja, Diego, y amigas, en especial a Marta, Paula y Sara. Gracias por estar siempre cuando más lo he necesitado, vuestros consejos y palabras reconfortantes han sido un apoyo fundamental para mí.

Sé que no ha sido fácil, pero gracias a todos ellos he seguido a delante día a día para estar hoy donde estoy.

ÍNDICE

1. RESUMEN	6
2. ABSTRACT	7
3. ABREVIATURAS	8
4. INTRODUCCIÓN	9
4.1. OBJETIVOS	12
5. METODOLOGÍA	13
5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	14
6. RESULTADOS	16
6.1. El impacto de la hospitalización pediátrica en los niños	17
Efectos negativos en el niño	17
Estrategias de afrontamiento personales en el niño	19
6.2. El impacto de la hospitalización pediátrica en los padres	20
Factores estresantes en la familia y necesidades durante la hospitalización	21
La familia como agente de cuidado	22
Estrategias de afrontamiento	23
Recuperación tras el alta	25
7. DISCUSIÓN	26
7.1. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	30
7.2. RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA	31
7.3. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	31
8. CONCLUSIONES	32
9. BIBLIOGRAFÍA	33

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios de selección de artículos.....	14
Tabla 2. Búsquedas bibliográficas.....	15
Tabla 3. Efectos negativos de la hospitalización que contribuyen al diagnóstico de ansiedad.....	18
Tabla 4. Estresores parentales.....	21
Tabla 5. Diagnósticos enfermeros (DxE).....	28
Tabla 6. Intervenciones enfermeras (NIC) en niños y padres.....	29
Tabla 7. Intervenciones enfermeras (NIC) en niños hospitalizados.....	29
Tabla 8. Intervenciones enfermeras (NIC) en la familia.....	30

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Tasa de mortalidad infantil desde 1990 hasta 2018.....	9
Figura 2. Estudios utilizados para la elaboración de los resultados.....	16

1. RESUMEN

Introducción: La actividad sanitaria ha evolucionado desde tener un enfoque únicamente de la esfera biológica, hasta centrar su atención en toda la esfera biopsicosocial. Así bien, el contexto psicosocial del niño hospitalizado cobra un papel importante para su bienestar y adaptación al ámbito hospitalario, haciéndose imprescindible el papel de la enfermería para la detección y prevención de eventos adversos, que este proceso pueda desencadenar.

Objetivo: se establece un objetivo general, explorar la experiencia del paciente pediátrico y de sus familiares durante el proceso de hospitalización; y unos objetivos específicos: identificar efectos negativos documentados en el niño y en sus padres; identificar estrategias de afrontamiento de niños y padres; conocer el papel desempeñado por los profesionales de enfermería durante el proceso de institucionalización; y determinar las secuelas de la hospitalización infantil.

Metodología: Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las principales bases de datos y bibliotecas electrónicas de ciencias de la salud, Pubmed, CINAHL, Cuiden, PsyInfo, SciElo y Enferteca.

Resultados: Se analizaron 17 artículos con dos perspectivas diferentes; el impacto de la hospitalización pediátrica en niños y el impacto de la hospitalización pediátrica en padres.

Conclusiones: Es importante que los profesionales de enfermería conozcan y satisfagan todas las necesidades que rodean al niño (incluyendo su contexto familiar), con unos cuidados de calidad, para conseguir la mejor adaptación posible al proceso de hospitalización y que este sea menos traumático. Así bien, estos profesionales han de buscar servir como figura de apoyo tanto para el paciente pediátrico como para su familia.

Palabras clave: Niño hospitalizado; Padres; Hospitalización; Afrontamiento; Estresores.

2. ABSTRACT

Introduction: Health activity has evolved from a focus exclusively on the biological sphere, to a focus on the entire biopsychosocial sphere. Thus, the psychosocial context of the hospitalized child has an important role for their welfare and adaptation to the hospital context, making the role of nursing essential in the detection and prevention of adverse events that this process may trigger.

Objective: a general objective is set, to explore the experience of children and their family members during the hospitalization process. In addition, the aim consist on, the identification of documented negative effects on children and their parents, to identify coping strategies for children and parents; to know the role played by nursing professionals during the institutionalization process; and to determine the consequences of child hospitalization.

Methodology: A literature review was carried out on the main health sciences databases and electronic libraries, Pubmed, CINAHL, Cuiden, PsyInfo, SciElo and Enferteca.

Results: 17 articles were analysed with two different perspectives; the impact of paediatric hospitalisation on children and the impact of paediatric hospitalisation on parents.

Conclusions: It is important that nurses know and satisfy all the needs surrounding the child (including the family context), with quality care, to achieve the best possible adaptation to the hospitalization process and make it less traumatic. Thus, these professionals must try to become a support figure for both the paediatric patient and his family.

Keywords: Child, Hospitalized; Parents; Hospitalization; Coping; Stressors.

3. ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud.

RAE: Real Academia Española.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

DxE: Diagnóstico enfermero.

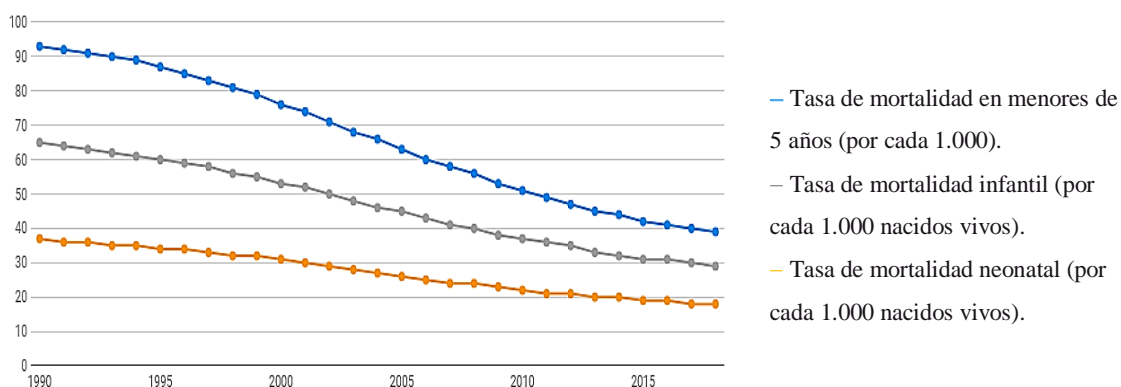
UCIP: Unidad de cuidados intensivos pediátricos.

4. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, en 1948, definió *salud* como el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta definición continúa siendo referencia hoy día. Asimismo, la citada organización alega, en cuanto al *desarrollo del niño*², que: “para el futuro de las sociedades humanas, es fundamental que los niños puedan alcanzar un crecimiento físico y un desarrollo psicológico óptimo”; “la buena nutrición y salud, los constantes cuidados afectuosos y el estímulo para aprender en los primeros años de vida, ayudan a los niños a obtener mejores resultados escolares, estar más sanos y participar en la sociedad”.

Estrechamente relacionada con la salud de la población infantil está la actividad sanitaria, la cual ha tenido una larga evolución gracias a los avances tanto en ciencia, como en tecnología, haciéndose evidente una clara reducción de la mortalidad infantil en las últimas décadas (Figura 1). Gracias a estos avances, el abordaje de la enfermedad en dicha población ha ido progresando, pasando de abordar únicamente la esfera biológica, a abarcar tres esferas: la biológica, la psicológica y la social³. Con esto podemos afirmar que, ya desde mediados del siglo XX, el tratamiento del ámbito mental y social cobra especial relevancia en el abordaje de la salud de una persona y, en especial, en la salud de nuestros menores.

Figura 1. Tasa de mortalidad infantil desde 1990 hasta 2018



Fuente: Blog del Banco Mundial de Datos, 2018⁴.

¹ Organización mundial de la salud: *Documentos básicos*; 49ª edición; Ginebra; Organización Mundial de la Salud; 2020: pág.1.

² Organización mundial de la salud: “Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente”; *Salud del niño. Desarrollo*. Actualización 2020. Disponible en: <https://acortar.link/15g5>

³ Breijo Rodríguez, A.: *Repercusión psicológica del proceso hospitalario en niños con hemopatías malignas*. Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2017; vol. 21 (4): pp 510-522. Disponible en: <https://acortar.link/15g6>

⁴ Suzuki, E. ; Kashiwase, H.: *A pesar de los notables avances, 15 000 niños y 800 mujeres mueren aún todos los días, principalmente por causas prevenibles o tratables*. Blogs Banco Mundial de Datos. Septiembre de 2019. Disponible en: <https://acortar.link/15g7>

Sin embargo, a pesar de los avances conseguidos en cuanto a conocimiento científico, la hospitalización en los niños sigue siendo una realidad y, por tanto, varios estudios centran su atención en determinar el impacto que supone para ellos la irrupción de la enfermedad en sus vidas, y qué consecuencias podría tener la hospitalización en su desarrollo. Así bien, este hecho es vivido por el niño como un acontecimiento que conlleva un deterioro de su bienestar, desencadenado por el cambio de rutina que sufren, las restricciones que se les impone o incluso los procedimientos y síntomas que acarrea la enfermedad que, a veces, pueden resultar dolorosos y poco comprensibles para ellos. La familia, por su parte, cobra un papel importante como agentes de cuidado y su respuesta al proceso de hospitalización también puede impactar directamente en la salud del niño, de forma tanto positiva como negativa⁵.

Antes de comenzar el estudio, debemos tener en cuenta algunos puntos de partida acerca de la hospitalización y el niño hospitalizado.

El término “hospitalización” es definido por la Real Academia Española (RAE)⁶ como el “ingreso de un paciente en un centro sanitario para ocupar una plaza o cama y recibir **atención especializada** hasta el momento del alta hospitalaria”. Durante este proceso, los derechos de los niños pueden verse violados, por lo que será relevante tener en cuenta qué documentos velan por el mantenimiento de los mismos.

A nivel internacional, a mediados del siglo XX, en 1959, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) aprobó la *Declaración de los Derechos del Niño* donde se recogían 10 principios de ayuda a la infancia. Sin embargo, como estos principios no eran de carácter obligatorio, se desencadenaron una serie de negociaciones entre gobiernos que culminaron en el 1989 con la celebración, y la posterior firma, de la *Convención de Derechos del Niño*, la cual sí que tenía carácter obligatorio y fue firmada por 20 países, entre los cuales se incluía España. Los principios rectores de esta convención fueron: la no discriminación, el interés superior del niño, la supervivencia y desarrollo y la participación⁷.

⁵ Silva, S.G.T.; Santos, M.A.; Floriano, C.M.F.; Damiao, E.B.C.; Campos, F.V.; Rossato, LM.: *Influence of Therapeutic Play on the anxiety of hospitalized school-age children: Clinical trial*. Rev Bras Enferm. 2017; vol. 70 (6): 1244-1249. Disponible en: <https://acortar.link/15g4>

⁶ Diccionario del español jurídico. *Hospitalización*. Real Academia Española. Madrid: RAE; 2016. Disponible en: <https://acortar.link/15g8>

⁷ Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica. Boletín Oficial del Estado. Nº 157 (17 de junio de 2010).

A partir de esa primera Declaración del 1959, se impulsa la puesta en marcha de diferentes actuaciones en favor de los niños, como la *Carta de los Derechos de los Niños Hospitalizados*⁸, aprobada en 1986 por el Parlamento Europeo. En este documento se recogen 23 derechos de la hospitalización de nuestros menores en un centro sanitario, entre los cuales se contemplan: el derecho a la no hospitalización del niño en caso de que sea posible otra alternativa, a estar acompañado por sus padres o semejantes en todo momento como “elementos activos de su vida hospitalaria”, el no soportar sufrimientos físicos y morales que puedan evitarse, o incluso el derecho a disponer de locales equipados de modo que respondan a sus necesidades en materia de cuidados, de educación y de juegos.

A nivel nacional, en España, nace la **Enfermería Pediátrica** como especialidad tras la aprobación del Decreto 3524/1964, de 22 de octubre, *por el que se crea la especialidad de “Pediatria y Puericultura” en los estudios de Ayudantes técnicos sanitario*⁶. Dicha resolución emerge con el convencimiento de que las necesidades de nuestros menores y sus problemas en salud difieren de los de la población adulta, y requieren una atención especializada. A partir de aquí, surge una larga trayectoria de disposiciones por las cuales se va regulando dicha especialidad. En 2003 con la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, *de ordenación de las profesiones sanitarias*; y, posteriormente en 2005, con el Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, *sobre especialidades de Enfermería*, se establecen las bases para la regulación de las diferentes especialidades en las Ciencias de la Salud. Pero no es hasta el 2010, con la Orden SAS/1730/2010, del 17 de junio, *por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica*, cuando se pone en marcha el primer **programa formativo** en España, vigente hasta la actualidad. Dicho programa define a la enfermera especialista en pediatría como profesional “capacitado para proporcionar cuidados de enfermería especializados de forma autónoma, durante la infancia y la adolescencia, en todos los niveles de atención...”⁷.

Por último, en el proceso de hospitalización del niño, tienen lugar diversas situaciones que requieren de la **toma de decisiones**. Dado que en estas circunstancias no es el propio niño quien toma las decisiones, sino que son familiares y profesionales los que realizan esta tarea pensando siempre en su bien; es importante conocer la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, *de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia*,

⁸ Comunidad Europea. *Carta Europea de los Niños Hospitalizados*. Diario Oficial de las Comunidades Europeas (13 de mayo de 1986).

la cual establece **el derecho del menor a ser oído y escuchado por él mismo o por su representante legal en todo momento**, siempre y cuando se designe que dicho menor tiene la suficiente madurez. En esta misma línea, se entiende la madurez del menor, desde la perspectiva sanitaria, como la “capacidad intelectual y emocional para comprender el alcance de la intervención de que se trate”. Así bien, se considera que a partir de los 12 años de edad el menor tiene la suficiente madurez; y a partir de los 16, o menor emancipado, este obtiene su **mayoría de edad sanitaria**⁹.

Una vez contemplado el marco legal, podemos ver que son muchas las disposiciones que amparan a los niños debido a que son considerados **población vulnerable**, condición que se acentúa con el hecho de la institucionalización en un centro sanitario.

El análisis del impacto de la hospitalización de la población infantil involucra a la **figura de la enfermera** (aludiendo en esta figura tanto a profesionales masculinos como femeninos), ya que, al ser los profesionales que más tiempo pasan al lado de los pacientes, intervienen de manera directa en actividades de detección y prevención de eventos negativos del paciente. Así bien, la Enfermería tiene la obligación de llevar a cabo acciones de protección, promoción, optimización de la salud y defensa de cuidados de los individuos. Desde este **rol de abogacía** y vinculado a la hospitalización pediátrica, los profesionales de esta disciplina tienen que ser defensores competentes¹⁰, buscando siempre el mejor de los intereses y proporcionando unos cuidados de calidad tanto para sus pacientes, como para su familia.

Sabiendo todo esto, se hace necesario profundizar en el impacto de la hospitalización infantil para así poder frenar, o incluso prever, efectos negativos derivados de ella; además de poner de manifiesto posibles estrategias de afrontamiento, para poder velar así por el bienestar de niños y padres.

4.1. OBJETIVOS

Para contemplar más de cerca y comprender la vulnerabilidad a la que está expuesto tanto el infante como su familia cuando tienes que lidiar con el proceso de hospitalización,

⁹ De la Horra Vergara, N.: *La incidencia de la Ley 26/2015 en la Ley 41/2002 sobre capacidad de los menores de edad en el ámbito sanitario*. *Adolescere* 2016; vol. 4 (1): 35-43. Disponible en: <https://acortar.link/15g1>

¹⁰ Oliveira, C.; Tariman, J.D.: *Barriers to the Patient Advocacy Role: An Integrative Review of the Literature*. *J Nursing Practice Applications & Reviews of Research*. 2017; vol. 7 (2): 7-12.

se plantea como **objetivo general del estudio**: *Explorar la experiencia del paciente pediátrico y de sus familiares durante el proceso de hospitalización*

En segundo lugar y tomando como referencia este objetivo general, se proponen los siguientes objetivos específicos:

1. Identificar efectos negativos documentados en el niño y en sus padres.
2. Identificar estrategias de afrontamiento de niños y padres
3. Conocer el papel desempeñado por los profesionales de enfermería durante el proceso de institucionalización.
4. Determinar las secuelas de la hospitalización infantil.

5. METODOLOGÍA

Con la finalidad de aproximarnos al tema planteado y descubrir su estado actual, se realizó una **revisión narrativa**¹¹ de la bibliografía más actualizada, que diera respuesta a los objetivos planteados.

Para la realización del estudio se llevó a cabo una **búsqueda bibliográfica** entre los meses de enero y marzo del 2020 en las principales bases de datos de ciencias de la salud: PubMed, CINAHL, CUIDEN y PsycInfo, y en las *bibliotecas electrónicas* de SciELO y Enferteca.

La **estrategia de búsqueda**¹² utilizada para la localización de los artículos comenzó con una búsqueda abierta, realizada mediante lenguaje libre en diferentes *idiomas* (inglés y español) y con distintos *sinónimos*: efectos, consecuencias, secuelas e impacto de la hospitalización infantil. Debido a la alta densidad de documentos, se pasó a una búsqueda controlada. Para ello, se transformaron los términos de lenguaje libre a través de los tesauros MeSH, DeCS y Cinahl Subheadings, en las bases de datos en las cuales estaba disponible esta opción, obteniendo las siguientes palabras: Child, Hospitalized; Infant behavior; Stress, Psychological y Child welfare. Las diferentes estrategias de búsqueda se generaron combinando estos descriptores mediante el operador booleano *AND*.

11 Guirao Goris, SJA. Utilidad y tipos de revisión de literatura. Ene. 2015; 9 (2). Disponible en: <https://acortar.link/182q>

12 Barderas Manchado A; Estrada Lorenzo JM; González Gil T.: *Estrategias para la búsqueda bibliográfica de información científica*. Educare21. 2009; vol. 55.

Las búsquedas llevadas a cabo fueron ligadas a los **filtros**: *fecha de publicación*, en los últimos 5 años (pudiendo haber ampliado la búsqueda a 10 años en alguna ocasión por falta de información); *idioma*, inglés, español y portugués; y *edad*, abarcando al máximo de la población infantil desde 0 a 18 años.

La metodología utilizada para la selección de los artículos siguió la siguiente secuencia. En primer lugar, acotamos los resultados mediante la lectura de su título; seguidamente, fueron leídos los resúmenes de cada uno de los artículos acotados; y finalmente, se llevó a cabo una lectura crítica e íntegra de 23 estudios, de los cuales se seleccionaron 17 para la realización de la revisión narrativa.

5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Se seleccionaron aquellos estudios que podrían tener mayor relevancia para la investigación, con los que se pudieran dar respuesta a los objetivos marcados y que cumplieran con los siguientes **criterios de inclusión**; descartándose aquellos artículos que estuvieran repetidos u obedeciesen a los **criterios de exclusión**.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Análisis cualitativos, cuantitativos y revisiones narrativas. • Artículos relacionados con el ámbito pediátrico. • Artículos cuya muestra se encuentre entre 1 y 14 años (límite en la cual el niño se supone que pasa a ser atendido por especialistas de adultos). • Artículos cuya población a estudio haya sido institucionalizada en atención hospitalaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios relacionados con la hospitalización de la población adulta. • Artículos exclusivos del ámbito de neonatología. • Artículos relacionados con patologías específicas. • Artículos que no estaban disponibles en texto completo para la investigadora.

Fuente: elaboración propia

En la siguiente Tabla 2 figuran las estrategias de búsqueda que condujeron a los artículos que finalmente se han incluido en la revisión, con los filtros utilizados, el número de artículos encontrados, seleccionados por título y resumen y, por último, los utilizados para realizar esta investigación por lectura crítica.

TABLA 2. Búsquedas bibliográficas

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Filtros	Número de resultados	Art. seleccionados	Art. utilizados
Pubmed	(INFANT BEHAVIOR) AND Child, Hospitalized	<ul style="list-style-type: none"> • Publication dates: 10 years • Ages: Child: birth-18 years. 	118	2	1
Pubmed	("Stress, Psychological" [Mesh]) AND "Child, Hospitalized"[Mesh]	<ul style="list-style-type: none"> • Publication dates: 5 years. • Ages: Child: birth-18 years. 	42	5	3
Pubmed	("Stress, Psychological" [Mesh]) AND "Child, Hospitalized"[Mesh]	<ul style="list-style-type: none"> • Publication dates: 10 years. • Ages: Child: birth-18 years 	74	2	2
CINAHL	Effects of child hospitalization	<ul style="list-style-type: none"> • Publication dates: 2015-2020 • Ages: all child 	29	1	1
CINAHL	Impact of hospitalization on children	<ul style="list-style-type: none"> • Publication dates: 2015-2020 • Ages: all child 	35	2	1
CINAHL	Impacto hospitalización niños	<ul style="list-style-type: none"> • Publication dates: 2015-2020 • Ages: all child 	49	4	3
CINAHL	(MH "Stress, Psychological +") AND (MH "Child, Hospitalized")	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha de publicación: 2015-2020 • Grupos de edad: All Child 	46	2	1
SciELO	Child Hospitalization	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha de publicación: 2015-2020 	236	4	2
Cuiden	Impact of hospitalization on children	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha de publicación: 2015-2020 	31	1	1
PsycInfo	Consecuencias de la hospitalización infantil	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha de publicación: 2015-2020 	10	1	1
Enfermería 21	Factores de riesgo hospitalización infantil	Ninguno	21	1	1

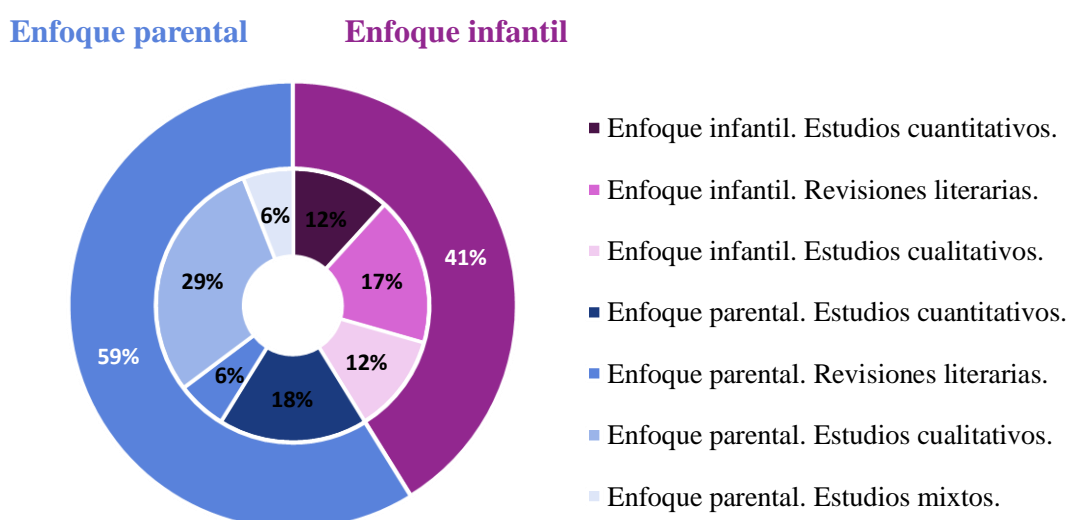
Fuente: elaboración propia.

6. RESULTADOS

La hospitalización infantil se considera beneficiosa en términos biológicos, puesto que probablemente lleve a la curación de la patología incipiente. Sin embargo, puede acarrear consecuencias negativas en la esfera psicosocial. Partiendo de esta idea de aspectos positivos y negativos de la hospitalización, procederemos a analizar los artículos seleccionados en busca de información pertinente para entender más de cerca lo que conlleva la hospitalización infantil, tanto para padres como para niños. La comprensión de estos aspectos se hace imprescindible **para la planificación de cuidados de enfermería** en el paciente pediátrico hospitalizado y en su familia.

Los resultados elegidos fueron estudiados desde dos enfoques analíticos. En primer lugar, el impacto en la hospitalización pediátrica en los propios niños. Para este apartado se utilizaron 7 artículos: 2 estudios cualitativos realizados en Brasil; 2 cuantitativos, uno perteneciente al ámbito español y otro al portugués y brasileño, y 3 revisiones literarias. En segundo lugar, se seleccionaron 10 estudios cuyo enfoque estuviera relacionado con el impacto de la hospitalización infantil en los padres, así bien se utilizaron: 5 estudios cualitativos procedentes de Australia, Suecia y Brasil, 3 cuantitativos de Chile, España y Estados Unidos, un estudio mixto (cualitativo y cuantitativo) realizado también en hospitales estadounidenses y una revisión literaria.

Figura 2. Estudios utilizados para la elaboración de los resultados



Fuente: Elaboración propia

6.1. El impacto de la hospitalización pediátrica en los niños

En primer lugar, es importante comprender que en la hospitalización infantil, las consecuencias y estrategias de afrontamiento del propio niño, van a estar íntimamente relacionadas con **factores personales** como su edad, su estado de desarrollo, su capacidad de adaptación, así como con el entorno que le rodea^{1,2}. Aunque algunos de estos factores no puedan ser modificados, el hecho de conocerlos de cerca y saber cómo actuar sobre ellos puede minimizar efectos negativos derivados de la hospitalización.

Efectos negativos en el niño

El ingreso de un niño en un hospital trae consigo **ciertos cambios en su rutina** que pueden afectar a su desarrollo. Estos cambios no solo están relacionados con las consecuencias de su patología y tratamiento, sino que también están ligados al hecho de la institucionalización. Con este último aspecto nos referimos, por un lado, al **control** que el hospital ejerce sobre las **actividades de la vida diaria** del niño, como las pautas de horarios para comer, dormir, para la higiene...; y, por otro, a la **imposición** de ciertas **restricciones** como el juego, el estudio, o el simple hecho de salir a la calle en ciertas ocasiones. Todo esto, puede desencadenar en él emociones negativas, de sufrimiento psicológico, como el miedo, la ira, el estrés o incluso la ansiedad^{2,3}.

Para comprender más de cerca ese **sufrimiento psicológico**, “The experience of suffering, stories told by the hospitalized children”⁴, de Vasques et al, crea un “modelo de sufrimiento” a partir de testimonios de niños hospitalizados. En él, se definen las diferentes categorías por las que un niño hospitalizado puede pasar:

- **Conocer el sufrimiento causado por la enfermedad**: cuando la enfermedad irrumpe en la vida del niño y su hospitalización se hace presente, se produce una pérdida de privacidad, autonomía y del contexto familiar.
- **Tolerar para sobrevivir a la experiencia de la enfermedad**: los niños intentan sentirse fuertes para derrotar la enfermedad y luchan contra sus emociones para no exteriorizarlas. Aquí se muestran distantes y observadores con el medio, pudiendo llegar a ver el contacto con desconocidos como un desafío.
- **Relajarse de la tolerancia para liberar emociones**: esa energía de tolerancia se agota y su relajación conlleva a la expresión descontrolada de sus sentimientos con el llanto

desbocado, la protesta, irritación e incluso agresividad. Aquí el niño se encuentra muy vulnerable y expresa su descontento en todo momento.

- Vivir el sufrimiento: el niño reorienta su energía hacia actividades que le hagan sentir mejor (el juguete, la espiritualidad), entienden que necesitan ser tratados para salir de ahí y empiezan a expresar esta experiencia de sufrimiento.
- Fluctuar entre la tolerancia y el sufrimiento: este proceso no es lineal, sino que los infantes viven momentos de tolerancia del dolor y de las emociones, y otros de profundo sufrimiento, el cual es exteriorizado para liberar esas emociones.

Por su parte, Gomes et al.^{3,5} en sus estudios, hacen una propuesta de diagnóstico enfermero (DxE): “**ansiedad por la hospitalización en niños**”, definiéndolo como: “un fenómeno **multidimensional** caracterizado por aspectos biológicos y psicológicos, desencadenado por un proceso estresante y amenazador de la inserción en un entorno hospitalario, donde el niño es privado de las interacciones familiares y sociales, se ve obligado a interactuar con extraños y es sometido a procedimientos invasivos y dolorosos. Además, el niño tiene las actividades recreativas parcialmente interrumpidas”. Asimismo, identifican una serie de **antecedentes, atributos y consecuencias** de este diagnóstico con los que se construye la tabla 3.

Tabla 3. Efectos negativos de la hospitalización que contribuyen al diagnóstico de ansiedad	
Antecedentes	Retirada de la familia del contexto, inserción en ambiente desconocido del hospital, restricción de actividades recreativas, falta de conocimiento en cuando a los procedimientos, experiencias de sumisión a procedimientos invasivos.
Atributos	Fisiológicos : dilatación de pupilas, aumento de la frecuencia cardiaca y la presión arterial, cambios en el apetito, náuseas, cambios en el patrón respiratorio (disnea), insomnio, temblor, parestesias, sudoración, dolor torácico o abdominal, malestar o desmayos.
	Psicológicas (conductuales y emocionales) : miedo, angustia, incertidumbre, confusión, nerviosismo, hiperactividad, impulsividad, agitación, irritabilidad, impotencia, inseguridad, sentimiento de culpa, lesiones corporales o agresión, sentimiento de abandono y soledad, tristeza, llanto, falta de concentración.
Consecuencias	Depresión, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad generalizado, fobias, trastorno del pánico, trastorno de la ansiedad por separación, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo.

Fuente: elaboración propia.

Es importante añadir que, la **ansiedad patológica** se produce cuando se sobrepasan los límites de la normalidad y se interfiere con las condiciones del bienestar físico, psicológico y social; llegando a confundirse con miedo. De tal manera, esta interferencia crea en la persona una sensación de amenaza constante⁵. Así bien, cuando antes sean tratados estos efectos, menos repercusiones tendrán sobre el niño a largo plazo.

Desde la perspectiva del menor, Farias et al.⁶ basan su estudio en diferentes categorías acerca de la hospitalización infantil. En este artículo, los niños identifican en el ingreso en un centro sanitario **aspectos positivos** en cuestiones como el afecto y el aumento de atención que reciben de sus parientes, así como el alivio de los síntomas gracias a los procedimientos. Pero, por otro lado, establecen como **agentes estresores** que desencadenan en ellos sentimientos negativos el aislamiento y la soledad que sienten.

Por tanto, no solamente influyen en el niño sus factores individuales, sino que también causan en él gran impacto el fenómeno del **hospital** en sí mismo y la propia enfermedad^{1,2,3}.

Estrategias de afrontamiento personales en el niño

Para analizar las estrategias de afrontamiento que los menores utilizan en este proceso de hospitalización, podemos examinar el estudio de Motta et al.², donde se muestran dos tipos de comportamientos, los cuales varían dependiendo de la patología presentada. Uno de ellos se relaciona con aspectos negativos, como el sentirse culpables, el pensamiento en la huida o el esconderse, la ira o el llanto. Por su parte, el segundo tipo de comportamientos descrito se relaciona con estrategias positivas, las cuales podrían disminuir esas conductas negativas. Entre las estrategias positivas encontramos:

- **Estrategias de solución de problemas:** tomar la medicación pautada para su tratamiento.
- **Estrategias de distracción y regulación emocional:** ver la televisión, jugar, escuchar música, cantar, estudiar.
- **Estrategias de búsqueda de apoyo y consuelo:** rezar y conversar.

Por su parte, Farias y colaboradores¹⁷ también muestran una perspectiva acerca de las estrategias de afrontamiento en niños. Aquí los testimonios nos dan a conocer que **el juguete y el cuidado de animales** resultan muy positivos a la hora tanto de tratar de disminuir el dolor, como de afrontar el proceso de hospitalización. El uso del juguete

terapéutico a través de la pintura, el juego, el dibujo... ayuda a disminuir la sensación de soledad, tensión, miedo y estrés, mejorando el bienestar de los niños aportándoles diversión, relajación, liberación de tensiones o incluso mejoras en la expresión de sus sentimientos e interacción social. Por su parte, el cuidado de animales, aunque con limitaciones, mejora la satisfacción infantil y su experiencia hospitalaria al cuidar, alimentar y acariciar a sus mascotas, mostrándose incluso más colaboradores tanto en sus tratamientos como en otras actividades lúdicas tras estas interacciones.

El hecho de que el **equipo sanitario** sepa identificar en cada niño las estrategias más efectivas de afrontamiento, puede ayudar a facilitar y humanizar su asistencia. El éxito en las **actividades lúdicas** propuestas por los profesionales, proporciona al niño un incremento en su autonomía, felicidad, habilidades cognitivas y confianza en sí mismo. Todos estos aspectos son de gran importancia para su desarrollo, sobre todo durante la edad escolar. Este hecho podría alejar la experiencia de la hospitalización de la connotación negativa con la que es identificada en numerosas ocasiones^{2,7}.

Así bien, conociendo un poco más de cerca la **percepción de los niños sobre la enfermería**⁷, vemos que los infantes dan mucha importancia a que las enfermeras les expliquen los procedimientos, que interaccionen con ellos con cariño o el hecho de que estos profesionales utilicen el juego antes de los procedimientos dolorosos, puesto que les aporta calma y tranquilidad. Es por esto que, ante la pregunta de “cómo les gustaría que las enfermeras les trataran”, los niños comentaron que les agradaba una interacción divertida, con juegos, explicaciones, escuchándoles y sin que les maltratasen o ser malos con ellos.

6.2. El impacto de la hospitalización pediátrica en los padres

A parte del contexto del hospital, es de suma importancia para el niño hospitalizado el **contexto familiar**.

Aunque el cuidador principal proporciona apoyo físico y emocional, también **puede alterar el bienestar del paciente pediátrico** cuando este ve alterado su núcleo familiar^{1,3}. Por su parte, el miedo experimentado por los niños durante la hospitalización y sus cambios de comportamiento afectan en gran medida a sus padres, los cuales a su vez tienen que lidiar con dificultades físicas, emocionales, laborales, financieras, así como sus propias dificultades familiares^{8,9}.

Factores estresantes en la familia y necesidades durante la hospitalización

La enfermería cobra un papel importante no solo en lo que al niño se refiere, sino también en las dificultades que puedan encontrar los propios padres⁶.

El estrés es definido como “la respuesta de un individuo cuando las exigencias físicas o psicosociales de una situación superan la capacidad de adaptación”⁸; y el estrés familiar como “una respuesta sistémica de la **familia como unidad** a menudo relacionada con la pérdida o la pérdida anticipada, manifestada como un cambio en la función familiar, todo lo cual puede estar aumentado por la ambigüedad y la incertidumbre que acompaña a los cambios de salud críticos y emergentes”¹⁰.

Siguiendo estas definiciones encontramos 3 dimensiones de estresores descritas por Ramírez et al¹⁹ en su estudio sobre agentes estresores en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP).

Dimensión	Factores estresantes
Dimensión clínica <i>Definida por los padres como la más estresante</i>	<ul style="list-style-type: none">▪ Aspecto del niño: signos y síntomas de la enfermedad, efectos secundarios del tratamiento, presencia de dispositivos y conexiones.▪ Imágenes y sonidos: luces, gran número de personas desconocidas, pacientes críticos alrededor, alarmas, ruido ambiental.▪ Intervenciones, dolor.▪ Conducta del equipo profesional: falta de atención cuando se les demanda, no darse a conocer a la familia.
Dimensión emocional	<ul style="list-style-type: none">▪ Comportamiento y/o respuesta emocional del niño y alteración del rol parental, secundarios a la hospitalización.▪ Sentimientos de incredulidad, culpa, frustración, ansiedad, estrés y depresión.
Dimensión comunicativa	<ul style="list-style-type: none">▪ Comunicación con el equipo profesional: comunicación demasiado rápida y técnica.

Fuente: elaboración propia.

Sumados a estos factores encontramos otras fuentes de estrés descritas por Hagstrom¹⁰ en su estudio dentro del mismo tipo de hospitalización crítica. En él los padres

revelan que la hospitalización supone para ellos “**vivir entre dos mundos**”, su casa y la UCIP. Por su parte, entre los factores estresantes del análisis destacan:

- La **separación de la familia**, la cual se hacía más estresante si esta contaba con más niños en casa.
- La **falta de conocimiento** acerca de los cambios en el niño, el futuro de su salud o el momento de los procedimientos invasivos.
- **La enfermedad y angustia del niño**, destacada como la fuente más estresante, puesto que su angustia oscilaba con las exacerbaciones de la enfermedad; así como con sus emociones, comportamiento, procedimientos y apariencia.

Así bien, **cuanto mayor es la satisfacción de las necesidades** percibidas por los padres, **menor es el número de síntomas de angustia psicológica sufridos, y menores son los signos de depresión**¹¹.

Explorando más a fondo estas **necesidades percibidas**, Andrade et al.⁹ en su revisión literaria encuentran tres niveles:

- Necesidades relacionadas con los propios padres: donde se destaca el control de sus propios sentimientos para no proyectarlos en el niño; además de la necesidad de permanecer al lado de sus hijos para vigilarles y asegurar su bienestar.
- Necesidades relacionadas con el equipo de salud: profesionales que les proporcionen tanto apoyo emocional como una seguridad en calidad de cuidados. Pero, sobre todo, que les aporten respuestas en cuanto a: evolución, tratamiento, procedimientos, cuidado, incluso información acerca de su modo de su actuación tras el alta.
- Necesidades relacionadas con la estructura organizativa y recursos: sitios donde comer, silencio y comodidad para su descanso, baños habilitados para su higiene...

Es importante destacar que el **distanciamiento padres-profesionales** puede obstaculizar la satisfacción de las necesidades. Así bien, con palabras de consuelo, reconocimiento, preocupación, solidaridad y compasión, los padres sienten ese apoyo profesional reconfortante⁹.

La familia como agente de cuidado

No solo existen factores estresantes sino que los padres pueden llegar a sentir más **ansiedad** que sus hijos al sentirse incapaces de protegerlos. Para combatirla, Sorli Latorre y Rubio Laoz¹² demuestran en su estudio que un buen apoyo y un buen aporte de

información por parte del profesional sanitario, en especial por el profesional de enfermería, ayudan a disminuir este estado produciendo gran satisfacción en el cuidado del niño. Así bien el estudio describe a la enfermera como un **pilar fundamental** para los padres durante la hospitalización, sosteniendo labores tan importantes como la educación familiar del cuidado del niño y el aporte de seguridad y confianza en sí mismos, para aumentar su participación como agentes de cuidado.

Son numerosos los estudios que demuestran que esta **participación** está asociada a mejores resultados tanto para niños como para los propios padres (mayor comodidad, mejoras en la ingesta, en el nivel de actividad, disminución de la duración de estancia hospitalaria y mejoras en el vínculo niño-familia)^{9,11}. Sumado a esto, el estudio de Jones et al.¹¹ muestra factores relacionados con una alta **participación** de los familiares **como agentes de cuidado**: edades más jóvenes de los padres, mayor número de ingresos hospitalarios, mayor percepción del cumplimiento de necesidades y mayor preparación hospitalaria. En contraposición, exponen como factores limitantes la presencia de varios hijos en la familia y menores recursos fuera del hospital.

Estrategias de afrontamiento

En este momento en el que la vida de los padres se transforma, se hace imprescindible construir un sistema de apoyo que minimice efectos negativos y cubra sus necesidades. Según uno de los estudios de Foster y colaboradores¹³, para que los padres puedan afrontar estas situaciones, poseen una serie de fortalezas, **factores favorecedores de su resiliencia**, que facilitan su bienestar y capacidad de gestión de la situación; por su parte, el estudio “Support systems in the pediatric intensive therapy unit: family perspective”¹⁴, de Bazzan et al., analiza los sistemas de apoyo de los familiares para la adaptación, de tal modo que podemos describir tres categorías:

- **Aprovechamiento de las fortalezas internas**: apoyarse en la fuerza interior y en la rutina del niño para manejar sus demandas físicas y alejarse de emociones negativas de tristeza. Con esto se intenta favorecer los pensamientos positivos como la supervivencia del pequeño y los pequeños progresos. Un mejor control de las emociones por parte de los padres, supone la no proyección de sentimientos negativos al niño.

- **Tener relaciones positivas de apoyo:**
 - Pareja, familia perteneciente al núcleo familiar y/o familia más allá del núcleo familiar (incluyendo aquí amigos). Este tipo de apoyo es imprescindible y no solamente es presencial.
 - Familiares de otros niños hospitalizados: hablar con otros padres de niños ingresados en la unidad y compartir experiencias, así como el apoyo mutuo para disminuir la sensación de soledad.
 - La espiritualidad: la fe aporta paz, tranquilidad y fuerza.
 - Personal de salud: destacando tanto a enfermeras como psicólogos, para favorecer la comprensión de la situación, de la enfermedad y del tratamiento, así como recibir apoyo y experiencias anteriores.
- **Estar en un lugar seguro con la ayuda adecuada**: personal solidario, servicial, empático, amigable, compasivo, que proporcione cuidados de bienestar tanto a niños como a los propios padres, creando así un ambiente positivo y seguro.

Ligado a este último punto, destacamos unos factores atenuantes^{8,9,10,15} del nivel de ansiedad percibido, que dependen en gran medida de la gestión del hospital y de sus profesionales:

- Incitar al **acompañamiento** de los padres a sus hijos durante los procedimientos, siempre de manera voluntaria. Esto les proporciona un mayor control de la situación, además los niños responden de manera muy positiva.
- Los **ingresos programados y la preparación anticipada de la familia** por parte del equipo sanitario, puesto que permite en el contexto familiar una adaptación previa tanto funcional como psicológica.
- El uso de **habitaciones individuales** para el niño y familia, alejadas del sonido de alarmas, que permitan un descanso y preserven su intimidad.
- Tener **lugares** en el hospital donde dejar a los **hermanos** y permitir su visita al paciente hospitalizado.
- **Participación** de la familia en el cuidado del niño y participación del equipo sanitario desde la atención profesional, empática, comprometida y honesta a la hora de la comunicación. Así bien, mejor será la participación familiar cuanto más confianza y apoyo sientan los familiares en los profesionales.
- **Estar informados** en todo momento acerca de la evolución del niño, de su tratamiento y proceso de recuperación.

- El cuidado integral de la familia: niño, padres, hermanos.

Corroborando estas estrategias, el estudio “*Parents’ experiences of their child being admitted to paediatric intensive care unit: a qualitative study—like being in another world*”¹⁵, de Dahav y Sjöström-Strand, hace evidente que, para los padres, el proceso de hospitalización es como “estar en otro mundo”, y les resulta de suma importancia el **estar involucrado en los cuidados del pequeño, el estar informados en todo momento**, así como el **sentir atendida la familia** en su totalidad.

Secuelas tras el alta a domicilio

La experiencia de hospitalización no acaba después del alta hospitalaria al domicilio. Tras la salida del centro sanitario, los sentimientos de estrés, ansiedad, angustia, incertidumbre... no desaparecen. Tanto hijos como padres se enfrentan a **nuevos desafíos** tras la institucionalización, como el afrontamiento de los cuidados sin supervisión profesional y los efectos psicosociales derivados del proceso. Estos desafíos suponen una gran carga física y mental para los padres, puesto que las consecuencias de la hospitalización, así como de las patologías, pueden durar desde semanas hasta incluso años¹⁶.

Foster et al¹⁶, en su estudio “*Parent experiences and psychosocial support needs 6 months following paediatric critical injury: A qualitative study*” destacan una serie de necesidades a las que se enfrentan los padres 6 meses después del alta de un niño con una lesión crítica, a parte de las cuestiones físicas y emocionales:

- Integración en la vida diaria: a pesar del aspecto positivo de la vuelta a casa, con la consecuente recuperación del control de sus vidas, los primeros meses tras el alta son especialmente estresantes con impactos psicológicos sobre el niño (pesadillas, miedo, desapego emocional, ira...); lo que fatiga a la familia en gran medida.
- Adaptación mental y emocional a las lesiones: importancia de cuidar la salud mental de los niños tras el evento traumático.
- Hacer frente a las lesiones como familia
- Explorar recursos para satisfacer las necesidades de la familia: el no haber recibido orientación profesional previa al alta y recomendaciones de servicios supone ciertas barreras para acceder a dichos servicios de suma importancia para la rehabilitación.

Por su parte, el estudio de Pinto et al¹⁷ no se centra tanto en las lesiones críticas, sino que va al **entorno genérico** de la hospitalización aguda. En su estudio, destaca dos fenómenos interactivos de la recuperación de los niños:

- **La movilización para restablecer el equilibrio funcional:** lucha de la familia por reorganizarse del impacto de la hospitalización, retomando el control tras la vuelta al domicilio, pero sin contacto profesional, con lo que son ellos mismos, con influencia de sus familiares cercanos y cultura, son los encargados de la toma de decisiones. Así bien, la familia se vuelve más vigilante ante el aumento de vulnerabilidad del niño.
- **Sufrir la posibilidad de una readmisión:** en esta etapa, la familia vive con el miedo a una recaída de la enfermedad y una nueva admisión hospitalaria, es por esto que el nivel de alerta de los padres aumenta y esta sensación de peligro constante puede perdurar a lo largo de los años.

A pesar de esto, el que los padres vean progresos en la recuperación de sus niños les ayuda a reanudar el trascurso normal de sus vidas, planeando nuestras actividades y volviendo poco a poco a la rutina.

Por tanto, aunque la hospitalización del niño tenga un buen pronóstico de curación, puede causar gran sufrimiento a la familia y su salud mental puede verse afectada durante un largo periodo de tiempo. Es por ello que estos estudios^{16,17} proponen como ideal una **evaluación** psicosocial de los cuidadores durante la hospitalización, la **oferta de apoyo** posterior y un **seguimiento** tras el alta hospitalaria al domicilio.

7. DISCUSIÓN

El hecho de que niños y padres no experimenten consecuencias negativas derivadas del proceso de hospitalización, se presenta como un acontecimiento casi imposible de subsanar por completo; pero, tal y como muestran los resultados, **intentar minimizar estos efectos es posible e imprescindible** para que puedan llevar a cabo un mejor afrontamiento de la enfermedad, tanto durante el ingreso hospitalario como tras el alta al domicilio.

Para que esto sea posible, es importante que, tanto profesionales de servicios de alta complejidad, como aquellos que pertenecen a una unidad de hospitalización pediátrica convencional, conozcan el impacto biopsicosocial de este proceso^{1,8,12}.

Se considera que es **la figura de la enfermera** la más adecuada para hacer frente a este problema, por la cercanía y el tiempo que dedica a los pacientes y familiares. Además, la valoración enfermera permite recoger todos los aspectos que influyen en la experiencia de hospitalización: factores personales, tipos de apoyo familiar e interacciones con el equipo de salud³.

Desde hace años, la Enfermería no considera únicamente la esfera biológica, correspondiente a la enfermedad y la realización de procedimientos técnicos, sino que se considera también dentro de la disciplina la **esfera psicosocial** de cada persona. En el problema que se describe en esta revisión, resulta sumamente significativo que estos profesionales reconozcan el sufrimiento psicológico del niño, escuchándoles de forma activa, y aprendiendo hasta dónde puede influir en sus vidas este proceso de enfermedad ligado a la hospitalización. Con esto, se podría conseguir una identificación de las estrategias de afrontamiento más efectivas en cada niño, lo que va a facilitar, mejorar y humanizar la asistencia⁷.

En segundo lugar, como venimos diciendo, es importante incorporar a la familia dentro del **equipo multidisciplinar** que se encarga de la recuperación del niño hospitalizado, para que esta sea lo más satisfactoria posible y deje el mínimo de secuelas⁶.

Por tanto, también se hace necesario identificar, al igual que en el menor, las necesidades individuales de los padres en su trascurso por el hospital para proporcionarles mayor apoyo y que estos puedan aumentar su capacidad de cuidado¹¹.

El papel de la Enfermería también se hace indispensable para el fortalecimiento familiar, mediante el apoyo, el reconocimiento y la potenciación de roles familiares, así como con la enseñanza y el asesoramiento en todo lo que involucra al cuidado del niño¹⁰. Con esto consiguen **aumentar la participación familiar** en el proceso, mejorando así su adaptación.

Cabe destacar que tanto padres como niños mencionan como imprescindible la **adecuada comunicación** con los profesionales. Este aspecto es un papel básico de la práctica enfermera y se ha de basar, tanto en una comunicación abierta y de confianza, como en una escucha activa para comprender al paciente y a su familia en ciertos aspectos de su vida. Además, estos profesionales han de tener la capacidad de encontrar el momento más oportuno para transmitir información, corroborar su comprensión y utilizar un lenguaje adecuado al niño y familiares que facilite la comprensión de la información

aportada, así como un empleo óptimo de la comunicación no verbal que acompañe a sus palabras. El estudio Farias y colaboradores.⁶ sugiere en este último aspecto el uso de un tono calmado y la estimulación táctil y afectuosa para favorecer la comprensión y aceptación de la información, y disminuir así la sensación de ansiedad^{9,15}.

Así bien, las propuestas mencionadas en los resultados no pueden considerarse como temas independientes, sino que, por el contrario, es necesaria una interrelación para lograr una mejor comprensión del proceso de hospitalización en niños y padres. De esta manera, se puede establecer y llevar a cabo un **plan de cuidados enfermeros de calidad**, que concuerden con las necesidades experimentadas.

En primer lugar, como hemos visto a lo largo de esta revisión, la hospitalización infantil puede conllevar respuestas desadaptativas tanto en el paciente pediátrico, como en sus familiares. Es por esto que se hace oportuno reparar en una serie de **diagnósticos NANDA**¹⁸ que pueden derivarse de este proceso de desadaptación:

Diagnóstico	Definición
Afrontamiento ineficaz	Patrón de apreciación no válida sobre los agentes estresantes, con esfuerzos cognitivos y/o conductuales, que fracasan en la gestión de las demandas relacionadas con el bienestar
Disminución de la implicación en actividades recreativas	Reducción de la estimulación, interés o participación en las actividades recreativas o de tiempo libre
Ansiedad	Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.
Conflicto del rol parental	Experiencia parental de confusión y conflicto en el rol en respuesta a una crisis.

Fuente: elaboración propia

En segundo lugar, es necesario establecer cuáles son los **objetivos principales (NOC)** que más se ajustan a un plan de cuidados que mejore las experiencias de hospitalización infantil y prevenga los efectos adversos de la misma.

- **NOC: Adaptación del niño a la hospitalización.**
- **NOC: Adaptación del cuidador principal al ingreso del paciente en un centro sanitario.**
- **NOC: Preparación del cuidador familiar domiciliario.**

Y, por último, se presentan las **intervenciones (NIC)** que esta sociedad¹⁸ recoge y que se corresponden con los diagnósticos y resultados enfermeros. A pesar de que se cuenta con una gran variedad de intervenciones que se pueden poner en práctica en este proceso de hospitalización, se van mencionar aquellas que mejor den respuesta a los resultados de la revisión.

1- Intervenciones relacionadas con el apoyo para el afrontamiento de la situación tanto en niños como en padres:

Tabla 6. Intervenciones enfermeras (NIC) en niños y padres.	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mejorar el afrontamiento ▪ Apoyo emocional ▪ Asesoramiento ▪ Apoyo en la toma de decisiones 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminución de la ansiedad ▪ Potenciación del autoestima ▪ Manejo ambiental ▪ Negociar las horas de las comidas deseadas, que pueden o no coincidir con los horarios habituales del hospital

Fuente: elaboración propia

2- Intervenciones relacionadas con la satisfacción de necesidades del niño durante la hospitalización

Tabla 7. Intervenciones enfermeras (NIC) en niños hospitalizados.	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumentar los sistemas de apoyo ▪ Distracción ▪ Enseñanza: procedimiento/tratamiento ▪ Arteterapia ▪ Terapia asistida con animales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapia de actividad ▪ Terapia con juegos ▪ Terapia de reminiscencia ▪ Musicoterapia ▪ Facilitar permisos

Fuente: elaboración propia

3- Intervenciones enfermeras relacionadas con la satisfacción de las necesidades de la familia del niño hospitalizado:

Tabla 8. Intervenciones enfermeras (NIC) en la familia.	
<ul style="list-style-type: none">▪ Enseñanza: individual▪ Facilitar las visitas▪ Facilitar presencia de la familia▪ Mejora de la autoconfianza▪ Grupo de apoyo▪ Asistencia para los recursos financieros	<ul style="list-style-type: none">▪ Orientación del sistema sanitario▪ Fomentar el rol parental▪ Apoyo a la familia▪ Planificación para el alta▪ Terapia familiar▪ Potenciación de la socialización

Fuente: elaboración propia

7.1. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

El proceso de revisión narrativa ha contado con varias limitaciones tanto por parte de la investigadora como por parte del estudio en sí mismo.

En cuanto a las **limitaciones de la investigadora**, cabe mencionar que el nivel intermedio de inglés que esta presenta puede haber dificultado la lectura de artículos, ya que en este idioma un gran número de palabras cuenta con varios significados en español.

Relacionado con las **limitaciones del estudio**, la inexistencia de términos documentales concretos que definieran el tema en cuestión ha dificultado las búsquedas en las bases de datos, produciendo que estas tuvieran que realizarse con términos parecidos o más amplios que desviaron muchas búsquedas hacia otros temas.

En segundo lugar, ante la escasez de artículos del ámbito español, se utilizaron estudios de diferentes países y sistemas sanitarios, con los que se hace difícil comparar unos estudios con otros, ya que cuentan con diferentes tipos de recursos.

Otras limitaciones que la revisión presenta son, por un lado, la muestra poblacional de algunos estudios utilizados es pequeña, lo que puede suponer una falta de representatividad de los resultados que presentan. Por otro, es de destacar que varios estudios señalan la escasez de artículos en los que se incluyesen lactantes, pues la mayoría mencionan una mayor facilidad a la hora de trabajar con pacientes en edad escolar, que tuvieran desarrollado el lenguaje. Sumado a esto, encontramos que la mayoría de los estudios realizados con padres tienen lugar en unidades de cuidados intensivos,

incluyéndose pocos estudios llevados a cabo en unidades de hospitalización general pediátrica.

7.2. RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

En numerosas ocasiones, debido a la carga de trabajo con la que los profesionales sanitarios tienen que lidiar en su día a día, en concreto el profesional enfermero, se olvida la cantidad de efectos negativos que puede suponer este cambio en la rutina de un niño, tanto a nivel psicológico, cognitivo y comportamental, como a nivel social.

Es por ello que este estudio podría ser utilizado por los profesionales de enfermería, que trabajan en el ámbito hospitalario pediátrico, para **conocer más de cerca el nivel de impacto al que se expone el infante** y sus padres cuando son ingresados en un centro sanitario. Así bien, con este estudio se pretende que estos sanitarios hagan una labor de **prevención** con un plan de cuidados de calidad, para evitar al máximo posible que estos efectos adversos se magnifiquen y dejen importantes secuelas.

Por otra parte, también podría ser un buen punto de partida para que los profesionales que realizaran el **seguimiento tras el alta hospitalaria** (ya sea desde atención especializada como desde atención primaria), comprendieran un poco más de cerca a lo que las familias han estado expuestas previamente y puedan elaborar un plan de cuidados de calidad acorde a esto.

7.3. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Como futuras líneas de investigación, se propone el aumento de **estudios basados en la exploración de los efectos que tiene sobre el niño** el hecho de una hospitalización; que se conozca más de cerca su perspectiva, para así poder aprender de ellos qué es lo que más necesitan en esta etapa. Así bien, podría ser interesante, aunque de mayor dificultad, **estudios con lactantes** hospitalizados, los cuales se encuentran en una fase de sus vidas de cambios constantes.

Por otra parte, se hace necesario la realización de **estudios con niños tras el alta a domicilio**, explorando las secuelas que deja la hospitalización en sus vidas; ya que únicamente se encontraron testimonios de los padres.

Por último, se propone el análisis de las **estrategias enfermeras que mejoren el afrontamiento de familiares** de niños que se encuentren en situación de institucionalización.

8. CONCLUSIONES

Una vez realizada la revisión bibliográfica acerca del impacto que tiene el proceso de hospitalización en la infancia, se llega a las siguientes conclusiones:

- La evidencia científica muestra que la hospitalización infantil supone una **irrupción importante en la vida de los niños**, lo que puede desencadenar efectos adversos tanto para su desarrollo como para el transcurso de la vida de su familia.
- Implicar a los padres dentro del **equipo multidisciplinar**, encargado del cuidado de los niños hospitalizados, tiene beneficios en tanto en cuanto a lo que la recuperación del niño y la salud familiar se refiere.
- Es importante que los profesionales de enfermería **conozcan y satisfagan todas las necesidades que rodean al niño** (incluyendo su contexto familiar), con unos cuidados de calidad, para conseguir la mejor adaptación posible al proceso de hospitalización y que este sea menos traumático.
- Por último, destacar que, desde el ámbito enfermero, se ha de tener como objetivo principal que familia y niño puedan ver a las enfermeras como una **figura de apoyo** con la que poder contar en los momentos más vulnerables de este proceso.

9. BIBLIOGRAFÍA

- 1- Mula-Fuentes, B.; Quintana, M.; Rimbau, J.; Martínez-Mejías, A.; Úriz, M.S.; Rivera-Pérez, C. et al.: *Anxiety, hospital fears and conduct and behavioral alterations during pediatric hospitalization*. Actas Esp Psiquiatr. 2017; vol. 46 (2): 42-50. Disponible en: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/20/112/ENG/20-112-ENG-42-50-160674.pdf>
- 2- Motta, A.B.; Perosa, G.B.; Barros, L.; Silveira, K.A.; Lima, A.S.S.; Carnier, L.E. et al.: *Comportamentos de coping no contexto da hospitalização infantil*. Estudos de Psicologia. 2015; vol. 32 (2): 331- 41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2015000200016>
- 3- Gomes, G.L.L.; Fernandes, M.G.M.; Nóbrega, M.M.L.: *Hospitalization anxiety in children: conceptual analysis*. Rev Bras Enferm. 2016; vol. 69 (5): 884-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0116>
- 4- Vasques, R.C.Y.; Bousso, R.S.; Mendes-Castillo, A.M.C.: *The experience of suffering: stories told by hospitalized children*. Rev Esc Enferm USP 2011; vol. 45 (1): 120-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000100017>
- 5- Gomes, G.L.L.; Nóbrega, M.M.L.: *Anxiety in children following hospitalization: a proposal for a nursing diagnosis*. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015; vol. 23 (5): 963-70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0372.2637>
- 6- Farias, D.D.; Gabatz, R.I.B.; Terra, A.P.; Couto, G.V.R.; Milbrath, M.; Schwartz, E.: *A hospitalização na perspectiva da criança: uma revisão integrativa*. J Nurs UFPE. 2017; vol. 11 (2): 703-11. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/0f86/96f9f565a1e31520e1fd97a986ffb08453ad.pdf>
- 7- Santos, P.M.; Silva, L.F.; Depianti, J.R.B.; Cursino, E.G.; Ribeiro, C.A.: *Os cuidados de enfermagem na percepção da criança hospitalizada*. Rev Bras Enferm. 2016; vol. 69 (4): 603-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690405i>
- 8- Ramírez, M.; Navarro, S.; Clavería, C.; Molina, Y.; Cox, A.: *Parental stressors in a Pediatric Intensive Care Unit*. Rev Chil Pediatr. 2018; vol. 89 (2): 182- 9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062018000200182>

- 9- Andrade, R.C.; Marques, A.R.; Leite, A.C.A.B.; Martimiano, R.R.; dos Santos, B.D.; Pan, R.; et al.: *Necessidades dos pais de crianças hospitalizadas: evidências para o cuidado*. Rev. Eletr. Enf. 2015; vol. 17 (2): 379-94. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i2.30041>.
- 10- Hagstrom, S.: *Family Stress in Pediatric Critical Care*. Journal of Pediatric Nursing. 2017; vol. 32: 32-40. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2016.10.007>
- 11- Jones, J.; Nowacki, A.S.; Greene, A.; Traul, C.; Goldfarb, J.: *Investigating Parent Needs, Participation, and Psychological Distress in the Children's Hospital*. Hospital Pediatrics. 2017; vol. 7 (7): 385-94. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/hpeds.2016-0175>
- 12- Sorli Latorre, D.; Rubio Lahoz, N.: *Hospitalización en Pediatría: ansiedad de los padres y apoyo recibido del personal sanitario*. Metas Enferm. 2015; vol. 18 (10): 70-5.
- 13- Foster, K.; Mitchell, R.; Young, A.; Van, C.; Curtis, K.: *Resilience-promoting factors for parents of severely injured children during the acute hospitalisation period: A qualitative inquiry*. Injury, Int. J. Care Injured. 2019; vol. 50: 1075 - 81. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.injury.2018.12.011>
- 14- Bazzan, J.S.; Milbrath, V.M.; Gabatz, R.I.B.; Soares, M.C.; Schwartz, E.; Soares D.C.: *Support systems in the pediatric intensive therapy unit: family perspective*. Rev Bras Enferm. 2019; vol. 72 (3): 243-50. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0588>
- 15- Dahav, P.; Sjöström-Strand, A.: *Parents' experiences of their child being admitted to paediatric intensive care unit: a qualitative study—like being in another world*. Scand J Caring Sci. 2018; vol. 32: 363-70. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/scs.12470>
- 16- Foster, K.; Mitchell, R.; Young, A.; Van, C.; Curtis, K.: *Parent experiences and psychosocial support needs 6 months following paediatric critical injury: A qualitative study*. Injury, Int. J. Care Injured. 2019; vol. 50: 1082-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.injury.2019.01.004>
- 17- Pinto J.P.; MandettaI M.A.; Ribeiro C.A.: *A família vivenciando o processo de recuperação da criança pós-alta hospitalar*. Rev Bras Enferm. 2015; vol. 68 (4): 510-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680404i>

18- NANDA: *diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2018-2020*. 11^a
ed. Barcelona: Elsevier España S.L.U.; 2019.

