



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA**

**REACCIONES PSICO-CONDUCTUALES A LA HOSPITALIZACION EN EL
PACIENTE PEDIATRICO DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”
CUENCA 2018**

Proyecto de investigación previa a la obtención
del Título de Licenciado en Enfermería.

AUTORAS:

MONICA PAOLA ASTUDILLO ORTIZ C.I. 0105772172

ZARA ÑUSTA JAPON MACAS C.I. 1105667651

DIRECTORA:

Mgst. NARCISA EUGENIA. ARCE GUERRERO CI. 0300661125

CUECA – ECUADOR

2018



RESUMEN

Antecedentes

Las primeras investigaciones sobre hospitalización en niños-as se desarrollaron sobre la carencia de cuidados maternos, posterior a la segunda guerra mundial. Sir James Spencer en 1947, describió lo inadecuado de muchas salas pediátricas; más tarde Ala Moncriell en 1952 se refirió a la incorporación exitosa de madres de niños-as menores de cinco años en la prevención de problemas psicológicos.

OBJETIVO GENERAL

Determinar las reacciones psico-conductuales a la hospitalización en el paciente pediátrico del hospital “Vicente Corral Moscoso” Cuenca 2018.

METODOLOGÍA

La presente investigación es cuantitativa con un diseño observacional descriptivo de corte transversal. El universo de estudio estuvo compuesto por todos los niños-as hospitalizados en el área de Pediatría del Hospital “Vicente Corral Moscoso” de la ciudad de Cuenca. Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó la fórmula para universo infinito y variable cuantitativa, en la recolección de la información se empleó los test de Inventario de Ansiedad (IDARE-N), Inventario Depresión Rasgo / Estado infantil (IDEREN) instrumentos validados por el Dr. Ricardo García S. en su investigación titulada; Hospitalización de niños y adolescentes,

USO DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos de la investigación serán socializados a los directivos del Hospital “Vicente Corral Moscoso” para que se planteen actividades tendientes a mejorar la situación encontrada, y a los directivos de la Universidad con el propósito de que sirva de base para futuras investigaciones.

Conclusión

Se determinó que el 100% de los pacientes pediátricos y según características sociodemográficas presentaron reacciones psicoc-conductuales

PALABRAS CLAVE: REACCIONES PSICO-CONDUCTUALES, HOSPITALIZACION, PACIENTE PEDIATRICO.



ABSTRACT

Background

The first investigations on hospitalization in children were developed on the lack of maternal care, after the Second World War. Sir James Spencer in 1947, described the inadequacy of many pediatric wards; later Ala Moncriell in 1952 referred to the successful incorporation of mothers of children under five in the prevention of psychological problems.

As mentioned (Kaplan and Sadock, 1975). There are many disorders that affect the development of the child caused by the change of their environment by another strange and often hostile in which is surrounded by people who do not know and the loss of contact with their loved ones, where the nursing staff will be part paramount in patient recovery.

GENERAL PURPOSE

To determine the psycho-behavioral reactions to hospitalization in the pediatric patient of the "Vicente Corral Moscoso" Cuenca 2018 hospital.

METHODOLOGY

The present investigation is of quantitative type with an observational descriptive design of cross section. The universe of study will be made up of all the children hospitalized in the pediatric area of the "Vicente Corral Moscoso" Hospital in the city of Cuenca. For the calculation of the sample size a formula for infinite universe and quantitative variable will be used, in the collection of the information the Anxiety Inventory tests (IDARE-N), Trait Depression Inventory / Children's State (IDEREN) validated instruments will be used. By Dr. Ricardo Garcia S. in his research entitled; Hospitalization of children and adolescents, carried out in 2005, including the scale of EVA, APGAR Family and Survey on Disadaptive Hospital Behaviors.

KEY WORDS: PSYCHO-BEHAVIORAL REACTIONS, HOSPITALIZATION, PEDIATRIC PATIENT.



Contenido

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
CAPITULO I	- 14 -
1.1 INTRODUCCION	- 14 -
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	- 15 -
1.3 JUSTIFICACION.....	- 17 -
CAPITULO II	- 19 -
2.1 FUNDAMENTO TEORICO.....	- 19 -
Ansiedad normal y patológica.....	- 25 -
CAPITULO III	- 30 -
OBJETIVOS.....	- 30 -
3.1 Objetivo general	- 30 -
3.2 Objetivos específicos.....	- 30 -
CAPITULO IV	- 31 -
4. DISEÑO METODOLOGICO	- 31 -
4.1. TIPO DE INVESTIGACION	- 31 -
4.2 UNIVERSO	- 31 -
4.4 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.....	- 31 -
Criterios de exclusión.....	- 31 -
4.6 PLAN PARA LA RECOLECCION DE DATOS	- 32 -
METODO Cuantitativo.....	- 32 -
4.6.1 Consentimiento informado	- 32 -
4.6.2 Asentimiento informado	- 32 -
4.6.1 Test Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE-N), (.....	- 33 -
4.6.2 Test Inventario Depresión Rasgo / Estado infantil.....	- 33 -
4.6.3 Encuesta de evaluación de conductas hospitalarias Desadaptativas en niños internados	- 34 -
4.6.4 Escala Visual Analógica (EVA).....	- 34 -
4.6.5 Aplicación del APGAR familiar.....	- 34 -
4.8 PLAN DE ANALISIS DE DATOS:.....	- 35 -
4.9 ASPECTOS ETICOS:	- 36 -
CAPITULO VI.....	- 51 -
6.1. DISCUSIÓN.....	- 51 -
CAPITULO VII.....	- 54 -
7.1 CONCLUSION.....	- 54 -



7.2 RECOMENDACIONES	- 55 -
7.3 BIBLIOGRAFIA	- 56 -
ANEXOS	- 60 -
ANEXO 1 Matriz descriptiva de variables.....	- 60 -
ANEXO 2 Operalización de variables.....	- 61 -
ANEXO 3 Materiales y recursos.....	- 63 -
ANEXO 4 Cronograma de actividades.....	- 64 -
ANEXO 5 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	- 65 -
ANEXO 6. ASENTIMIENTO INFORMADO.....	- 67 -
ANEXO 7 Formulario.....	- 68 -
ANEXO 8. Autorización.....	- 71 -



LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Mónica Paola Astudillo Ortiz en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“REACCIONES PSICO CONDUCTUALES A LA HOSPITALIZACION EN EL PACIENTE PEDIATRICO DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”CUENCA 2018”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 02 de mayo del 2018

.....
Mónica Paola Astudillo Ortiz

C.I. 0105772172



RESPONSABILIDAD

Mónica Paola Astudillo Ortiz, autora del proyecto de investigación “REACCIONES PSICO CONDUCTUALES A LA HOSPITALIZACION EN EL PACIENTE PEDIATRICO DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” CUENCA 2018”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 02 de mayo de 2018

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Mónica Paola Astudillo Ortiz'.

.....
Mónica Paola Astudillo Ortiz
C.I. 0105772172



LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Zara Ñusta Japón Macas en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“REACCIONES PSICO CONDUCTUALES A LA HOSPITALIZACION EN EL PACIENTE PEDIATRICO DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”CUENCA 2018”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 02 de mayo del 2018

.....
Zara Ñusta Japón Macas

C.I. 1105667651



RESPONSABILIDAD

Zara Ñusta Japón Macas, autora del proyecto de investigación “REACCIONES PSICO CONDUCTUALES A LA HOSPITALIZACION EN EL PACIENTE PEDIATRICO DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” CUENCA 2018”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 02 de mayo del 2018

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Zara Ñusta Japón Macas', written over a faint circular stamp.

.....
Zara Ñusta Japón Macas

C.I. 1105667651



DEDICATORIA

Yo Mónica Astudillo, primero quiero agradecerle al Dios, por tenerme con vida y salud, para así poder cumplir mis metas.

A mi madre Cecilia Ortiz, que me acompañó en cada paso que di hasta llegar a este momento, por enseñarme que las cosas son posibles solo cuando te esfuerzas y confías en ti mismo. También quiero dedicar este esfuerzo a mis abuelitas. María y Amada Ortiz ya que ellas han sido el pilar fundamental a lo largo de mi vida, brindándome siempre buenos consejos, enseñándome que lo más importante es el respeto a sí mismo y a los demás.



DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su apoyo incondicional, sus consejos, amor, comprensión, por su ayuda no solo económicamente sino moralmente para poder alcanzar esta meta.

A mi hija Jade por ser el motivo de superación por compartir esos momentos juntos llenándome de amor, alegría y paciencia cuando más lo necesitaba.



AGRADECIMIENTO

Yo, Mónica Astudillo, quiero agradecer a mi Directora y Asesora de tesis Lic. Narcisa Arce Guerrero, Mgt. por su esfuerzo y dedicación para guiarme, además de brindarme su paciencia, orientación, sus conocimientos para el desarrollo de esta investigación. Quiero agradecerle sobre todo por brindarme su confianza, por tener las palabras adecuadas en cada explicación, por ser una persona auténtica, por brindarme una amistad basada en respeto.

Así mismo agradezco a la Universidad de Cuenca y su personal Docente quienes me han brindado lo mejor de ellos, sus conocimientos, experiencias a lo largo de mi carrera.



AGRADECIMIENTO

Primeramente, me gustaría agradecerle a Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

A mi directora de tesis, Mgs. Narcisa Arce por su esfuerzo y dedicación, quien, con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

A la Universidad de Cuenca principalmente a mi Escuela por darme la oportunidad de estudiar mi carrera en esta prestigiosa institución.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que les encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida.



CAPITULO I

1.1 INTRODUCCION

Cuando un ingreso hospitalario invade en la vida de un niño-a, sucede una serie de hechos cruciales para el mismo. (1) Dependiendo de la manera en la que estos tengan lugar van a tener diferentes consecuencias, no solo para el niño/a sino para su familia. (2) La hospitalización pediátrica es un evento que influye en el normal funcionamiento de las actividades diarias.

Este es uno de los grandes retos a los que se enfrenta un niño/a, desde su etapa inicial hasta la actualidad han surgido grandes cambios como: capacitación de los profesionales de salud, ya que únicamente se atendían los aspectos biológicos y con los cambios progresivos de la ciencia en todos sus campos se comienzan a obtener datos sobre las necesidades Psico-afectivas del niño para su adecuado desarrollo. (1) (3)

Este es un tema que abarca diversos aspectos debido a que enfrenta situaciones a las que no está acostumbrado. (4) Para el niño/a, la hospitalización es un estímulo altamente desencadenante de estrés y no sabe lo que es la enfermedad, sobre todo si es muy pequeño. (5) No comprende por qué sus padres le abandonan, ni el motivo por el cual se le introduce en un ambiente extraño privándole de su familia.

La enfermedad conlleva períodos que ponen a prueba la capacidad de adaptación de la familia y del niño-a. (6) Esta adaptación depende de una serie de factores personales, aspectos modificables relativos a la hospitalización y aspectos de los profesionales sanitarios, quienes son considerados un apoyo durante el ingreso (Grau Rubio y Fernández Hawrylak, 2010). (3) Los profesionales Enfermeros-as, pueden facilitar este proceso de adaptación a la hospitalización infantil, mediante el fomento de ciertas prácticas, y de ese modo llegar a ser un referente en la prestación de cuidado de calidad.



1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los niños-as son considerados como un grupo particular en el cuidado integral de Enfermería y requieren una atención especial por su dependencia biológica, y social. (7) Existen numerosas investigaciones sobre los efectos psicológicos negativos producidos por la internación pediátrica. En estudios realizados por Ortigosa acerca de la Hospitalización infantil y las repercusiones psicológicas en el año 2000, Madrid, indica que es un acontecimiento estresante, que le genera al niño-a alteraciones cognitivas, psicofisiológicas y motoras.

Según estudios realizados en Chile, publicado por el Dr. Ricardo García S. / Dra. Flora de la Barra M. se estima que alrededor de un 25% de los niños-as menores de 18 años se han hospitalizado al menos una vez. Entre un 10% a un 37 % de los niños presentaría trastornos psicológicos significativos secundarios a este evento. En Ecuador estudios realizados por las Dras. Patricia E. González y Elizabeth K. Rosales demostraron que los niños-as que permanecieron al cuidado de otros familiares que no fueron sus padres presentaron mayor porcentaje de depresión al igual que los que siguieron más de 5 días.

El niño-a que padece alguna enfermedad que por su naturaleza y/o estado de evolución requiere de atención hospitalaria, se ve afectado por una situación de estrés, temor y produce retroceso a etapas ya superadas de la infancia producto del cambio de ambiente, separación de sus padres, familia y amigos y el dolor que puede producir la enfermedad o los procedimientos a los que es sometido. (8) Por otro lado, se deben sumar las reacciones presentes en los padres quienes se sienten incapaces de protegerlos cuando observan a sus hijos angustiados, irritables e inquietos o con alteraciones del sueño y apetito.

El ingreso a un piso de internación implica un corte en la vida cotidiana, entrar a un mundo desconocido en un momento en donde se siente físicamente mal y se enfrenta a procedimientos que pueden ser invasivos y causantes de dolor, no comprendiendo la mayoría de las veces la causa o necesidad de los mismos. (9)



Todo ello genera en el niño-a una experiencia estresante que unido a la facilidad natural de incorporar conocimientos y situaciones nuevas, puede generar efectos psicológicos negativos a largo plazo. (10)

En base a lo enunciado, ha generado la interrogante por saber ¿Cuáles son las reacciones psico-conductuales a la hospitalización en el paciente pediátrico de 10 a 16 años del Hospital “Vicente Corral Moscoso” de la ciudad de Cuenca?



1.3 JUSTIFICACION

En el presente artículo se construyó un argumento que enfatizo el proceso de hospitalización en los niños-as, que se puede considerar como poco frecuente pero de gran impacto, pudiéndose evidenciar como una experiencia atemorizante, amenazante o como una situación de adaptación por los cambios de hábitos a los que será sometido. (11) Frecuentemente es difícil separar la influencia emocional proveniente de la propia enfermedad del malestar causado por la misma (González-Carrión, 2005).

Se aportó información referente los cambios psico- conductuales de los niños-as hospitalizados de acuerdo a la etapa por la que atraviesan, las características propias de cada individuo, su relación con el entorno y la influencia para su pronta recuperación. (12) El motivo por el cual se realiza este trabajo de investigación es con el fin de mejorar su estancia a través de la identificación de factores que afectan el proceso adaptativo.

Durante los últimos años se observa un proceso de transformación en el abordaje del niño-a hospitalizado y su familia, apareciendo una visión de los cuidados encaminados a la excelencia. (13) Buscar la calidad en los cuidados y la satisfacción de este binomio y como consecuencia de los propios profesionales de enfermería.

Los datos obtenidos a cerca de la experiencia hospitalaria considerando que es una etapa estresante para los niños-as debido a esta situación, aportaran al personal de enfermería bases para la planificación y ejecución de sus cuidados ya que se encuentra en constante interrelación con el paciente y es el indicado para ayudar a que exista un adecuado afrontamiento hospitalario. (11) (14) Lo que coacciona una pronta recuperación del paciente, generalmente las experiencias de dolor, daño orgánico, tratamientos invasivos provocan cambios y alteraciones.



Por ello resulta relevante y de gran importancia realizar el presente trabajo que va focalizado en la población pediátrica, ya que debido a su corta experiencia y alto nivel de vulnerabilidad están propensos a presentar psicopatologías siendo común y poco estudiada la Depresión y Ansiedad infantil. (10) Es importante saber que cada persona, con mayor dificultad en el niño-a pasa por un proceso de adaptación al encontrarse en un nuevo ambiente al que antes no estaba acostumbrado a convivir.

Se busca estrategias de mejora en la asistencia sanitaria tanto para el niño-a y su familia. (17) en primer lugar, una mejora en la formación y actitudes de los profesionales enfermeros que realizan su labor en unidades pediátricas. En segundo lugar, un fomento de la comunicación establecida entre los miembros del equipo sanitario y aquella establecida entre el personal enfermero y el binomio familia niño-a.

Las reacciones de los niños-as hospitalizados dependen de la comprensión de lo que les ocurre, teniendo en cuenta que “nada es lo que parece cuando se mira con ojos de niño”. (6) Basándose en conocimientos científicos y en la ejecución y obtención de resultados evaluados, obtenidos en la práctica como parte del proceso de atención mediante una investigación de tipo descriptivo cuantitativo y de corte transversal.

Personalmente incrementara los conocimientos referentes al tema, buscando reconocer las reacciones de los pacientes a los distintos procedimientos según su diagnóstico, su aceptación o negación hacia los mismos , mejorando la comunicación y relación con el usuario y su familia llevando la práctica desde un punto de vista humanitario en busca del bienestar físico y mental, del paciente y el personal de enfermería ,mejorar las relaciones interpersonales y la efectiva, el paciente pediátrico presenta necesidades muy distintas a las de los adultos, por su limitada capacidad de adaptación al ambiente hospitalario y desconocimiento de su causa.



CAPITULO II

2.1 FUNDAMENTO TEORICO

2.1.1 MARCO REFERENCIAL

Las primeras investigaciones sobre hospitalización pediátrica se desarrollaron sobre los efectos psicológicos negativos producidos. Al Moncriell en 1952 se refirió a la incorporación de madres en la prevención de problemas psicológicos en menores de 10 años. (8) Es por eso que planteó la importancia de la privación materna y ansiedad de separación que afectaba especialmente el apego en los niños menores durante la hospitalización.

En estudios realizados por Ortigosa acerca de la Hospitalización infantil y las repercusiones psicológicas en el año 2000 en Madrid, indican que la internación es un acontecimiento estresante, que le genera al niño-a alteraciones cognitivas, psicofisiológicas y motoras que se desencadenan a causa de un acontecimiento. (15) Por el cual el niño-a o adolescente refleja su descontento. Aguilera y Whetsell (2007).

Según estudios realizados en Chile, publicado por el Dr. Ricardo García S. / Dra. Flora de la Barra M., estima que alrededor de un 25% de los niños menores de 18 años se han hospitalizado al menos una ocasión. Entre un 10% a un 37 % de los niños hospitalizados presentaría trastornos psicológicos significativos secundarios a este evento. (16) Dichos trastornos se reflejan en él comportamiento y conductas psicológicas.

Años más tarde en Ecuador, estudios de tesis realizados por las Dras. Patricia E. González y Elizabeth K. Rosales. Demostraron que los niños que permanecieron al cuidado de otros familiares que no fueron sus padres presentaron mayor porcentaje de depresión.

Estudio realizado 2009 por la doctora Blanca Tijerina los niños reciben la enfermedad como una amenaza antes de la intervención, por que reaccionaron de forma estereotipada ante el estrés, empleando actitudes defensivas en lugar de emplear estrategias acordes con la situación. (29) La persona que



experimente la enfermedad como amenaza presenta ansiedad, miedo, mal humor, sentimiento de huida, también aparece la negación de lo vivido.

Estudios realizados en el 2010 en la Universidad de Colima por la doctora Verónica Guzmán. (30) Refiere que un niño hospitalizado puede presentar un trauma psíquico en consecuencia del internamiento, que provoca un trastorno, en el que la capacidad de afrontamiento en los niños se encuentran minimizados o ausentes volviéndolo vulnerable a los estímulos anisoginos (malestar físico, curaciones dolorosas contacto con personas extrañas entre otros.)

Estudios realizados en 2011 en la universidad de Granada por el Dr. Antonio Fernando Castillo y la Dra. Isabel López Naranjo, han demostrado que el paciente pediátrico sufre trastornos psicológicos como consecuencia de una adaptación negativa ante un estímulo estresante. Estos trastornos se han reflejados en alteraciones emocionales y conductuales, las cuales pueden prolongarse durante meses o persistir hasta el final de la adolescencia. (21) (26) Las reacciones más frecuentes que se han observado a lo largo de los años son las de tipo ansioso y depresivo, que se suelen manifestar los primeros días tras el ingreso. (26)

La hospitalización y la enfermedad que la justifica, son altamente estresantes para el niño-a su familia y también para el equipo médico que laboran en conjunto como lo menciona (Kaplan y Sadock, 1975) es una situación que afecta al desarrollo ocasionado por el cambio de su ambiente por otro extraño y muchas veces hostil. (17) Por lo que se han implementado actividades que ayudan al desarrollo del usuario mientras se encuentra hospitalizado como lo planteó la Dra. Jazmín Jaramillo "el trauma no se olvida".

Los padres tienen que adaptarse a las características de cada enfermedad en sus diferentes fases desde el diagnóstico todo esto reestructurando su vida familiar. Buttrworth- Heinemann, 1998. (6) La enfermedad del niño-a es siempre



un problema y su calidad de vida está íntimamente relacionada con el apoyo familiar que recibe esto debido a que las personas más cercanas constituyen el eje fundamental en la recuperación y eficacia de adaptación a la hospitalización.

Dentro de los principios de comunicación del Sistema Sanitario, el reto debe consistir en crear una forma cooperativa de comunicación, entre los diferentes profesionales de la salud (Profesional–niño-a familia). Si dedicaran esfuerzos a obtener esta información, se podría adecuar la atención sanitaria a las necesidades reales del niño-a. (18) Al considerar la situación de hospitalización desde un modelo biopsicosocial. (Berenbaum y Hatcher, 1992)

Más aún, en algunos casos se comprueba que los progenitores experimentan mayor grado de malestar y son considerados como un factor importante en el proceso de la enfermedad Brophy y Erickson (1990) postulan la existencia de una relación curvilínea entre ansiedad Davies (1984) encontró una correlación positiva entre ansiedad de las madres y alteraciones conductuales mostradas por los niños-as hospitalizados. (11)

La hospitalización podría provocar en los más pequeños inquietud, llanto, problema con las comidas, conductas regresivas, ansiedad de separación; mientras que en niños de edad preescolar y escolar puede producir tristeza y depresión como síntomas más generalizados como lo menciona (Del Barrio y Mestre, 1989). (9) Ya sea por la aplicación de procedimientos médicos percibidos como amenazantes, dolorosos peligrosos, unida al propio malestar causado por la enfermedad, podrían originar consecuencias inmediatas durante el tiempo de estancia en el hospital, así como después de la misma.

2.1.2 MARCO CONCEPTUAL

Para ubicarnos en el tema de investigación, iniciaremos dando a conocer las definiciones que incumbe al problema de investigación.

Reacciones psi-conductuales



Los niños con alguna enfermedad son por lo generalmente sometidos a hospitalizaciones y deben enfrentarse, no sólo al temor o dolor de los procedimientos médicos, sino también a todo lo que lleva consigo el fenómeno de la hospitalización y la ausencia de una vida normal. Así, la mayoría de las investigaciones muestran que las alteraciones de tipo conductual, emocional y cognitivo son frecuentes entre los pacientes pediátricos, y coinciden en la afirmación de la hospitalización infantil como una experiencia estresante. (21)

Paciente pediátrico

La Pediatría es una de las áreas de atención de Enfermería que requiere además de conocimientos específicos, como en todas las áreas del quehacer de la profesión, una disposición diferente para manejar y tratar a éstos pequeños pacientes. Son por tanto las Enfermeras y Enfermeros dedicados a la salud infantil protagonistas de una de las tareas más nobles de la humanidad según lo planteado por Partera María José y Torralba María José (1999). (17)

La edad pediátrica comprende desde el nacimiento hasta los 14 o 18 años, según el Código de la Niñez y Adolescencia vigente en nuestro país desde el 2003, incluye diversidad de pacientes, desde el neonato pretérmino hasta el adolescente quienes tienen diferentes características físicas, fisiológicas, morfológicas, psicológicas y patológicas. Estas diferencias se enfatizan, cuanto más pequeño es el niño-ña, siendo más evidente en el neonato y lactante y aun mucho más en el neonato pretérmino, estas diferencias o características que se ha mencionado va haciéndose minúsculas a partir de los 12 años. (8) Los pacientes pediátricos se pueden clasificar según la edad, de la siguiente forma:

Niño o niña

Según la Organización de la Salud (OMS): "Niño o niña es la persona que no ha cumplido doce años de edad, dividido en preescolares aquellos menores de 5 años, es decir desde el nacimiento hasta los 4 años cumplidos y escolares



aquellos entre los 5 a 11 años cumplidos. Adolescente es la persona de ambos sexos entre doce y dieciocho años de edad”.

Adolescencia

Según la OMS. (21) La adolescencia, es un periodo de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y prenuncia la adultez, para muchos jóvenes la adolescencia es un periodo de incertidumbre e inclusive de desesperación. (22) Este periodo suele comenzar a los 12 y 14 años en la mujer y en el hombre respectivamente y termina a los 21. En esta etapa se experimenta cambios desde físicos hasta Psicosociales.

Para Vaca N.L Tras la presencia de estresores se desencadena el conocido **SINDROME GENERAL DE ADAPTACION (SAG)**: El mismo que se descompone en tres fases:

1. **Fase de alerta:** El cuerpo reconoce y detecta el estímulo del estrés actuando en consecuencia.
2. **Fase de defensa (o resistencia):** Se activa solamente si el estrés se mantiene. Es una fase de resistencia, el organismo debe “aguantar”.
3. **Fase de agotamiento (o de relajamiento):** Se instala si la situación persiste se acompaña de una alteración hormonal crónica. Si la situación persiste todavía más, es posible que el organismo se encuentre desbordado.

ESTRÉS

La OMS define al estrés como “el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción”, generando una reacción automática positiva o negativa ante condiciones internas o externas que resultan amenazadoras.

NIVELES DE ESTRÉS: Según Ticona, Paucar y Llerena, manifiestan la existencia de cuatro niveles de estrés que son:



- **Estrés normal:** Esta dentro de los parámetros comunes y sirve de supervivencia del individuo ante acontecimientos de tensión, además no se presenta síntomas somáticos.
- **Estrés leve:** Inicia con la presencia de síntomas somáticos, cambios en el estado emocional y si no se le trata seguirá avanzando hacia los siguientes niveles.
- **Estrés moderado:** Se presenta las mismas emociones del nivel anterior y a esto se le suma cambios conductuales tales como: dificultad en la pronunciación de las palabras, reacciones de impulsividad, consumo de sustancias psicotrópicas, alteraciones alimenticias, alteraciones en el sueño y por ende una alteración en el sistema inmunológico.
- **Estrés severo o alto:** En este nivel se distribuye la existencia de pensamientos y creencias irracionales de individuo y además a eso se suma un alto grado de somatización.

Toda persona afectada por estrés va presentar un desgaste físico y mental determinado así a desarrollar enfermedades de naturaleza cardiovascular, gastrointestinal, dermatológica, y metabólicas que son afecciones de múltiples complicaciones. (22) (23)

REACCIONES DEL ESTRÉS: Yanes y Ávila. (24) indica que las reacciones suelen ser las siguientes:

- **Tensión motora:** Sacudidas, inquietudes, temblores, dolores musculares.
- **Estado de alerta:** Sentirse al límite, respuesta exagerada ante un sobresalto, escudriñar con la vista, ansiedad.
- **Hiperactividad del sistema autónomo:** Sudoración, frialdad de manos, palpitaciones, aumento de la frecuencia cardíaca.



Depresión

Según la OMS define la depresión como un trastorno mental habitual, personificado especialmente por demostrar tristeza, pérdida de interés o placer, emociones de culpa o falta de autoestima, trastornos de sueño, apetito, impresión de cansancio y disminución de la concentración. (18)

Ansiedad normal y patológica

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. (19) Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.

Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. (19) (12)

En su obra *El Yo y los Mecanismos de Defensa* (1936) reconoce los siguientes mecanismos. (27)

Represión. Consiste en mantener alejados de la conciencia ciertos recuerdos, deseos o sentimientos que son considerados como desagradables o amenazantes, este esfuerzo supone un gran gasto de energía y muchas veces conlleva la necesidad de utilizar más MD para evitar que lo reprimido regrese a la conciencia.

Regresión. Es un proceso que supone retornar a formas de comportamiento propias de etapas del desarrollo anteriores que ya se creían superadas. Suele tratarse de etapas en las que el sujeto se sentía más seguro y protegido.



Conversión o somatización. La persona transforma los deseos o sentimientos que considera amenazantes en manifestaciones de tipo somático, como dolores o problemas sensoriales.

Formación reactiva. Consiste en hacer exactamente lo opuesto a lo que dicta el deseo percibido como amenazante, y muchas veces se encuentra en la base de rituales obsesivos. Un ejemplo sería que una persona con deseos de ensuciarse se obsesionara con la limpieza.

Desplazamiento. Con este mecanismo se separa el afecto considerado amenazante o doloroso del objeto que lo causa, y se asocia con otro objeto. Éste suele ser un objeto neutro pero que de alguna manera guarda alguna relación simbólica con el primero.

Proyección. Consiste en atribuir de forma incorrecta pensamientos, sentimientos, deseos o cualidades propias a otras personas. Lo proyectado no se reconoce como propio porque resulta inaceptable en uno mismo.

Introyección. Se puede considerar lo contrario a la proyección, ya que implica atribuir erróneamente a uno mismo cualidades, deseos, sentimientos, etc. de otras personas.

Negación. Aunque puede confundirse con la represión, con este mecanismo no se “olvida” la realidad, sino que se niega.

Anulación retroactiva. Suele tratarse de rituales obsesivos mediante los cuales la persona cree que anula el significado de otra conducta que considera amenazante y que ha realizado anteriormente o ha deseado hacer.

Racionalización. Supone buscar razones lógicas que justifiquen los deseos, acciones o sentimientos considerados inaceptables. Los razonamientos no suelen ser del todo convincentes y son algo forzados, pero consiguen aliviar el malestar y hasta cierto punto son creíbles.



Aislamiento. Es el mecanismo contrario a la represión. En él no se aleja de la consciencia lo que se considera amenazante o doloroso, sino que lo que se mantiene inconsciente es el sentimiento que genera. Un ejemplo sería alguien que al morir un ser querido es incapaz de sentir dolor.

Punición. Se trata de conductas que la persona realiza para paliar el sentimiento de culpa por haber llevado a cabo conductas, pensamientos o sentimientos no aceptados moralmente. Se diferencia de la anulación retroactiva en que no se trata de rituales sino de conductas compensatorias que suelen ser positivas.

Sublimación. Este mecanismo suele considerarse el más adaptativo de todos y consiste en derivar la energía que procede de los instintos no tolerados a la consecución de fines socialmente reconocidos.

Fantasía. La fantasía no siempre es un MD, pero a veces puede actuar como tal. En estos casos, la persona la utiliza para evadirse o para realizar imaginariamente ciertos deseos que de otra forma no podrían ser satisfechos.

PROCESO O FASES DE ADAPTACIÓN DEL NIÑO AL HOSPITAL

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

Rodríguez–Sacristán (1994) manifiesta que las fases habituales por las que pasa el niño-a en su intento de adaptarse al proceso hospitalario son:

2.1.1 Fase de protesta: la cual puede durar horas o semanas, el niño/a tiene una fuerte necesidad de su madre y la espera basándose en una experiencia anterior en la que ella siempre respondía a sus llores, por ello se desespera ante esta nueva situación desconocida para él, en la que sus protestas y gritos no conducen a la aparición de la madre. En esta fase el niño/a suele ser considerado un mal paciente.



2.1.2 Fase de desesperación: se caracteriza por la necesidad continua y consciente de su madre, el niño/a presenta una apatía y un retraimiento fuera de lo normal, así como una gran tristeza. Aparentemente el niño/a parece tranquilo y adaptado. Es la fase de mayor controversia respecto a la presencia de los padres en el centro hospitalario.

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

Dolor

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define como una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial. (20) El dolor es por tanto subjetivo y existe siempre que un paciente diga que algo le duele. (18)

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN

Agentes estresores de la hospitalización

Existen muchos agentes que provocan cierto grado de estrés en los niños durante la hospitalización empezando por la infraestructura del hospital en sí, la separación de los padres, el ambiente y las personas desconocidas.

Rodríguez Romero, L. expone que “el hospital es un hecho estresante en sí mismo, que implica además muchas otras situaciones nuevas estresantes, nuevos horarios, exploraciones dolorosas, pérdida del ambiente familiar, pérdida de actividades escolares, falta de estimulación social”.

El mismo autor enumera los siguientes agentes estresantes más habituales:

- Separación de los padres y ausencia de familiares
- Inclusión en un medio extraño y desconocido
- Pérdida de control, autonomía y competencia.
- Falta de información.
- Despersonalización.
- Restricción del espacio vital y de la movilidad.



- La experiencia del dolor
- Intervenciones quirúrgicas.

Repercusiones de la internación

Pueden producirse cambios en las conductas del niño durante la internación, que son observadas, tanto por los padres, así como por el propio personal médico o de enfermería. La internación puede, en el mejor de los casos, ser una situación aislada en la vida del niño, generando menores efectos negativos que las internaciones frecuentes, en donde los efectos suelen ser mayores, pues afectan el desarrollo psicoafectivo y social del niño y su núcleo familiar a muy largo plazo. (15) (9) Los efectos van a estar determinados también por el tiempo que dure la internación y los intervalos entre los reingresos, en el caso de las internaciones frecuentes. Durante la internación vemos al niño en un corte transversal de su vida, y muchas veces no observamos cambios importantes en sus conductas, puesto que estas pueden aparecer luego del alta.

Los trastornos emocionales que se presentan más frecuentemente son la depresión y la ansiedad, trastornos que debemos evitar con un adecuado manejo de la situación de internación.



CAPITULO III

OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Determinar las reacciones psico-conductuales a la hospitalización en el paciente pediátrico del hospital “Vicente Corral Moscoso” Cuenca 2018.

3.2 Objetivos específicos

1. Identificar a la población objeto de estudio de acuerdo a características sociodemográficas: edad, procedencia, residencia, escolaridad, sexo, tipo de familia y días de hospitalización.
2. Determinar las reacciones psico-conductuales de los pacientes pediátricos al proceso de hospitalización.
3. Valorar los niveles de ansiedad de los pacientes hospitalizados en el área de pediatría mediante la utilización de diferentes instrumentos.

CAPITULO IV

4. DISEÑO METODOLOGICO

4.1. TIPO DE INVESTIGACION La presente investigación es de tipo cuantitativa con un diseño observacional descriptivo de corte transversal.

4.2 UNIVERSO La población está integrada por todos los niños-as de 10 a 16 años que ingresen al área de Pediatría del Hospital “Vicente Corral Moscoso” de la ciudad de Cuenca, en el periodo octubre 2017 - Marzo 2018

4.3 MUESTRA: para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó una fórmula para universo infinito, variable cuantitativa y un error de inferencia al 8% con este dato el tamaño de la muestra a utilizar son 109 niños.

$$N = \frac{p \cdot q \cdot z}{e}$$

N= tamaño de muestra
p= proporción aproximada.
z= nivel de confianza
q = población
e= nivel de precisión absoluta.

Matriz descriptiva de variables (**Ver Anexo 1**).

Operalización de variables (**Ver Anexo 2**).

4.4 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

Criterios de inclusión

- Niños hospitalizados en el área de pediatría del Hospital “Vicente Corral Moscoso” y el Consentimiento de los padres.
- Pacientes con edades de 10 y 16 años.

Criterios de exclusión

- Niños con trastornos psicológicos.
- Niños bajo el efecto de sedantes.



- Pacientes internos en UCIP (unidad de cuidados intensivos pediátricos)

4.6 PLAN PARA LA RECOLECCION DE DATOS

METODO Cuantitativo.

TECNICA: entrevista

INSTRUMENTO: se realizó una encuesta estructurada.

4.6.1 Consentimiento informado (Ver Anexo 5). Busca la aceptación de los padres, garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, por escrito y bajo su responsabilidad después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del estudio los beneficios y las molestias. En el caso de las personas menores de edad o incapaces de dar su consentimiento, éste fue otorgado por su representante legal.

En virtud de que en el estudio participaron menores de edad, que aún no ejercen en su totalidad su principio de autonomía, la autorización fue solicitada a sus padres

4.6.2 Asentimiento informado (Ver Anexo 6). Busca la aceptación voluntaria de los pacientes a participar en la investigación después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, El sujeto participante expreso su consentimiento por escrito bajo su responsabilidad.

4.6 INSTRUMENTOS A UTILIZAR (Ver Anexo 7).

Se utilizó, el Test Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE-N), Test Inventario Depresión Rasgo / Estado infantil (IDEREN), la Encuesta sobre conductas hospitalarias Desadaptativas, incluyendo la escala de EVA y el APGAR, las autoras efectuaron modificaciones en algunos ítems acorde al estudio que se va a realizar.



4.6.1 Test Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE-N), (Bauermeister y Cols, 1986, 1988; Spielberger y cols., 1990), este permitio identificar sintomatología ansiosa infantil, que evalúa la ansiedad como rasgo de personalidad y como estado que se da en un momento en el caso de una hospitalización, es un inventario auto descriptivo subdividido en dos partes. La primera mide la ansiedad como estado con doce proposiciones y tres posibles respuestas: "nada", "algo" y "mucho", valoradas con 1, 2 y 3, respectivamente; donde los sujetos indican cómo se sienten en ese momento. En la segunda parte, midio la ansiedad como rasgo también tiene nueve proposiciones con tres posibles respuestas: "casi nunca", "a veces" y "siempre", valoradas desde 1 hasta 3; sujetos describen como se sienten "generalmente". Los posibles valores varían desde una puntuación mínima de 7 hasta una máxima de 21, en la primera y mínima de 9 y máxima de 27, y se realizan en un tiempo aproximado de 10 minutos se califica:

- Niveles A-Rasgo bajo: Menos de 10, medio: 10 y 14, alto: Por encima de 14 puntos.
- Niveles de A-Estado bajo: Menos de 11, medio: 11 y 17, alto: Por encima de 17 puntos

4.6.2 Test Inventario Depresión Rasgo / Estado infantil (IDEREN) Identifico sintomatología depresiva infantil, que evalúa la depresión como rasgo de personalidad, y como estado que se da en un momento dado, es un inventario auto descriptivo subdividido en dos partes. La primera mide la depresión como estado, con nueve proposiciones y tres posibles respuestas: "casi nunca", "a veces", "siempre" valoradas con 1, 2, 3 respectivamente; se requiere que los sujetos indiquen cómo se sienten en ese momento. En la segunda parte se midió la depresión como rasgo; tiene nueve proposiciones, también tiene las tres posibles respuestas: "casi nunca", "a veces", "siempre" valoradas desde 1 hasta 3; aquí los sujetos describen como se sienten "generalmente". Los posibles valores varían desde una puntuación mínima de 9 hasta una máxima de 27 en las dos escalas, se realiza en 5 minutos aproximadamente.



La calificación es de la siguiente manera:

- I PARTE. Escala de Depresión Estado: bajo (7 a 12), medio (13 a 17), alto (18 a 27 puntos).
- II PARTE. Escala de Depresión Rasgo: bajo (7 a 12). , medio (13 a 17) y alto (18 a 27 puntos).

4.6.3 Encuesta de evaluación de conductas hospitalarias Desadaptativas en niños internados Cuya duración fue de 5 minutos para esta encuesta se tomó referencias a partir de postulados y estudios expuestos por investigadores que han aportado con el estudio de sintomatología Desadaptativas en el niño hospitalizado, como: Rodríguez, L. Spitz, R. Ortigosa, J. Meneghello, J. Victoria Del Barrio. Va dirigida al familiar o persona responsable y al niño hospitalizado la primera parte consta de 10 preguntas, divididas en dos partes Área Emocional y Actividad Motriz, las que responden con preguntas cerradas de SI y NO, permitió valorar de forma general los aspectos y cambios percibidos por los padres o representantes de los niños. La segunda consta de 2 preguntas cerradas de SI y NO. Y nos ayuda a valorar el estado general de los niños respecto a la hospitalización.

4.6.4 Escala Visual Analógica (EVA) La Escala Visual Analógica (EVA) admitió medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores con la utilización de gráficos.

4.6.5 Aplicación del APGAR familiar Muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento, las preguntas abiertas valoraron la dinámica familiar en las áreas de adaptación, vida en común, crecimiento, afecto y resolución. La información obtenida proporciona datos básicos sobre el nivel de dinámica familiar, dando una idea de qué áreas necesitan una valoración e intervención más detallada



El entrevistado anota, puntuándose de la siguiente manera: Casi siempre: (2 puntos); Algunas veces. (1 punto); Casi nunca: (0 puntos). Las puntuaciones de cada una de las cinco preguntas se suman posteriormente.

Puntuación de 7 a 10: familia muy funcional, de 4 a 6: familia moderadamente disfuncional, de 0 a 3: familia con grave disfunción se valora en 5 minutos.

4.7 PROCEDIMIENTOS

AUTORIZACION Mediante un oficio dirigido a las autoridades competentes se dio a conocer las necesidades y los beneficios de realizar este estudio (**Ver Anexo 8**).

CAPACITACION Se llevó a cabo mediante consultas bibliográficas, revisión de artículos científicos y libros de la biblioteca de la facultad de ciencias médicas.

SUPERVISION La investigación fue supervisada por la magister Narcisa Arce.

4.8 PLAN DE ANALISIS DE DATOS: Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS versión 15.0 evaluación el análisis descriptivo se lo hará mediante frecuencias porcentuales, gráficos de barras simples, pasteles, para las variables nominales y ordinales y para la variables numéricas los datos se describen por la media desviación estándar y mediana el análisis descriptivo bivariado se hará mediante tablas de doble entrada. Para determinar la asociación de datos se analizará mediante el estadístico Chi 2 para las variables nominales politómicas para determinar la magnitud de la asociación se utilizará el Odds Ratio con su intervalo de confianza del 95 % se considerará resultados estadísticos significativos a los valores $P < 0.05$.



4.9 ASPECTOS ETICOS:

El proceso de investigación se desarrolló mediante la participación voluntaria de los pacientes y sus representantes, sin ningún tipo de remuneración, ni daño hacia los participantes, por lo contrario se les explicara en que consiste el tema a investigar, su propósito, metodología y algún cambio importante durante este proceso y se responderá preguntas referentes al tema.

Los datos obtenidos serán confidenciales, es decir no se publicaran ni divulgaran en ninguna etapa de la investigación, aquellos individuos que al ser valorados muestran una condición y características negativas para su salud se buscara un tratamiento adecuado para el tipo de alteración.

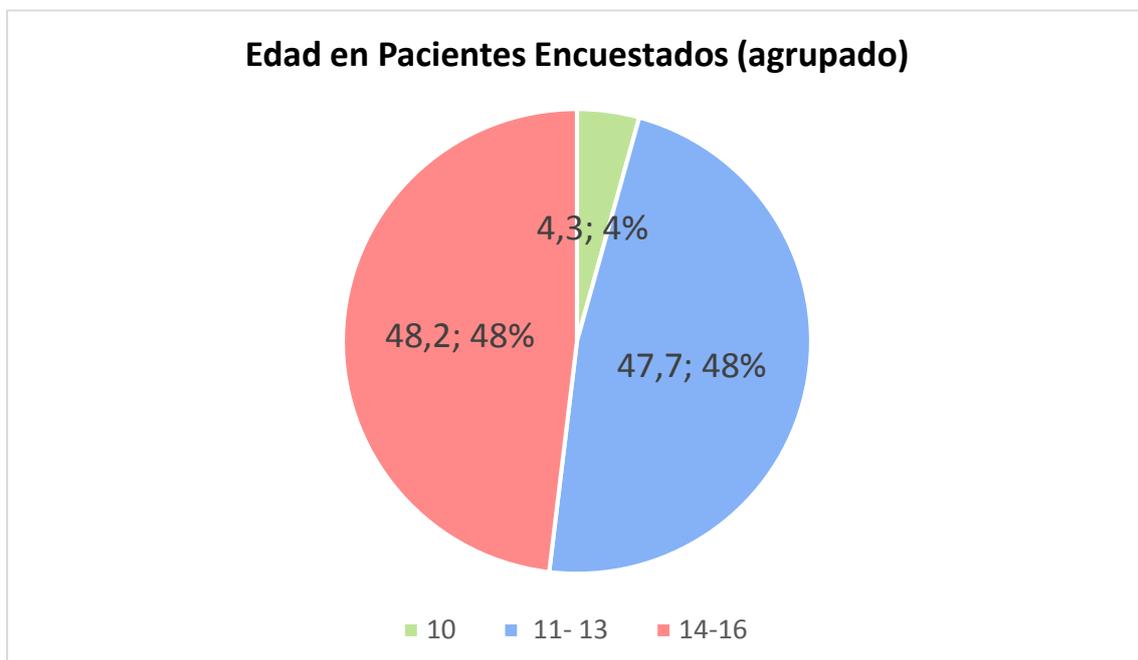
CAPITULO V

5.1 RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

ANALISIS SOCIODEMOGRAFICO

GRAFICO N° 1

DISTRIBUCION SEGÚN EDAD DE 109 NIÑOS-AS HOSPITALIZADOS-AS EN EL AREA DE PEDIATRIA, HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO" CUENCA. 2017-2018



Fuente: formularios de recolección de información.
Elaboración: Mónica Astudillo y Zara Japón.

En el presente gráfico con respecto a la edad de los 109 niños-as que participaron en el estudio, se observa que existe mayor porcentaje de pacientes de 11 a 13 años de edad el cual está representado por el 47,71%; luego tenemos los niños-as entre 14 a 16 años con el 42,87%; y finalmente tenemos a pacientes menores o iguales a los 10 años con el 8,42%.



TABLA N°1

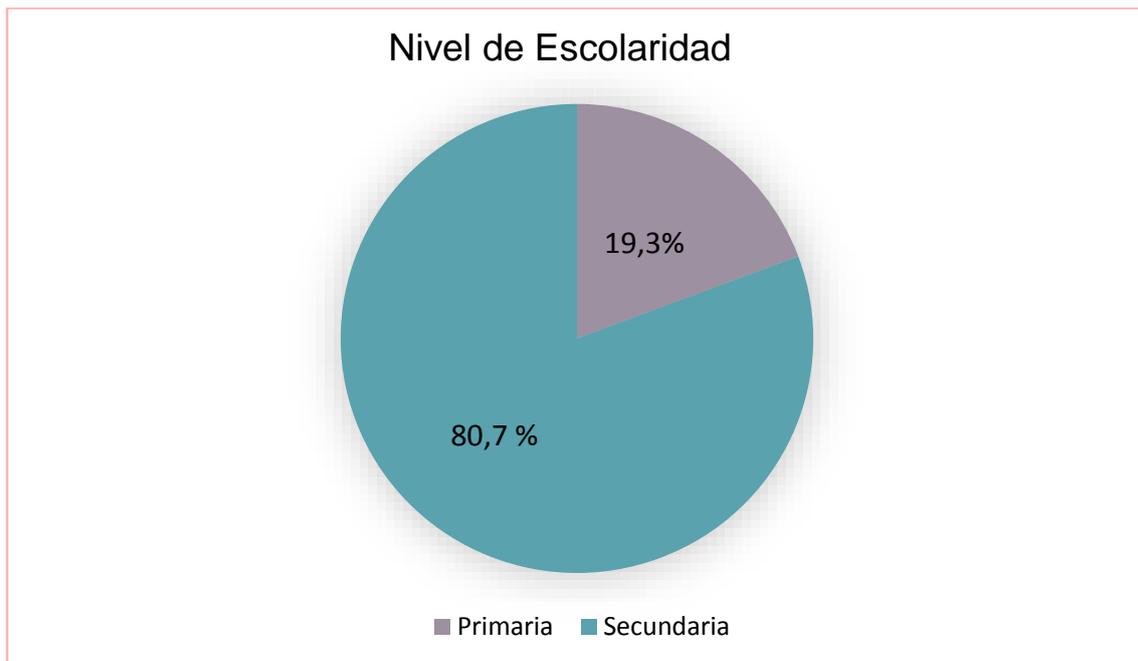
DISTRIBUCION SEGÚN PROCEDENCIA Y RESIDENCIA DE 109 NIÑOS-AS HOSPITALIZADOS-AS EN EL AREA DE PEDIATRIA, HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO" CUENCA. 2017-1018

	Urbano		Rural		Total
	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	
Procedencia	27.6%	30	72.4%	79	100%
Residencia	42.3%	39	57.7%	70	100%

Fuente: formularios de recolección de información.

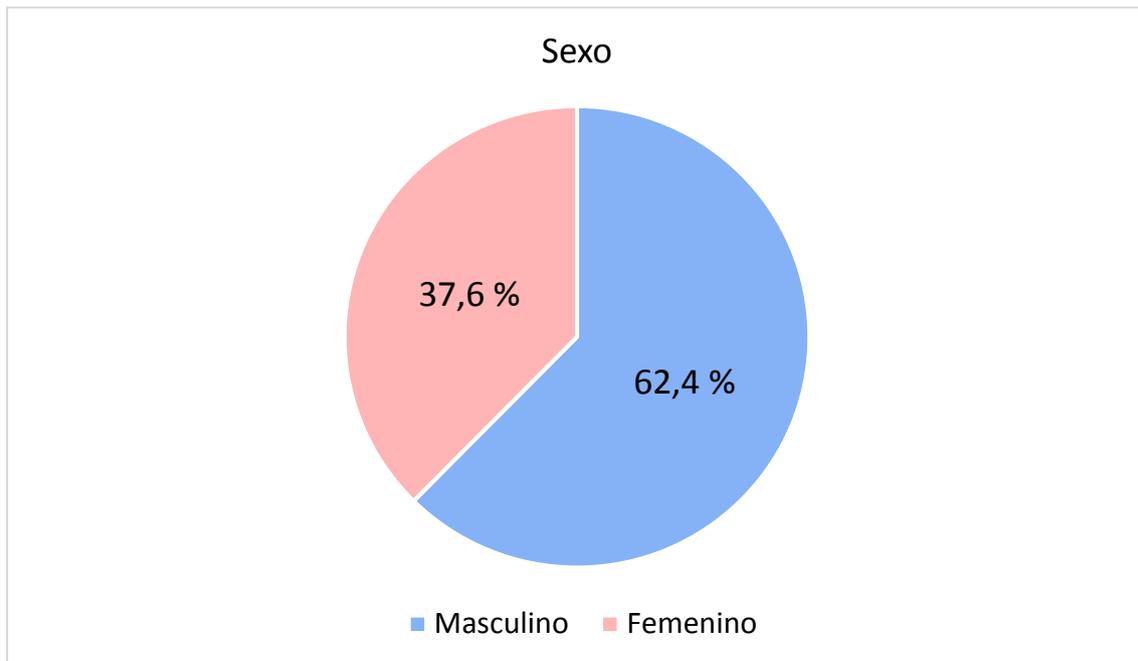
Elaboración: Mónica Astudillo y Zara Japón.

En la presente tabla referente a la distribución según procedencia y residencia de los 109 niños/as encuestados se observa que el 27.6% procede del área urbana, y el 72.4% corresponde a los niños-as que proceden del área rural. Situación similar sucede con respecto a la residencia observamos en el grafico que el 42.3% viven en el área urbana y el 57.7% son niños-as que residen en el área rural.

GRAFICO N° 2**DISTRIBUCION SEGÚN ESCOLARIDAD DE 109 NIÑOS-AS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE PEDIATRÍA, HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO" CUENCA. 2017-2018**

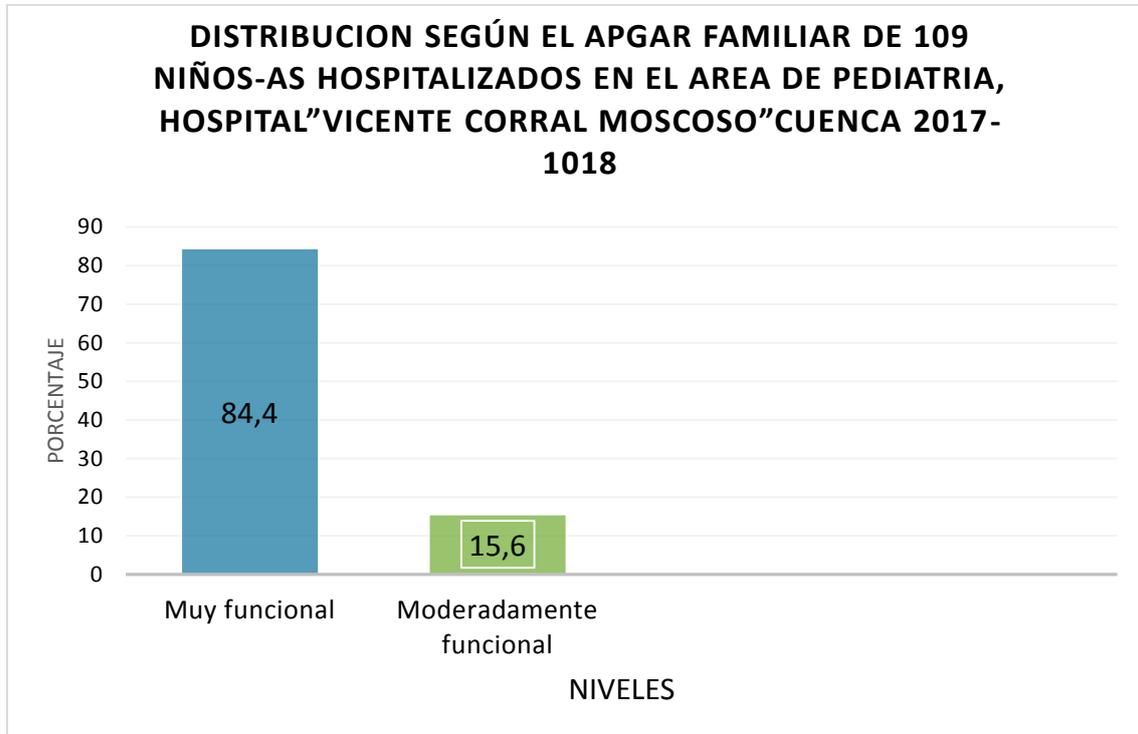
Fuente: formularios de recolección de información.
Elaboración: Mónica Astudillo y Zara Japón.

Con respecto a la escolaridad en el gráfico se puede observar que la mayoría de pacientes presenta un grado de instrucción correspondiente a secundaria con un porcentaje de 80,7% y que la diferencia porcentual recae sobre los niños-as que tienen un nivel de instrucción correspondiente a la primaria representado por un 19,3%.

GRAFICO N°3**DISTRIBUCION SEGÚN SEXO DE 109 NIÑOS-AS HOSPITALIZADOS-AS EN EL AREA DE PEDIATRIA, HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO" CUENCA. 2017-1018**

Fuente: formularios de recolección de información.
Elaboración: Mónica Astudillo y Zara Japón.

Lo referente al sexo de los 109 niños-as hospitalizados-as en el área de Pediatría del hospital "Vicente Corral Moscoso" observamos en la presente tabla que el sexo masculino es el mayor porcentaje con el 62,39% y un 37,61% corresponde al sexo femenino.

GRAFICO N°4

Fuente: formularios de recolección de información.
Elaboración: Mónica Astudillo y Zara Japón.

En el presente grafico se observa que según el Apgar familiar el 84,4% de los pacientes presenta familias funcionales y el 15,60% presenta una familia moderadamente disfuncional sin existir familiar con grave disfunción para este estudio.

TABLA N° 2

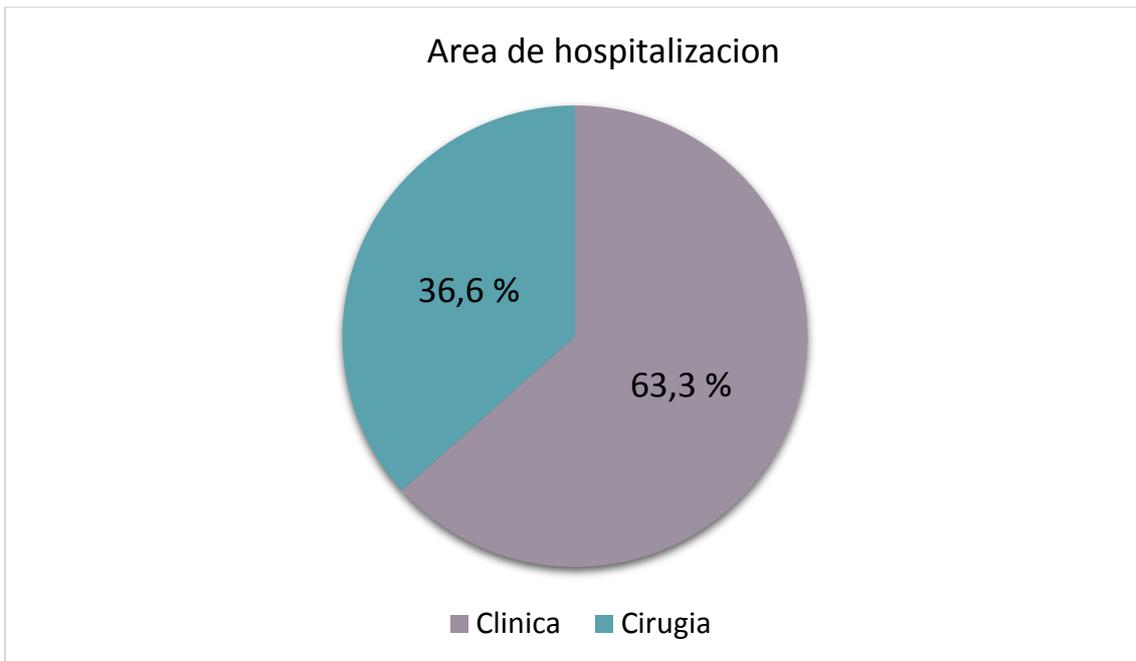
**DISTRIBUCION SEGÚN DIAS DE HOSPITALIZACION DE 109 NIÑOS-AS
INGRESADOS-AS EN EL AREA DE PEDIATRIA, HOSPITAL "VICENTE
CORRAL MOSCOSO" CUENCA. 2017-1018**

Días de Hospitalización (agrupado)

Días	Frecuencia	Porcentaje
<= 5	80	73,4
6 - 11	26	23,9
12- 17	1	9
18 - 23	1	9
24+	1	9
Total	109	100,0

Fuente: formularios de recolección de información.
Elaboración: Mónica Astudillo y Zara Japón.

En la presente tabla que hace referencia a los días de hospitalización se observa que la mayoría de pacientes ha permanecido hospitalizado por un tiempo menor o igual a 5 días, pues su porcentaje es el 73,39%, seguido de un 23,85% que corresponde a niños-as cuya estadía en el hospital ha sido de 6 a 11 días y finalmente con un 0,9% tenemos a los pacientes cuya estadía ha sido entre 12 días a más de 24 días.

GRAFICO N°5**DISTRIBUCION SEGÚN ÁREA DE HOSPITALIZACION DE 109 NIÑOS/AS
INGRESADOS EN PEDIATRIA, HOSPITAL "VICENTE CORRAL
MOSCOSO" CUENCA. 2017-1018**

Fuente: formularios de recolección de información.
Elaboración: Mónica Astudillo y Zara Japón.

En el grafico se puede visualizar claramente según el área de ingreso que el mayor porcentaje de niños-as hospitalizados-as registró su permanencia en el área clínica con un porcentaje del 63,3 % y con un 36,6% de los encuestados estuvo en el área de cirugía.

TABLA N° 3

DISTRIBUCION SEGÚN AREA EMOCIONAL DE 109 NIÑOS/AS HOSPITALIZADOS EN EL AREA DE PEDIATRIA, HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO" CUENCA. 2017-1018

	PORCENTAJE		FRECIENCIA		TOTAL
	SI	NO	SI	NO	
Siente temor ante personas desconocidas.	58.7	41.3	64	45	109
Siente inconformidad al ingreso al hospital.	78.9	21.1	86	2378	109
Siento temor a quedarme solo.	78	22	85	24	109
Siente no volver a ver a sus seres queridos.	73.4	26.6	80	29	109
Experimenta sensaciones de abandono.	65.1	34.9	71	38	109
Protesta cuando come.	48.6	51.4	53	56	109

Fuente: formularios de recolección de información.

Elaboración: Mónica Astudillo y Zara Japón.

En la siguiente tabla según el área emocional se observa que la mayoría de pacientes siente temor ante las personas desconocidas con un porcentaje de 58,72%, por el contrario el 41,28% de niños-as no sienten este temor, además existe un 78,9% de niños-as que presentan inconformidad al ingreso al hospital y un 21,1% que no lo presentan.

Se puede observar también que el 77,98% de los participantes siente temor al quedarse solo mientras que el 22,02% no siente este temor. Además que la mayoría de pacientes tienen pensamientos de no volver a ver a sus seres queridos con un porcentaje de 73,39%, y el 26,61% de participantes que no presentan estos pensamientos. Se observa que un 65,14% de los pacientes experimentan sensaciones de abandono, y el 34,86% que no las presentan.

Finalmente la mayoría de encuestados no protesta cuando come puesto que su porcentaje de participación para este estudio es de 51,38% y un 48,62% de participantes que si han presentado esta situación.

TABLA N° 4

**DISTRIBUCION SEGÚN ÁREA MOTRIZ DE 109 NIÑOS-AS
 HOSPITALIZADOS EN EL AREA DE PEDIATRIA, HOSPITAL "VICENTE
 CORRAL MOSCOSO" CUENCA. 2017-1018**

	PORCENTAJE		FRECIENCIA		TOTAL
	SI	NO	SI	NO	
Se orina o hace la deposición en la cama o ropa.	13.7	86.3	15	94	109
Tiene pesadillas en la noche o se despierta llorando.	54.1	45.2	59	50	109
Tiene poco apetito.	71.5	28.5	78	31	109
Su comportamiento es inhibido.	55.1	44.9	60	49	109

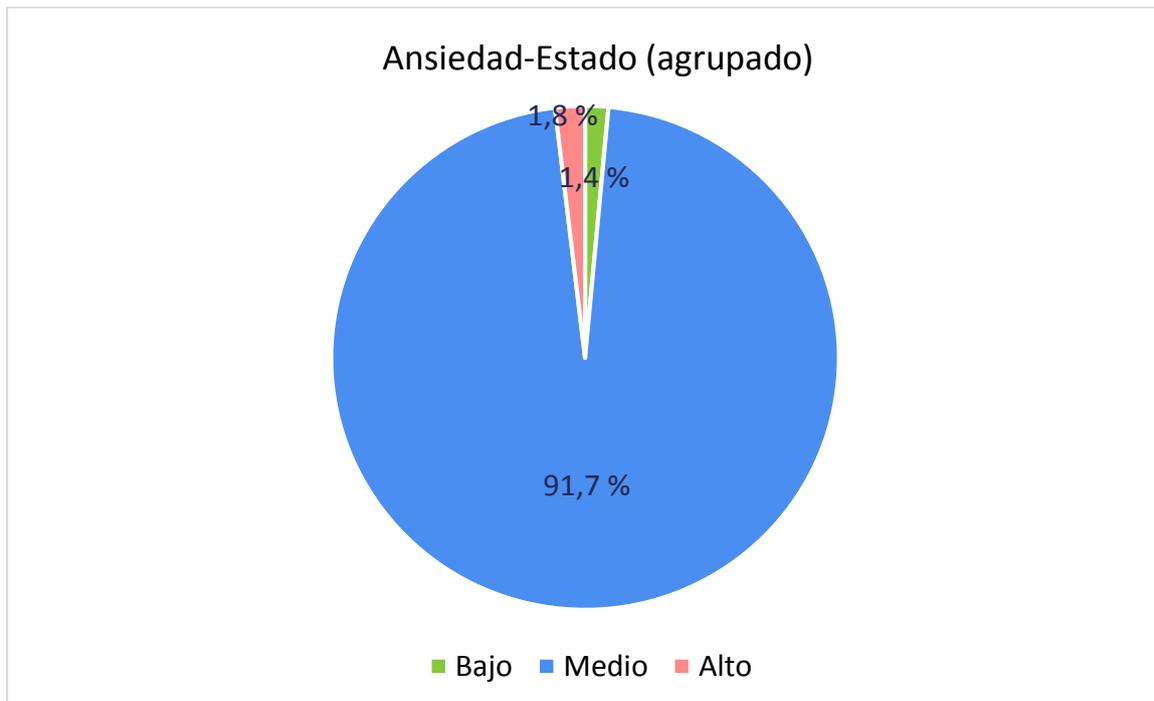
Fuente: formularios de recolección de información.

Elaboración: Mónica Astudillo y Zara Japón.

En lo que respecta al área motriz de los pacientes se puede observar que un 86,24% no ha presentado modificaciones en sus necesidades como orinar o hacer la deposición, y que el 13,76% si lo ha hecho, también la mayoría ha presentado malestar como pesadillas o malos sueños que provocan al participante despertar con síntomas de nostalgia su porcentaje de presentación es de 54,13%, mientras que el 45,87% no ha presentado esta situación.

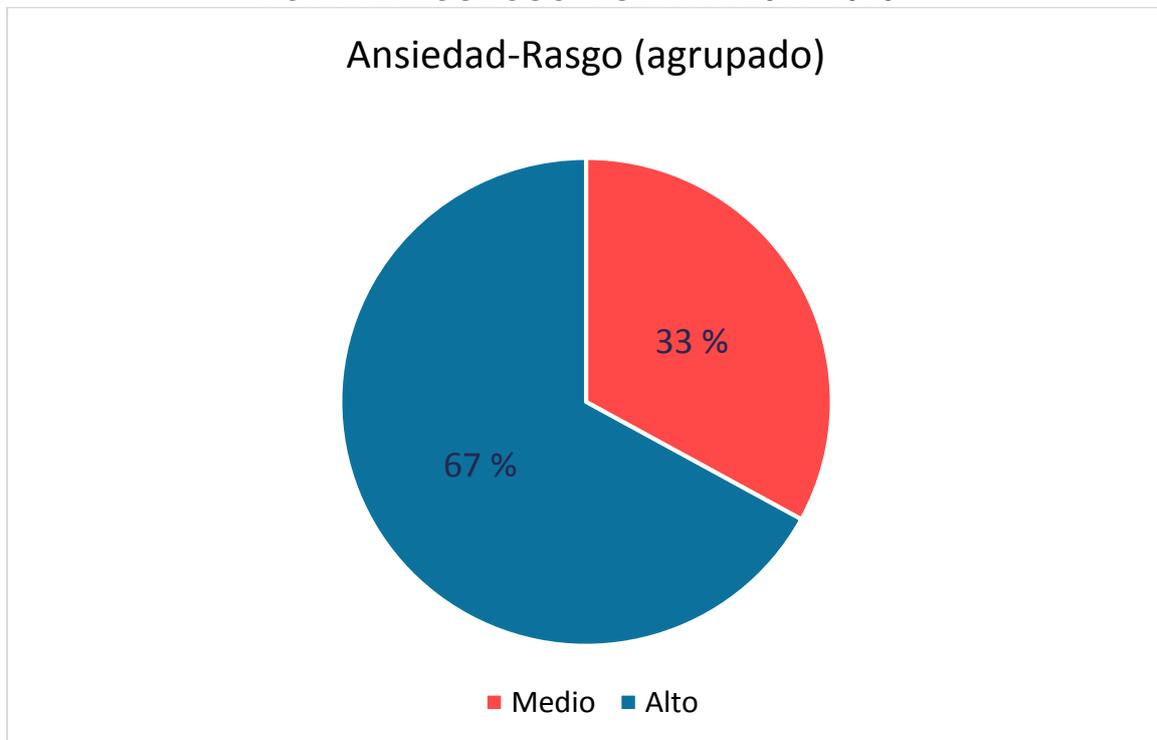
Además existe un 71,56% que ha presentado cambios en su apetito, en tanto que el 28,44% no lo ha hecho. Finalmente se observa que un 55% de participantes presenta un comportamiento poco amigable y que un 44,95% de los participantes no ha presentado cambios en su comportamiento.

GRAFICO N°6
**DISTRIBUCION SEGÚN NIVELES DE ANSIEDAD ESTADO DE 109 NIÑOS-
AS HOSPITALIZADOS EN EL AREA DE PEDIATRIA, HOSPITAL "VICENTE
CORRAL MOSCOSO" CUENCA. 2017-1018**



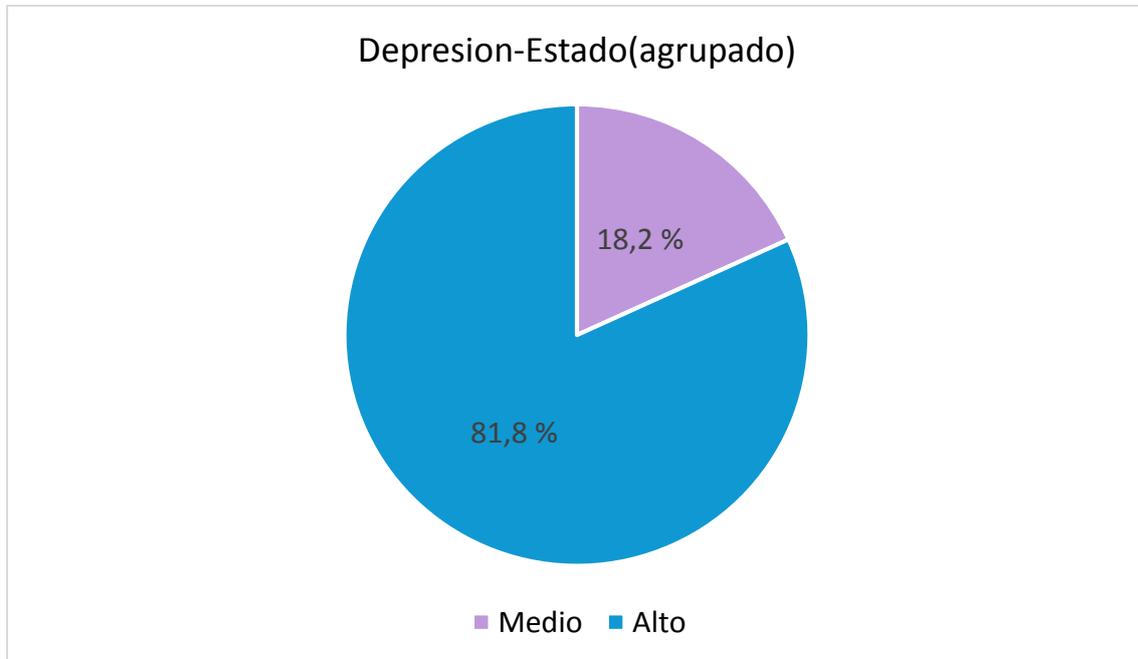
Fuente: formularios de recolección de información.
Elaboración: Mónica Astudillo y Zara Japón.

Como se observa en el gráfico, la mayoría de pacientes presenta un nivel de ansiedad estado medio con un porcentaje del 91,74%, seguido de un nivel de ansiedad alto cuyo porcentaje es de 1,8% y finalmente encontramos un nivel de ansiedad bajo con un 1,4%.

GRAFICO ° 7**DISTRIBUCION SEGÚN ANSIEDAD RASGO DE 109 NIÑOS/AS HOSPITALIZADOS EN EL AREA DE PEDIATRIA, HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO" CUENCA. 2017-1018**

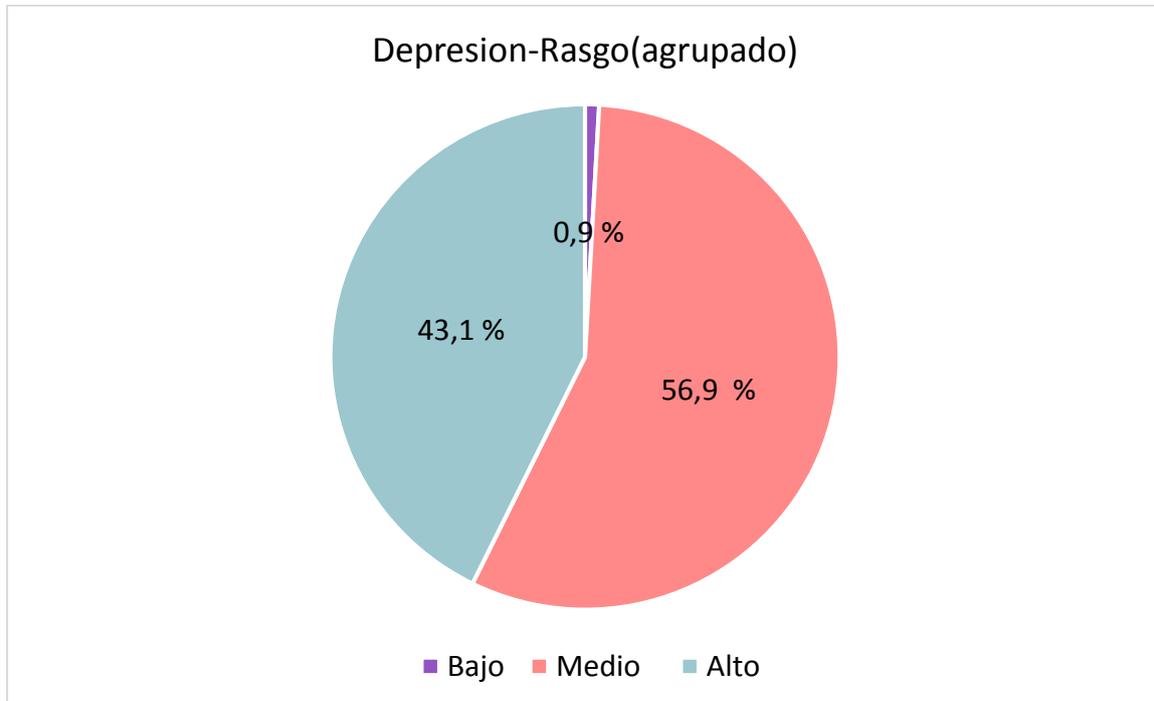
Fuente: formularios de recolección de información.
Elaboración: Mónica Astudillo y Zara Japón.

Como se observa en el gráfico con respecto a la ansiedad como rasgo, indica que la mayor parte de los pacientes presentan un nivel de ansiedad rasgo alto con un porcentaje del 67% y un 33,03% de niños-as con un nivel de ansiedad rasgo medio.

GRAFICO N° 8**DISTRIBUCION SEGÚN DEPRESION RASGO ESTADO DE 109 NIÑOS-AS HOSPITALIZADOS EN EL AREA DE PEDIATRIA, HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO" CUENCA 2017-1018**

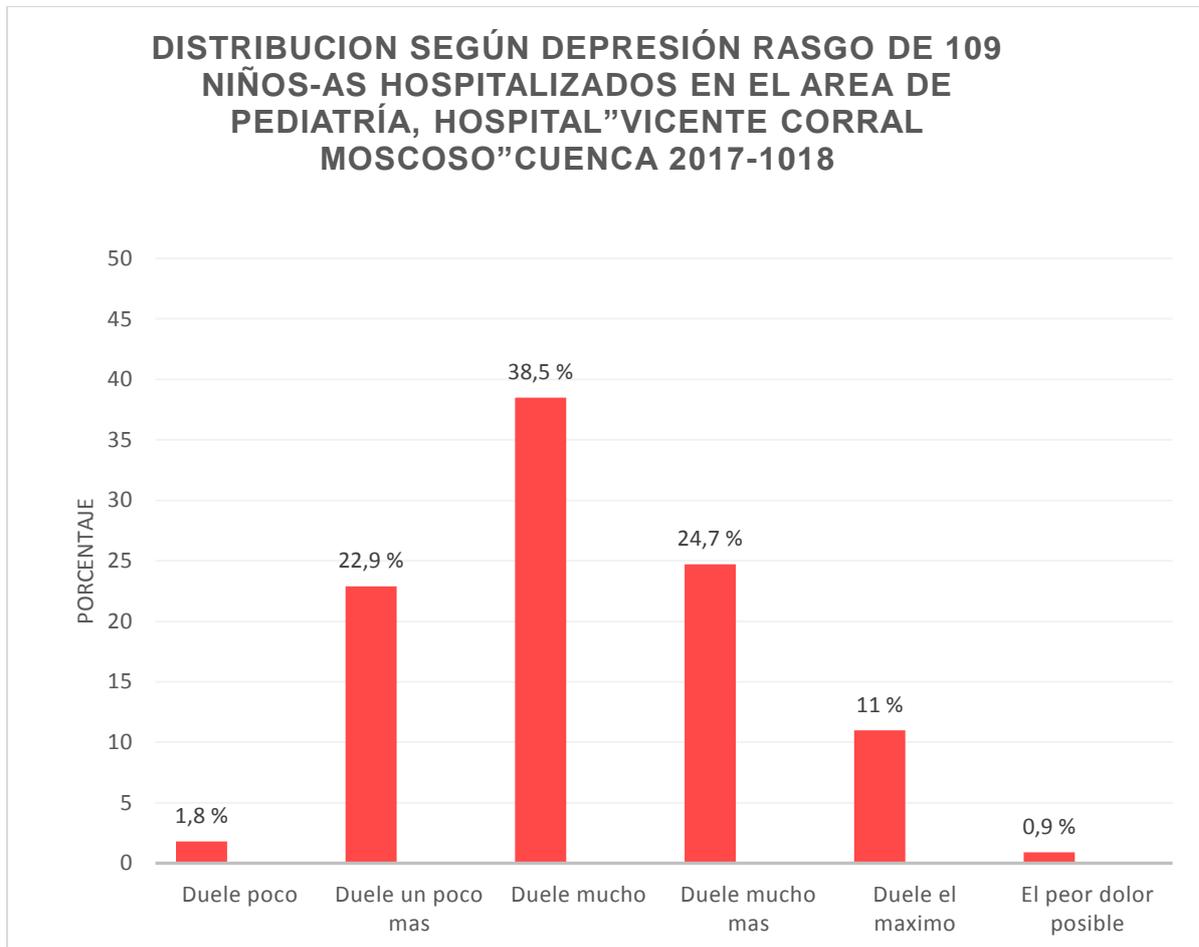
Fuente: formularios de recolección de información.
Elaboración: Mónica Astudillo y Zara Japón.

Con respecto a la distribución según depresión rasgo estado, se observa en el grafico que un 81,85% de los pacientes presentaron un nivel de ansiedad alto en el momento de la evaluación y un 18,25% presentaron un nivel de ansiedad medio.

GRAFICO N° 9**DISTRIBUCION SEGÚN DEPRESIÓN RASGO DE 109 NIÑOS-AS HOSPITALIZADOS EN EL AREA DE PEDIATRÍA, HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO" CUENCA 2017-1018**

Fuente: formularios de recolección de información.
Elaboración: Mónica Astudillo y Zara Japón.

En el grafico se observa que los pacientes que participaron en la investigación presentaron un nivel de depresión como rasgo medio con un porcentaje de 55,96%, un 43,12% presentaron un nivel de depresión alto y finalmente un nivel de depresión bajo con un porcentaje de 0,9%.

GRAFICO N°5

Fuente: formularios de recolección de información.

Elaboración: Mónica Astudillo y Zara Japón.

Se puede observar en el presente gráfico de la escala visual analógica de EVA un porcentaje mayor de 38,53% con pacientes que presentaron una sensación de dolor medio, en segundo lugar un 24.7% presento un dolor más intenso, seguido por un 22.9% que manifiestan que duele más, así mismo el 11% de pacientes que manifiestan un dolor al máximo, un 1.8% les duele poco y el peor dolor posible con un porcentaje mínimo de 0.9%.



CAPITULO VI

6.1. DISCUSIÓN

Se cumplió a cabalidad con los objetivos del estudio y los propuestos en la metodología del mismo, la investigación permitió obtener resultados relevantes, así se determinó la presencia de reacciones psico-conductuales en los pacientes pediátricos.

La hospitalización y la enfermedad que la justifica, son altamente estresantes para el niño-a su familia y también para el equipo médico que laboran en conjunto como lo menciona (Kaplan y Sadock, 1975), podría provocar en los más pequeños inquietud, llanto, problema con las comidas, conductas regresivas, ansiedad de separación; mientras que en niños de edad preescolar y escolar puede producir tristeza y depresión como síntomas más generalizados como lo menciona (Del Barrio y Mestre, 1989). (9)

Ya sea por la aplicación de procedimientos médicos percibidos como amenazantes, dolorosos peligrosos, unida al propio malestar causado por la enfermedad, podrían originar consecuencias inmediatas durante el tiempo de estancia en el hospital, así como después de la misma, es una situación que afecta al desarrollo ocasionado por el cambio de su ambiente por otro extraño y muchas veces hostil. (17)

El presente estudio se realizó al paciente hospitalizado en el área de pediatría del "Hospital Vicente Corral Moscoso". Se encontró sobre las reacciones psiconductuales de 109 pacientes pediátricos encuestados (100%) Que la mayoría de pacientes presenta un nivel de ansiedad estado medio con un porcentaje de 91,74% seguidamente de un nivel de ansiedad alto de 1,8% y un nivel de ansiedad bajo con un 1,4%. Con respecto a la ansiedad como rasgo, indica que la mayor parte de los pacientes presentan un nivel alto con un 67% y un 33,03% de participantes con un nivel de ansiedad rasgo medio.

Sin embargo, algunos autores pioneros que realizaron algunos estudios sobre la existencia de la depresión infantil. Spitz.(29) la describieron como una conducta que presentan los niños al ser separados de sus madres, muestran primero una



fase de protesta, llantos y gritos, seguida de una fase de apatía, en la que predominaban la falta de interés por las cosas, así como de apetito y de sueño, y la ausencia de conducta comunicativa.(25)

La separación afecta principalmente por el apego o la relación que hay entre madre e hijo durante la hospitalización, teniendo consecuencias posteriores en el desarrollo emocional (1). En Ecuador estudios realizados por las Dras. Patricia E. González y Elizabeth K. Rosales demostraron que los niños-as que permanecieron al cuidado de otros familiares que no fueron sus padres presentaron mayor porcentaje de depresión al igual que los que siguieron más de 5 días. Se muestra como depresión estado que un 81,85% alto en el momento de la evaluación y un 18,35% presentaron un nivel de ansiedad medio. La ansiedad como rasgo en un nivel medio con un porcentaje de participación de 55,96%, un 43,12% con un nivel alto y bajo con un porcentaje de 0,9%.

El cambio que sufre el niño a un ambiente nuevo y a personas desconocido son fuentes generadoras de estrés que coaccionan cambios en la personalidad así como conductas adaptativas y desadaptativas afectando el área emocional ya que se observa que la mayoría de pacientes siente temor ante las personas desconocidas con un porcentaje de 58,72% y por el contrario un 41,28% de personas no sienten este temor, además existe un 78,9% de niños/as que presentan una inconformidad al ingreso del hospital y un 21,1% que no lo presentan.

Podemos observar también que el 77,98% de los participantes siente temor al quedarse solo mientras que el 22,02% no siente este temor. Además que la mayoría de pacientes tienen pensamientos de no volver a ver a sus seres queridos con un porcentaje de 73,39% y por otra parte solo un 26,61% de participantes que no presentan estos pensamientos. Se observa que un 65,14% de los pacientes experimentan sensaciones de abandono y su diferencia porcentual de 34,86% que no las presentan.

Finalmente la mayoría de encuestados no protesta cuando come puesto que su porcentaje de participación para este estudio es de 51,38% y un 48,62% de



participantes que si han presentado esta situación. Según estudios realizados en Chile, publicado por el Dr. Ricardo García S. / Dra. Flora de la Barra M. se estima que alrededor de un 25% de los niños-as menores de 18 años se han hospitalizado al menos una vez. Entre un 10% a un 37 % de los niños presentaría trastornos psicológicos significativos secundarios a este evento.

Se puede observar en la tabla de la escala EVA que un 38,53% de los pacientes presenta una sensación de dolor medio y que un 24% presenta un dolor más intenso que el anterior y así mismo personas que manifiestan un dolor al máximo y el peor dolor posible.

Para Chiroque, S. (1993) investigación con 52 niños del Instituto de Salud del Niño, Perú; Molina. A. (1989); Miró J. (1998); Cullen, K. (1990); Quiles, M. (1999) que aplicaron la escala de EVA demuestran que los niños sometidos a hospitalización y/o cirugía presentan niveles significativos de dolor y ansiedad. (18)

Para Morrison L. En su estudio realizado sobre factores externos que influyen a la hospitalización del paciente pediátrico y las relaciones familiares en el núcleo familiar como soporte a la enfermedad, establece que del 100% de niños-as encuestados el 72.3% provienen de familias funcionales disminuyendo significativamente el nivel de estrés a diferencia del 27.7% que presentan niveles altos. (13) Según el Apgar familiar el 84,4% de los pacientes presenta familias funcionales y el 15,60% presenta una familia moderadamente disfuncional sin existir familiar con grave disfunción para este estudio, lo que se refleja en conductas desadaptativas.

Como se observa en este y otros estudios la presencia de reacciones psico-conductuales a la hospitalización es significativo, durante los últimos años se observa un proceso de transformación en el abordaje del niño-a hospitalizado y su familia, apareciendo una visión de los cuidados encaminados a la excelencia. La cual busca la calidad en los cuidados y la satisfacción de este binomio y como consecuencia de los propios profesionales de enfermería.



CAPITULO VII

7.1 CONCLUSION

Al finalizar el presente estudio tras la revisión del análisis de datos y discusión se puede concluir que se identificó las reacciones psico-conductuales a la hospitalización en pacientes pediátricos, basándonos en las encuestas realizadas a la población estudiada de 109 niños-as, mediante el formulario elaborado por las autoras, la escala de EVA, el APGAR familiar y las encuestas IDAREN ,IDEREN para valorar ansiedad y depresión, encontrándose que el 100% de la población estudiada presenta algún tipo de reacción a la hospitalización, jugando un papel importante factores internos y externos.

Los factores que influyen en dichas reacciones como el nivel de dolor se evidencia en la escala de EVA donde se observa que un 38,53% de los pacientes presenta una sensación de dolor medio y que un 24% presenta un dolor más intenso que el anterior y así mismo personas que manifiestan un dolor al máximo y el peor dolor posible. De la misma forma las relaciones familiares influyen positiva o negativamente es así que en el Apgar familiar el 84,4% de los pacientes presenta familias funcionales y el 15,60% presenta una familia moderadamente disfuncional sin existir familiar con grave disfunción para este estudio.

En cada caso existen reacciones dependiendo de la causa de ingreso como consecuencia tenemos pacientes vulnerables, en definitiva, es necesario un reconocimiento de los procesos psicosociales que intervienen en la experiencia de enfermedad y hospitalización del niño y su familia.

Para lograr esto, es necesario incluir a la familia del paciente, porque es un nexo importante con el niño e influye de una manera importante en la forma que el tratamiento es llevado a cabo.



7.2 RECOMENDACIONES

- Al observarse un alto porcentaje de conductas desadaptativas en los pacientes se recomienda contar con la participación de los padres en el cuidado, se debe favorecer su participación en el tratamiento del niño y entregar indicaciones sobre las tareas que ellos puedan desempeñar. De esta forma, se estará contribuyendo a definir cuáles son los roles de los padres. Es importante que el equipo médico explicita a los padres la importancia de su presencia para la recuperación del niño y los anime a llevar a cabo labores de cuidado.
- Para mejorar la situación del niño hospitalizado se recomienda desarrollar un contacto interpersonal cálido, recreando un ambiente más normal y placentero para el niño, y privilegiar una relación cercana y personal con ellos. Para esto se requiere indagar al ingreso del niño, sobre sus preferencias, cómo le gusta que lo llamen, sus hábitos, etc
- Es fundamental tipo de lenguaje que se utiliza. Este no sólo debe adecuarse al nivel sociocultural de la familia, sino que también, al estilo y canal de entendimiento que privilegia la familia. La comunicación del equipo con el niño-a debe ser lo menos ambigua posible.
- El niño tiene respuestas positivas frente a la hospitalización cuando cuenta con la compañía permanente de algún familiar, y si se trata de la madre mucho mejor porque permite reforzar el vínculo afectivo y el pequeño entiende el porqué de la hospitalización, logrando así una adaptación más fácil al medio hospitalario. Si el niño entiende la hospitalización tiene mejor disponibilidad para el tratamiento.



7.3 BIBLIOGRAFIA

1. Siquier de Ocampo, M.; García Arzeno, M; Grassano de Piccolo, E et al. Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico. Ediciones Nueva Visión. Bs. As., trigésima edición 1987.
2. Brito TRP de, Resck ZMR, Moreira D da S, Marques SM. As práticas lúdicas no cotidiano do cuidar em enfermagem pediátrica. Esc Anna Nery. diciembre de 2009; 13(4):802-8.
3. Hernández Cortina A, Guardado de la Paz C. La Enfermería como disciplina profesional holística. Rev Cuba Enferm. agosto de 2004;20(2):1-1.
4. Rojas Muñoz GF. El proceso adaptativo y síntomas ansiosos-depresivos relacionados con la hospitalización en niños de 7 a 12 años en el Área de Pediatría del Hospital Provincial General «Isidro Ayora» periodo Enero– Agosto 2012. 2012.
5. Goldberg S. Chronic illness and early development: Parent-child relationship. Pediatric Annals.1990 19: 35-41.
6. Fiorentino MT. La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. Suma Psicológica 2008; 15: 95-114.
7. Noreña Peña AL, Cibanal Juan L. The interactive communication context: factors influencing communication between nurses and hospitalised children . publish Enero–Agosto 2012. 2012 6683.
8. García R., Herrera M.S.. Aspectos psiquiátricos del niño hospitalizado. En: Montenegro H., Guajardo H. Psiquiatría del niño y del adolescente. Ed. Editorial Salvador. Santiago. Chile. 1994, 459-74.
9. Baraibar, R. “Enfoques en pediatría, aspectos psicosociales” Oficina del libro. Montevideo, 1997.
10. Daza de Caballero R, Torres Pique AM, Prieto de Romano GI. Análisis crítico del cuidado de enfermería: Interacción, participación y afecto. Index Enferm. junio de 2005; 14 (48-49):18-22.



11. Ruiz González MD, Martínez Barellas MR, González Carrión P. Enfermería del niño y el adolescente. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009.
12. Rauch P.K, Jellinek M.S. Pediatric Consultation. En: Child and Adolescent Psychiatry. Ed. M. Rutter and Eric Taylor. Blackwell Publishing 2004, 1051-66.
13. Romeo López Alonso S. Revisión crítica sobre modelos de práctica enfermera y sus resultados. Index Enferm. junio 2004;13(44-45):32-6.
14. Hernández Cortina A, Guardado de la Paz C. La Enfermería como disciplina profesional holística. Rev Cuba Enferm. agosto de 2004;20(2):1-1.
15. Ortigosa, J.; Méndez, F. "Hospitalización infantil. Repercusiones psicológicas", Biblioteca Nueva. Madrid, 2000.
16. Vessey JA. Children' s psychological responses to hospitalization. Ann Rev NursRes 2003; 21: 173-201.
17. Serrada Fonseca M. Integración de actividades lúdicas en la atención educativa del niño hospitalizado. Educere. diciembre de 2007; 11(39):639-46.
18. Depresión/OMS [en línea]. 2016. [citado 09 May 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
19. López-Ibor JJ, Valdés M, editores. DMS-IV-TR-AP. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Atención Primaria. Barcelona: Masson; 2004
20. Gómez Sancho M. Historia clínica del dolor (I). En: Gómez Sancho M, editor. Avances en cuidados paliativos. Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS; 2003. p. 228-9 (tomo II)
21. OMS: Organización Mundial de la salud. [Sede web]. [Acceso: 15 de Noviembre de 2016]. Disponible en: <https://prezi.com/5idneqq2cd/la-oms-define-el-estres-como-el-conjunto-de-reacciones-fisi/>
22. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Escuela de medicina, Lima-Perú, Niveles de estrés y formas de afrontamiento 2015. [Acceso: 11 de



enero 2017]. Disponible en: <http://www.medigranphic.com/pdfs/gacetagm-2015/gm154c.pdf>.

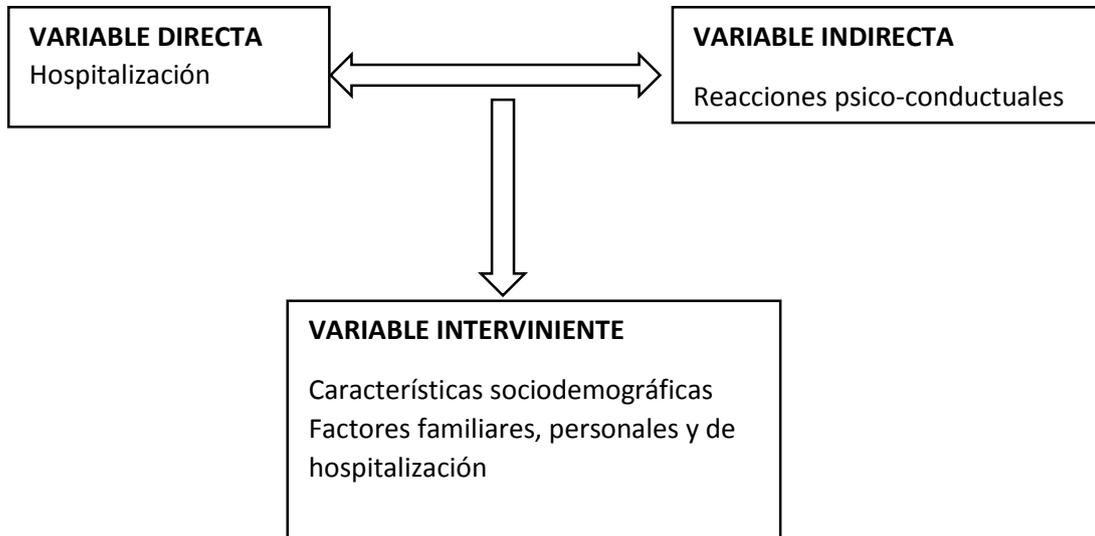
23. Vaca N. L. Estrés tipos de afrontamiento al estrés [sede web]. [acceso 13 de febrero 2017]. Disponible en: repo.Uta.Edu.ec/...LUCIA%20VACA%20%20ESTRES%20YTIPOS%20DE%20.
24. CARVALLO, Y. (2005). Causas y alteraciones del desarrollo y afectaciones de las alteraciones del desarrollo infantil en el área psicológica. En el desarrollo del aprendizaje y lenguaje en la infancia (cap. IV).
25. Ávila J. El estrés un problema de salud mundo actual. La Paz 2014. [sede web][Acceso: 15 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo>.
26. López Naranjo I. Programa de doctorado: Intervención psicológica en contextos educativos y de desarrollo [Internet]. 2011 [consultado el 11 de enero de 2017] Disponible en: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/20996/1/20314528.pdf>.
27. FREUD, Anna. El Yo y los mecanismos de defensa. Barcelona: Ediciones Paidós, 2008 (1936). 200p. ISBN: 978-7509-024-5
28. FREUD, Sigmund. Obras Completas. Psikolibro. [Consulta: 25-10-2010]. Disponible en www.psikolibro.blogstop.com. Concretamente las obras: La neuropsicosis de defensa (1984), Análisis de la fobia de un niño de cinco años (1909), La Represión (1915), Resistencia y Represión (1915-1917), Inhibición, síntoma y angustia (1925) y La negación (1925).
29. Zayas, L. H., Kaplan, C., Turner, S., Romano, K., & Gonzalez-Ramos, G. (2000). Understanding suicide attempts by adolescent hispanic females. *Social Work*, 45(1), 53-63. [Acceso 13 de Enero 2018]. Disponible en http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/VERONICA_MIRIAM_GUZAN_SANDOVAL.pdf
30. Sardinero, E., Pedreira, J., & Muñiz, J. (1997). . El cuestionario CBCL de achenbach: Adaptación española y aplicaciones clínico-epidemiológicas.



31. Clínica y Salud: Revista De Psicología Clínica y Salud, 3(8), 447-480.
[Acceso 13 de Enero 2018]. Disponible en: file:///C:/Users/pc/Documents/
adolescentes. pdf

ANEXOS

ANEXO 1 Matriz descriptiva de variables





ANEXO 2 Operalización de variables.

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta la actualidad.	Tiempo transcurrido	Años	Numérica
Procedencia	Origen o lugar donde una persona deriva	Origen Lugar.	Urbano-Rural	Nominal
Residencia	Sector geográfico donde habita la persona	Sector geográfico	Urbano-Rural	Nominal
Escolaridad	Periodo de tiempo que dura la estancia en una escuela para estudiar y recibir la enseñanza.	Periodo de tiempo	Primaria. Secundaria	Ordinal
Sexo	Conjunto de características externas que definen a una persona como hombre o mujer	Características externas	Hombre Mujer	Nominales
Familia	Relación afectiva de personas que normalmente viven juntas	Relación afectiva	Apgar familiar	Nominales
Estrés	Alteraciones que se producen en el organismo como	Conjunto de alteraciones	Encuesta de evaluación de	Ordinal



	respuesta física ante determinados estímulos repetido	del organismo.	conductas hospitalarias	
Depresión	Trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo ,	Trastornos mentales	IDARE-N Depresión	Ordinal
Ansiedad	Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, y una extrema inseguridad.	Estado mental	IDARE-N Ansiedad	Ordinal
Dolor	Percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable y que se siente en una parte del cuerpo	Percepción sensorial molesta o desagradable	Escala de EVA	Ordinales

**ANEXO 3** Materiales y recursos**Humanos****Director y Asesor:** Lic. Narcisa Arce. Mg.**Estudiante:** Mónica Astudillo y Zara Japón.**Niños:** participantes de la investigación

Descripción	Valor unitario	Numero	Total
Transporte	5 \$	30	150 \$
Alimentación	3\$	40	120 \$
Materiales de escritorio	30 \$	4	120 \$
Copias	1 \$	120	120 \$
Impresiones	10 \$	6	60\$
Internet	5\$	60	300\$
TOTAL			870\$



ANEXO 4 Cronograma de actividades

FECHA ACTIVIDAD	M. 1	M. 2	M. 3	M.4
Elaboración del protocolo	X			
Prueba piloto.	X			
Recolección de datos.		X		
Elaboración de base digital.		X		
Análisis de datos.			X	
Revisión de nuevos artículos			X	
Elaboración de la discusión			X	
Conclusiones y recomendaciones				X
Elaboración del informe final.				X



**ANEXO 5 CONSENTIMIENTO INFORMADO
REACCIONES PSICO-CONDUCTUALES DEL NIÑO A LA
HOSPITALIZACION, EN EL PACIENTE PEDIATRICO DEL HOSPITAL
“VICENTE CORRAL MOSCOSO” CUENCA 2018.**

Nosotras Mónica Paola Astudillo Ortiz portadora de la CI: 0105772172 y Zara Ñusta Japón Macas portadora de la CI: 1105667651 egresadas de la carrera de enfermería solicitamos su colaboración para la obtención de datos y su autorización para que su representado/a proporcione información para la presente investigación.

INTRODUCCION La hospitalización pediátrica es un evento que influye en el normal funcionamiento de las actividades diarias, es un retos que se enfrenta un niño, desde su ingreso hasta el momento del alta afrontando situaciones a las que no está acostumbrado siendo un estímulo desencadenante de estrés ya que no sabe lo que es la enfermedad, esto pone a prueba la capacidad de adaptación de la familia y del niño, la cual depende de una serie de factores personales, relativos a la hospitalización y aspectos de los profesionales de la salud , quienes son considerados un apoyo durante su estancia.

PROPOSITO Obtener información relacionado a; las características sociodemográficas: edad, procedencia, residencia, escolaridad, sexo, tipo de familia y días de hospitalización; determinar las reacciones psico conductuales de los pacientes pediátricos al proceso de hospitalización y valorar los niveles de ansiedad de los pacientes hospitalizados en el área de pediatría del Hospital “Vicente Corral Moscoso”.

RIESGOS Y BENEFICIOS No existe ningún riesgo para su persona ni para su representado por cuanto la obtención de datos no involucra contacto físico ni daño psicológico .Los beneficiarios de esta investigación serán directamente los pacientes pediátricos, la institución para que se planteen actividades tendientes a mejorar la situación encontrada, y a los directivos de la universidad con el propósito de que sirva de base para futuras investigaciones.



CONFIDENCIALIDAD Los datos obtenidos serán confidenciales, es decir no se publicaran ni divulgaran en ninguna etapa de la investigación, dicha información será utilizada rigurosamente por las personas encargadas del estudio y en caso de ser requerido, por el representante legal.

OPCIONES Y DERECHOS Es importante que si en un momento dado ya no desea continuar con el estudio o no desea responder a una de las preguntas no habrá ningún problema, también tiene el derecho a solicitar información para aclarar sus inquietudes, su participación no involucra erogación económica.

INFORMACION DE CONTACTO Si requiere información adicional por favor comunicarse a los siguientes correos, números telefónicos:

monipaoastudillohotmail.es
zaraj14hotmail.com

072341788
0998845643

CONSENTIMIENTO

Yo..... portador/a de la CI.....
Después de conocer el tipo de estudio, propósito a conseguir con su aplicación, los riesgos y beneficios para los participantes y la confidencialidad del mismo por consiguiente doy el consentimiento para que obtenga información de mi parte como de mi representado.

Firma del representante

Firma de la investigadora

Firma de la investigadora

Fecha_____



**ANEXO 6. ASENTIMIENTO INFORMADO
REACCIONES PSICO-CONDUCTUALES DEL NIÑO A LA
HOSPITALIZACION, EN EL PACIENTE PEDIATRICO DEL
HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” CUENCA 2018.**

Nosotras Mónica Paola Astudillo Ortiz portadora de la CI: 0105772172 y Zara Ñusta Japón Macas portadora de la CI: 1105667651 egresadas de la carrera de enfermería le damos a conocer que su representante legal ha dado la autorización para que usted nos proporcione la información que se requiera para el desarrollo de la presente investigación.

ASENTIMIENTO INFORMADO Una vez que mi representante legal ha autorizado mi participación, estoy presto a colaborar proporcionando los datos que se requieren por consiguiente doy el ASENTIMIENTO

Nombre del participante

Fecha _____

**ANEXO 7** Formulario.

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA
ENCUESTA PARA VALORAR LAS REACCIONES PSICO-CONDUCTUALES A LA
HOSPITALIZACION EN EL PACIENTE PEDIATRICO DEL HOSPITAL “VICENTE
CORRAL MOSCOSO” CUENCA 2018

Esta encuesta será utilizada en el estudio antes mencionado la cual busca identificar sintomatología ansiosa, depresiva y desadaptativa en el paciente pediátrico hospitalizado. El objetivo de esta encuesta es obtener información relacionada con el tema objeto de estudio.

Fecha: ____ Edad: ____ Área _____ Días de hospitalización _____ Escolaridad: _____
Sexo: _____ Residencia: _____ procedencia _____

Lea cada una de las frases y señale la respuesta que diga **CÓMO SE SIENTE EN ESTE MOMENTO**. No hay respuestas buenas ni malas.

	NADA	ALGO	MUCHO
1. Tengo miedo			
2. Estoy relajado			
3. Estoy preocupado			
4. Me encuentro bien			
5. Me siento molesto			
6. Me siento angustiado			
7. Me encuentro alegre			

Lea cada frase y señala la respuesta que diga cómo se **SIENTE** en GENERAL.

	CASI NUNCA	A VECES	SIEMPRE
1. Me preocupa cometer errores.			
2. Siento ganas de llorar.			
3. Me cuesta tomar una decisión.			
4. Me encuentro molesto.			
5. Me preocupan las cosas de la escuela.			
6. Me preocupo por las cosas que puedan ocurrir.			
7. Me cuesta quedarme dormido por las noches.			
8. Me preocupa lo que otros piensen de mí.			
9. Me siento menos feliz que los demás chicos.			



Léalas detenidamente y marque con una (X), aquellas expresiones que para usted refleje "COMO SE SIENTE EN ESTE MOMENTO".

	CASI NUNCA	A VECES	SIEMPRE
1. Tengo confianza en mí mismo.			
2. Yo me siento preocupado.			
3. Yo quisiera poderme separar de todos mis problemas			
4. Siento tener necesidad de vivir.			
5. Duermo bien.			
6. Me canso con facilidad.			
7. Yo siento que ahora ya nada me alegra como antes.			
8. Me despierto con más facilidad que antes y se me hace difícil volver a quedarme dormido.			
9. Yo quisiera ser tan feliz como le parezco a las demás personas que me rodean			

Léalas detenidamente y marque con una (X) aquellas expresiones que para usted reflejen "CÓMO SE SIENTE GENERALMENTE".

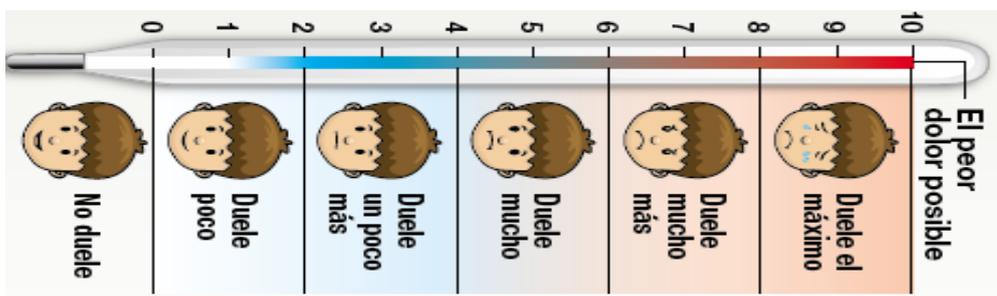
	CASI NUNCA	A VECES	SIEMPRE
1. Pienso que no puedo lograr nada de lo que me proponga.			
2. Sufro cuando no logro el reconocimiento de las personas.			
3. Pienso que tengo más fracasos que los demás.			
4. Me pongo triste, deprimido con facilidad.			
5. Considero haber tenido suerte en la vida.			
6. Pienso que en el futuro todo será bueno para mí.			
7. Me siento aburrido.			
8. Por lo general, observo las partes buenas de las cosas.			
9. Soy una persona alegre.			

Responda las siguientes preguntas de acuerdo al nivel de adaptación que presenta.

AREA EMOCIONAL	SI	NO
1. Siente temor ante personas desconocidas (vestidas de civil, de traje blanco o ropa médica)		
2. Siente inconformidad al ingreso al hospital		
3. Siente temor al quedarse solo		
4. Tiene pensamientos de no volver a ver a sus seres queridos		
5. Experimenta sensaciones de abandono		
6. Protesta cuando come		
ACTIVIDAD MOTRIZ		
7. Se orina o hace la deposición en la cama, o su ropa de vestir		
8. Tiene pesadillas en la noche o se despierta llorando		
9. Tiene poco apetito		
10. Su comportamiento es inhibido (cohibido, poco amigable).		

Según la Escala de Eva indique con una (X) el grado de dolor que presenta en este momento

ESCALA DE EVA



De

acuerdo al APGAR FAMILIAR marque con una (X) sus respuestas.

	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.			
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas.			
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.			
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor.			
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos.			

MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN Y COLABORACIÓN



ANEXO 8. Autorización

 Ministerio de Salud Pública
HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO
UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Oficio N° 233-UDI-2016-IM

Cuenca, 27 de noviembre de 2017

Lic. Magister
Narcisca Arce Guerrero,
Directora y asesora de Tesis.
Presente

Luego de un cordial saludo, informo que el estudio de tesis titulado "Reacciones psico-conductuales a la hospitalización en el paciente pediátrico en el Hospital Vicente Corral Moscoso," de las estudiantes de la Carrera de Enfermería, Mónica Astudillo y Zaira Japón, fue analizado por la Comisión de docencia e investigación de este centro, aprobando su factibilidad.

Agradeciendo de antemano su favorable acogida.

Atentamente,


Dra. Viviana Barros A.
RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

CC. Archivo

 HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO
GESTIÓN DE DOCENCIA
E INVESTIGACIÓN

Av. Los Arroyos y 12 de Abril
Teléfono: 4096000
www.hvcm.edu.ec