

MEMORIA DEL TRABAJO DE FIN DE GRADO EN ENFERMERÍA

PAUTAS PARA LA INFORMACIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS Y SUS FAMILIAS

Autora: Uxue Oregui Ugarte

Directora académica: Esther Cremáes Mayorga

RESUMEN

Como han demostrado diversos estudios, la información, además de ser un derecho, es en muchas ocasiones también una herramienta para afrontar los hechos de un modo más efectivo. En el área de la pediatría la información y la atención al paciente no abarcan solo enfermo, sino que llevan implícito el trato con los padres/cuidadores, que como responsables del paciente, necesitan de un trato cercano para poder aclarar sus dudas y sentirse amparados por el personal que los atiende.

En este trabajo someteremos a estudio el grado de satisfacción de los padres/cuidadores de los pacientes en una planta de pediatría, para conocer cuál es su opinión respecto a la información, el trato y la atención recibida por parte del personal de enfermería durante su ingreso, para así poder buscar áreas de mejora y hacer una reflexión sobre cómo se debe informar a las familias de pacientes pediátricos y tratar con ellos durante su estancia.

ÍNDICE

1.- Introducción.....	1
2.- Objetivos.....	2
3.- Marco conceptual.....	2
3.1.- Informar al niño.....	3
3.2.- Informar a la familia.....	6
3.3.- Manejo de la información.....	8
3.4.- Modelo de relación de ayuda.....	9
4.- Metodología	
4.1.- Recogida de datos.....	18
4.2.- Características de la muestra.....	18
4.3.- Resultados obtenidos.....	19
4.4.- Discusión.....	19
5.- Plan de mejora.....	20
Propuesta nº1.....	21
Propuesta nº2.....	22
Propuesta nº3.....	23
6.- Bibliografía.....	25
7.- Anexos.....	26

PAUTAS PARA LA INFORMACIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS Y SUS FAMILIAS

1.- INTRODUCCIÓN

En el ingreso de los pacientes en las Unidades de Hospitalización, debido a la importancia, por otra parte innegable, que se otorga a los procedimientos técnicos, habitualmente se resta dedicación a la atención psicológica. La enfermera es en este sentido y debido al trato continuo y diario con los pacientes y sus familias, quien reúne las características idóneas para escuchar, tranquilizar, explicar y resolver sus dudas. Habitualmente se achaca a la falta de tiempo del personal de enfermería, el que no se preste la atención suficiente a este tipo de actividades, quedando, por tanto, incompleta la necesidad de información y apoyo de los pacientes y de sus familias.

Por ello, basándome en mi experiencia personal y en lo observado en el periodo de prácticas realizado en una planta de hospitalización pediátrica, he querido analizar desde dentro cuál es la situación al respecto. De este modo, pretendo identificar qué aspectos son peor valorados complementando los resultados obtenidos con una búsqueda bibliográfica, y realizar una propuesta de mejora que permita alcanzar una mayor calidad en la atención sanitaria.

2.- OBJETIVOS

Objetivo general:

Conseguir una mayor calidad en la atención personalizada, mejorando el modo en el que se informa, ayuda, e interactúa con los pacientes pediátricos y sus familiares.

Objetivos específicos:

- Valorar el grado de satisfacción de los usuarios respecto a la atención prestada mediante un cuestionario elaborado a tal fin.
- Analizar los resultados para obtener áreas de mejora.
- Proponer medidas concretas para aquellas áreas susceptibles de ser mejoradas.

3.- MARCO CONCEPTUAL

Siendo las relaciones interpersonales entre enfermero – paciente una parte fundamental de la práctica enfermera, considero que en el campo de la pediatría, la enfermera se encuentra con la necesidad de abordar en estas tanto al paciente como a sus padres, ya que estos últimos, suponen el mayor apoyo y punto de referencia para el niño.

La teoría del Apego, desarrollada por John Bowlby en su artículo "*the Nature of the Child's Tie to his Mother*" escrito en el año 1958, formula que el bebé necesita una figura estable en los primeros años de vida para un correcto desarrollo cognitivo y emocional. (1) El trastorno psicoafectivo que los pacientes pediátricos desarrollaban en ausencia de sus parientes, llamado también *hospitalismo*, desarrollado por Morquio y Spitz, fue combatida tras el desarrollo de esta teoría, dando lugar a la internación conjunta como hoy en día la conocemos.

En las últimas décadas, debido a los estudios realizados gracias a la creciente importancia otorgada al bienestar y el beneficio de los pacientes, han sido muchos los avances realizados en los derechos de los mismos. El modelo paternalista, en el que el principio de Beneficencia es llevado al extremo hasta el punto en el que el paciente no tiene derecho a decidir, sino que es el médico el que toma las decisiones por él, quedó obsoleto con la llegada de una nueva idea: el principio de Autonomía. Con la llegada de la declaración de los derechos de Autonomía, el paciente dejó de considerarse solo un enfermo, para pasar a ser una persona con derecho de elección acerca de lo que cree o no conveniente para su salud, siendo su máximo exponente el consentimiento informado. Esto asegura al paciente que va a recibir la información necesaria con respecto a los procedimientos y técnicas que van a serle practicadas, otorgándole el derecho a poder decidir sobre las mismas.

En el caso de los pacientes pediátricos, la labor de informar se ve dificultada por la edad del paciente, que de acuerdo con su desarrollo cognitivo y según la edad, no es capaz de comprender y carece del derecho a decidir sobre los aspectos relacionados con su salud.

Por esto, serán los padres/cuidadores los que tomen las decisiones sin ni siquiera en muchos casos informar al niño. Para ello se aducen distintos argumentos entre los que se señala la conveniencia de ocultar información para que el niño sufra menos.

Por ello creo que merece un punto de reflexión en torno a cuál es el mecanismo de pensamiento de un niño, de tal forma que podamos determinar algunas pautas para poder tratar con él, de modo que la enfermedad y el ingreso sean lo más llevaderos posibles.

3.1.- Informar al niño

En Enfermería partimos del paradigma de considerar a la persona desde un punto de vista holístico, abarcando la esfera biológica, psicológica y social. Por ello, a la hora de tratar enfermedades, iremos más allá, puesto que pese a que la enfermedad en distintas personas sea la misma, existen otros factores que determinan cómo se desarrollará.

Estos factores, diferentes en cada paciente, abarcan aspectos psicológicos y sociales, que condicionarán las reacciones psicológicas del niño.

Los factores más relevantes, que influyen en las reacciones del niño son:

- El tipo de enfermedad
- Gravedad de la misma
- Edad del niño
- Habilidades de afrontamiento
- Frecuencia con la que ha tenido contacto con el medio hospitalario
- La escuela, sus compañeros
- La reacción y el apoyo familiar.

Todos estos factores son importantes y han de ser tenidos en cuenta para que, de forma integral y multidisciplinaria, el niño reciba la ayuda que necesite. (2)

El **ingreso hospitalario** es, de por sí, un factor estresante para el paciente pediátrico, que se encuentra de pronto en un mundo desconocido y en muchas ocasiones hostil, debido a los procedimientos invasivos y el dolor. No solo debe enfrentarse al sufrimiento de la enfermedad que le ha llevado a ser ingresado, sino que tiene que acostumbrarse a nuevos horarios, personas desconocidas, y en definitiva, una rutina que se escapa a su forma de ver la vida día a día. (3) Debido a la capacidad de los niños de 'absorber' la información de su alrededor, esta experiencia puede dar lugar a efectos psicológicos negativos a largo plazo. (4)

3.1.1.- Desarrollo cognitivo:

Según **la teoría de Jean Piaget** acerca de la evolución del pensamiento infantil, existen 4 estadios de desarrollo en el ser humano. Estos 4 estadios se dividen del siguiente modo: (6)

- Estadio Sensorio-motriz: Este periodo abarca desde el nacimiento hasta los dos años, llamado también periodo prelingüístico. (6)
- Estadio de las operaciones concretas:
 - Subestadio del pensamiento preoperacional: De los 2 a los 4 años, el lenguaje y los símbolos toman importancia, pero no es hasta los 4-6 años hasta que empiezan a simbolizar la realidad y construyen imágenes y pensamientos más complejos. Es en esta parte de la evolución de su pensamiento cuando desarrollan pensamientos como: egocentrismo, animismo, realismo,

irreversibilidad.... (6) Estos pensamientos característicos de estas edades son los que vamos a analizar en el siguiente apartado, pues es a partir de este estadio cuando el niño necesita que se le preste mayor atención psicológica.

- Subestadio del pensamiento operacional concreto: A los 7-11 años, el niño logra la reversibilidad del pensamiento y es capaz de resolver problemas si el objeto está presente. Además las relaciones sociales se tornan más complejas. (6)

- Estadio de las operaciones formales: Transcurre entre los 11 y los 15 años. El niño/adolescente alcanza el nivel más alto de desarrollo cualitativo. (6)

De acuerdo con esto, haremos un breve análisis para conocer algunas de las **características del pensamiento infantil** que toman especial importancia en el ingreso hospitalario de un paciente pediátrico:

- La noción del tiempo en los niños es distinta que en los adultos. No son capaces de hacerse a la idea de lo que supone un mes, puesto que aún no conocen el tiempo convencional. (5) Esta característica adquiere importancia en el medio hospitalario, ya que el paciente pediátrico no entiende a qué nos referimos al hablarle de “tres semanas de tratamiento”, y esto puede crearle mayor ansiedad al no comprender lo que se le dice. (3)
- El egocentrismo y el pensamiento mágico (5) son una parte importante del pensamiento del niño que, en su ingenuidad, tiende a pensar que lo sucedido a su alrededor es debido a sus propias acciones o deseos. Por ello es importante explicar al niño que lo que le ocurre no es un castigo ni tiene culpa de ello.

Una vez hemos analizado el pensamiento lógico del niño de forma general, tenemos que valorar al paciente en concreto, saber cuál es su capacidad intelectual, su madurez emocional, sus habilidades comunicacionales. Para ello deberemos efectuar preguntas para descubrir cuál es su reacción ante un problema. Las preguntas irán referidas a cómo reacciona ante un problema con sus compañeros de colegio, por ejemplo. (3) De este modo podremos conocer mejor al niño y saber cómo tratar con él, cómo hablarle y explicarle las cosas.

3.1.2.- El niño hospitalizado se encuentra en una situación desconocida, y el dolor de la enfermedad en sí misma, sumado al dolor de los procedimientos que seguramente tendrán que serle practicados, y el desconcierto de no entender lo que le pasa, generan **temor** en él. (3)

Este temor al entorno hospitalario ha de ser paliado hablando con el niño y tranquilizándole en varios aspectos. Por el miedo provocado por la hospitalización en sí, recomendaremos a los padres que le traigan al niño objetos de su entorno habitual, como pueden ser su manta, su juguete favorito, su almohada... (3) Además de ello deberemos tranquilizar al niño explicándole

de manera que pueda entenderlo cuál es el material que vamos a utilizar con él, dónde lo llevamos (si va a alguna prueba o al quirófano), y hacer hincapié en que sus padres/acompañantes no van a abandonarlo. (3)

El personal sanitario también es fruto de ansiedad para el niño, que no conoce a la gente de su alrededor y se siente intimidado por ello. La primera medida para contrarrestar este miedo es presentarse ante el niño, para que conozca los nombres de las personas con las que tratará durante su ingreso. Es importante tratarle con calidez y de una forma cordial, para ganarnos su confianza, pero no debemos quebrar esta confianza engañándole y minimizando el dolor que podamos causarle con, por ejemplo, la colocación de una vía. En esos casos, deberemos decirle que es necesario hacerlo y que le dolerá un poco, pero nunca decirle que no va a dolerle nada, puesto que no volverá a confiar en nosotros.

Los procedimientos, que pese a ser necesarios causan gran parte de la ansiedad del niño hospitalizado son necesarios, han de ser explicados de una forma suficientemente clara para la comprensión del niño, diciéndole para qué sirven los utensilios y qué es lo que él va a sentir. Si es posible, debemos buscar la colaboración del niño para que pueda ayudar de alguna manera, de este modo el niño siente que tiene el control y se concentra en la labor asignada, reduciendo la angustia. (3) Por último es importante controlar el dolor del niño con las técnicas analgésicas adecuadas. (7) (8)

El niño enfermo, debido a la hospitalización, puede tener algunas de las siguientes reacciones, que suelen ser típicas y hay que controlar para que no se alarguen después de la hospitalización:

1. La regresión: Es un mecanismo de defensa, en el que el niño exhibe conductas propias de una edad menor como pueden ser cambios en su lenguaje, sus hábitos higiénicos, hábitos alimenticios, y relaciones vinculares (vínculo exageradamente dependiente de los padres). (3) (9) Hay que diferenciar una regresión de un trastorno del desarrollo. (3)
2. Depresión: Puede surgir de forma directa debido a la enfermedad, por la restricción del ambiente hospitalario, o por la separación de los padres debido a la hospitalización. La depresión suele producir cambios de la conducta motora, trastornos digestivos, trastornos del sueño, etc. (9)
3. Ansiedad, nerviosismo e inquietud: Es la reacción más común del niño hospitalizado, normalmente se produce por uno de dos motivos:
 - Por los conflictos psicológicos que se producen en el niño al no comprender su enfermedad.
 - Por el estado de indefensión y desesperanza que llevan a una baja autoestima.

También se pueden producir taquicardias, palpitaciones, diarrea, vómitos, sudoración, sensación de frío y calor, cefaleas, disfonías, alteraciones del sueño, etc. La ansiedad generada por la hospitalización hace que el niño sea más demandante con sus padres, requiriendo no solo su presencia, sino que su atención constante. (9)

4. También pueden ser comunes reacciones tales como rabia, ira, malestar, agresividad e irritabilidad, aparición de miedos o fobias, sentimientos de culpabilidad e inseguridad, cambios en la imagen corporal, pérdida de autocontrol, apatía, actitudes de rechazo, comportamientos de gran dependencia, un débil control sobre sus impulsos y una tenue autoimagen, conflictos de independencia/ dependencia que se manifiestan en una tendencia hacia el aislamiento y en una gran desconfianza o problemas de interacción social. (9)

Tras este análisis de los comportamientos de un niño enfermo y de su psique, podemos proponer una serie de pautas para que el ingreso hospitalario del paciente pediátrico sea lo menos traumático posible:

- Es importante que la estancia en el hospital sea lo más breve posible, y si su patología requiere un tratamiento prolongado (oncológicos, por ejemplo), debemos procurar otorgar altas transitorias cuando no se realizan procedimientos ni tratamientos.
- Es aconsejable negociar con el niño, dentro de lo posible, los reingresos que tenga que hacer y la información sobre la situación dada al niño ha de ser asertiva.
- Es muy importante en todo momento dejar que el niño continúe con sus formas habituales de expresión, como pueden ser el juego o el dibujo.
- Para que el niño no pierda el contacto con el exterior y no se sienta apartado de la familia, se deben autorizar visitas importantes para el niño, como pueden ser sus hermanos o abuelos. (3)

Teniendo en cuenta estas recomendaciones y mediante una vigilancia continua de los cambios de humor y conductuales del paciente pediátrico, se intentará evitar cualquier tipo de trastorno emocional, y en caso de detectar síntomas de alguno de los trastornos nombrados, se pedirá una interconsulta a Salud mental para que puedan evaluar al niño.

En definitiva, el trato e interacción con el paciente pediátrico ha de seguir unas pautas marcadas que consigan reducir el riesgo a que el ingreso hospitalario sea motivo de trastornos futuros.

A continuación nos centraremos en la familia del niño, que se ve directamente afectada por la enfermedad del mismo, y que ha de ser tratada e informada de modo que su sufrimiento se minimice al máximo.

3.2.- Informar a la familia

Cuando un niño enferma y es ingresado en una planta hospitalaria, la familia también se ve afectada, ya que la enfermedad de un paciente pediátrico influye en la vida de todos los miembros de la familia.

Algunas de las repercusiones que implica la enfermedad de un hijo para los padres son: angustia, estrés, ansiedad, crisis vital familiar, indefensión, miedo, depresión, confusión, disminución del rendimiento, alteraciones del sueño y pensamientos intrusivos.

Todo esto viene causado no solo por la enfermedad en sí misma, sino porque la alteración en el ritmo y estilo de vida habitual influye en gran medida en los padres. (3) (9)

El malestar de los padres, a su vez, repercute en el niño, que intuye y en ocasiones también sufre por los padres. Según un estudio realizado por Brophy y Erickson en 1990, la ansiedad de la madre afecta a los hijos, y encontraron una estrecha relación entre la ansiedad de la madre y la frecuencia cardíaca del hijo. (4)

Las familias más 'normales', también llamadas familias integradas, tienen la característica de ser familias estables con flexibilidad en los roles. Son capaces de afrontar los problemas sin expulsarlos, reprimirlos, inhibirlos o negarlos. (10) En estas familias la presencia de los padres resulta gratificante, puesto que saben captar las necesidades del enfermo, y suelen turnarse en el cuidado del mismo, sin sobreproteger y tratándole con la mayor normalidad posible. (9)

En familias más aglutinadas (lo cual significa que existe poca diferenciación entre individuos, el rol materno es exagerado y afectivamente resulta asfixiante, mientras que el padre queda relegado a un segundo puesto) (10), suele darse una marcada sobreprotección. Siempre es el mismo miembro de la familia el que cuida al niño, y lo hace de modo que jamás se quede solo, controlando el trabajo de las enfermeras constantemente, poniendo en duda su trabajo, el horario de los medicamentos, el goteo del suero... Todo esto causa un estrés sobreañadido en el paciente y peleas y conflictos entre los miembros de la familia. (9)

La sobreprotección prolongada puede causar en el niño un apego extremo y dependencia hacia sus padres, llegando a una invalidez crónica. Este tipo de regresión (de lo cual hemos hablado anteriormente), queda reforzada por el hecho de que el niño en muchas ocasiones recibe regalos y es eximido de sus responsabilidades, y puede llegar al punto en el que el paciente no quiera sobreponerse de su enfermedad o que esta situación se alargue después del alta hospitalaria. Todo esto conlleva una adaptación inadecuada del niño a su entorno familiar, social y escolar, a la vez que crea en los padres sentimientos de estrés y reduce los de auto-eficacia. (9)

Otras de las reacciones que podemos encontrar en los padres de pacientes pediátricos son la ira, la rabia y el rechazo. Estos sentimientos pueden ir dirigidos a diferentes blancos, como pueden ser el personal sanitario, Dios, o el niño enfermo. (9)

También hay padres que reaccionan con la negación de la enfermedad del hijo, lo cual suele terminar con la búsqueda de una segunda opinión por parte de otro médico. (9)

Richmond (1982) definió 3 fases en las reacciones de los padres frente a la enfermedad de un hijo:

- Shock inicial: origina sentimientos de enfado. El tipo de enfermedad condiciona en gran medida las reacciones de los padres, pero cuando el diagnóstico no es claro, en el periodo previo a obtener el diagnóstico la

incertidumbre, el miedo y las dudas son los sentimientos predominantes. Una vez conocido el diagnóstico los padres reaccionan con sorpresa y les cuesta aceptar el hecho de que su hijo tenga una enfermedad. El abanico de sentimientos es muy amplio en este momento: incredulidad, rabia, culpa, temor, dolor, autocompasión...

- Periodo de tristeza y desequilibrio emocional: Surgen sentimientos de depresión, malestar físico, e incapacidad para seguir funcionando con normalidad. Estamos ante una fase de miedo, frustración, culpa y auto recriminación.
- Progresiva restauración del equilibrio normal: en esta fase pueden ocurrir dos cosas: que los padres formen parte activa de la recuperación del niño; o que los sentimientos de rabia y resentimiento prevalezcan hasta el final de la enfermedad. (9)

Para evitar algunas reacciones negativas de los padres dentro de lo posible, es importante subrayarles que el niño se encuentra en una situación complicada debido al ingreso hospitalario, pero que sus necesidades cognitivas, emocionales y sociales siguen siendo las mismas, y que la mejor manera de sobrellevar el ingreso y a enfermedad es con un trato lo más normal posible. (9)

3.3.- Manejo de la información:

Después de este análisis de las diferentes reacciones que podemos encontrar en los padres de los niños enfermos, vamos a pasar a hablar sobre el manejo de la información. Esto supone un aspecto importante del quehacer diario del personal sanitario, que debe hacer entender y conocer tanto la enfermedad del niño en sí, como su ambiente inmediato que comprende a su familia.

La información correcta y adecuada es de gran ayuda a la hora de afrontar la enfermedad, y ayuda a paliar el estrés provocado por la incertidumbre. (4) En pediatría es habitual omitir al niño a la hora de dar la información, e incluso estando él delante suele quedar en un segundo plano, siendo los padres los únicos a los que va dirigida la información. Por este motivo, no debemos olvidar que el niño tiene también derecho a ser informado (como dicta la Ley del Protección al menor, en la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero en su artículo 5), y que de hecho, debe ser informado debidamente.

Al dar la información, es muy importante tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Utilizar palabras sencillas y de fácil comprensión, empleando palabras de uso común.
- Es conveniente que la información sea concisa y sin extendernos más de lo necesario, debido a que en situaciones de estrés la capacidad de procesar información se ve disminuida en gran medida.
- Dosificar la información es una buena medida para no crear una sensación de sobrecarga y saturación en los padres, dándoles la información paulatinamente.
- Se evitará la medicina defensiva, la cual se define como la “aplicación de tratamientos, pruebas y procedimientos con el propósito principal de defender al médico de la crítica y evitar controversias, por encima del

diagnóstico o el tratamiento del paciente”, brindando la información necesaria para el paciente. (3)

El niño por su parte, si no entiende lo que le pasa, acostumbra a llenar los vacíos de sus conocimientos con fantasía, que en muchas ocasiones resulta peor que la realidad. La información por el contrario lo tranquiliza y aumenta su confianza en el personal sanitario y en sus padres. Por ello es importante hacerle caso al niño de forma individual y preguntarle si desea saber lo que le pasa o lo que le van a hacer.

Con respecto a la edad del niño, podríamos hacer las siguientes precisiones:

- Niños menores de 4 años: Explicaremos a los padres delante de niño lo que le sucede y los procedimientos que se le van a realizar, explicándoles a su vez cómo deben decírselo al niño, con un lenguaje sencillo acorde con su edad. De este modo nos aseguramos de que el niño recibe la información, ya que contárselo únicamente a los padres no nos garantiza que ellos vayan a decírselo al paciente.
- Niños mayores de 4 años: En el caso de estos pacientes (que como antes hemos podido analizar es la edad a la que el niño empieza a tener pensamientos más complejos), lo preferible es pedir a los padres que nos dejen a solas con su hijo un momento, para poder preguntarle qué es lo que quiere saber y si él lo desea explicarle de una forma acorde con su edad lo que le pasa. También le preguntaremos si tiene alguna duda que no desee que los padres conozcan o si quiere saber algo en especial.

3.4.- Modelo de relación de ayuda (12)

3.4.1. Elementos de la relación de ayuda:

A continuación paso a exponer la relación de ayuda, ya que considero que pese a ir dirigido al cuidado de pacientes adultos, se puede aplicar en muchos aspectos al trato con los padres de los pacientes pediátricos.

En estudios sobre las actividades de cuidados que se realizan en las unidades de hospitalización de algunos hospitales, se ha podido constatar que los cuidados dispensados en el área de comunicación son casi siempre inferiores a lo que sería deseable.

En el proceso de comunicación hay 3 factores que intervienen:

- El paciente
- La persona que le ayuda
- El proceso de relación.

El profesional de enfermería debe tener una visión clara de su propia concepción de la persona, de la salud, de la enfermedad y de la ayuda, así como comprender los procesos que se desarrollan durante la relación y una idea clara de cuáles son los límites del enfoque que decide realizar.

La formación básica de un profesional de enfermería no abarca la relación de ayuda en toda su extensión, por lo cual a continuación nos centraremos en un

modelo de intervención en relación de ayuda centrado en el paciente, la enfermera, y el proceso de atención.

El profesional de enfermería, partiendo de su formación y de sus experiencias de trabajo, elabora su propia manera de ser y estar en la relación de ayuda. La personalidad de cada uno influye en sus intervenciones como enfermero, y se tiene una manera personal de ver la labor enfermera y entender el rol del paciente, llegando a tener un modelo de ayuda personal, que se va modificando a lo largo de los años, evolucionando a la vez que la persona. Un gran número de profesionales de enfermería tienen dificultades a la hora de definir "el modelo", lo cual se debe a las contradicciones entre los valores que recomiendan y comportamientos que adoptan. Esta incoherencia ha de ser corregida puesto que perjudica en sumo grado la relación y la eficacia de la intervención. Para ello, es importante conocer el "modelo de intervención" particular y las bases teóricas que sustentan esas intervenciones, para rectificarlas si es preciso. De este modo y sólo así se podrá ofrecer una ayuda verdaderamente lógica y eficaz.

A continuación propongo un modelo general para que aquel que lo desee pueda formular su propia manera de concebir la relación de ayuda. Este modelo está basado en autores de la corriente interaccionista de enfermería, como Peplau (1952), Orlando (1979), Wiedenbach (1967), King (1971), Travelbee (1978), y Beck (1984).

El modelo aquí descrito se apoya en 3 premisas:

- 1) **La persona ayudada**, es decir, el paciente (en el caso de la pediatría también incluiríamos a los familiares del paciente):
La necesidad de ayuda que manifiesta es resultado de su dificultad para reconocer, aceptar y vivir dichas necesidades plenamente.
La intervención de la enfermera consiste en ayudar a esa persona a reconocer su forma particular de estar en el mundo, a acogerla y dejar que se desarrolle en el sentido particular de su naturaleza.

- 2) **El tipo de relación** que el individuo establece con su entorno humano y físico, determinará su progreso hacia la actualización óptima de sus recursos. Aquí no solo toman importancia las relaciones que mantiene con su entorno externo, sino que también la relación que mantiene consigo mismo. A menudo, la necesidad de ayuda de la persona proviene de su dificultad para establecer relaciones armoniosas con ella misma, y como consecuencia, con su entorno.

- 3) **La persona que ayuda**, es decir, el profesional de enfermería, por su parte, fundamenta sus intervenciones en sus cualidades específicas, siendo en muchas ocasiones sus cualidades humanas su mayor herramienta de trabajo. En relación con esto, Rogers (1981) menciona en su trabajo: *"Cuanto más vea el cliente en el terapeuta un ser verdadero, auténtico, empático que infunda respeto incondicionalmente, más se alejará de un tipo de comportamiento estático, fijo, insensible e impersonal, y más se dirigirá hacia un funcionamiento marcado por la*

experiencia fluida, cambiante y plenamente aceptadora de sentimientos personales claros. De esa movilización resulta una evolución de la personalidad y del comportamiento hacia la salud y la madurez físicas y unas relaciones más realistas con uno mismo, con los otros y con el ámbito exterior". En el ámbito de la enfermería, el profesional ejerce la función de "experto" frente a los problemas presentados, y puede informar, opinar, advertir o guiar al paciente en la solución de un problema.

3.4.2.- Desarrollo de la relación de ayuda:

Tanto el profesional de enfermería como el paciente contribuyen al desarrollo de la relación, siendo el paciente quien expresando sus necesidades y aportando sus características personales busca la ayuda del profesional. Este, a su vez, debe tratar al paciente con respeto y consideración, utilizando sus habilidades y conocimientos para facilitar el proceso.

Las interacciones progresan al ritmo de los encuentros, que están influidos por el lugar, el momento, la duración, y otras condiciones psicosociales.

Con la ausencia de únicamente uno de estos elementos, el sistema está amenazado, ya que, por ejemplo, no podremos llevar a cabo una relación de ayuda en ausencia del que ayuda o del que es ayudado. Por lo tanto, todos y cada uno de los componentes del sistema tienen la misma importancia.

3.5.- Comunicación enfermera-paciente:

La enfermera, como persona que ayuda, debe garantizar que la comunicación con el paciente, verbal y no verbal, sea eficaz, asegurándose de que el mensaje comunicado sea claro y comprensible, así como estar dispuesta a reconocer y favorecer encuentros estructurados en función del objetivo deseado. Para ello una herramienta de gran utilidad es **la entrevista**, como método de comunicación verbal y no verbal entre enfermero-paciente, para lo cual el profesional de enfermería utiliza determinadas formas de hacer y de estar, teniendo en cuenta las características personales del paciente, las fases del encuentro, y los objetivos deseados.

Son 3 las características generales de la entrevista que nos interesa abordar en este contexto:

- 1) Las variables a lo largo de la entrevista
- 2) Las fases de la entrevista
- 3) Los tipos de entrevista

A continuación describo más detalladamente de qué trata cada una de estas características.

1) Las variables a lo largo de la entrevista: Dentro de la entrevista existen numerosas variables que se modifican en cada caso, y que el profesional de enfermería debe analizar para saber de qué modo influirán en la relación, y de qué modo beneficiarán o interferirán en la misma.

Estas variables son:

- Las características del paciente y del profesional
- El objetivo de la entrevista
- El contenido
- La dirección y la frecuencia
- El lugar y el contexto en el que transcurre

2) Las fases de la entrevista: Debido a que se trata de un proceso que se desarrolla en el tiempo, comprende un objetivo, un cuerpo y un fin. En cada una de estas etapas se deben considerar tres aspectos:

- El contacto o la relación interpersonal
- Las expectativas
- El contenido de los temas

Estos tres aspectos estarán determinados por las etapas y por el tipo de entrevista. El profesional de enfermería deberá reconocer dichas etapas y favorecer su expresión, puesto que de no ser así el encuentro podría producir un efecto negativo. Por ello, el profesional de enfermería debe garantizar la calidad del contacto y la consecución de los objetivos deseados, favoreciendo la expresión del contenido y de los temas relacionados con los objetivos, utilizando las herramientas que crea convenientes y asegurándose de que el paciente es consciente de ello.

3) Tipos de entrevista: El profesional de enfermería deberá tener en cuenta su propia formación, las necesidades expresadas por el paciente, el rol del mismo, y el objetivo perseguido, y con todo ello amoldar la entrevista para que adquiera la forma necesaria en cada situación, teniendo en cuenta el contenido tratado y la manera de orientarla.

Si clasificamos la entrevista en base a los contenidos tratados, encontramos las siguientes modalidades de entrevistas:

- La recogida de datos asociados a la identificación del diagnóstico de enfermería
- La información compartida
- El soporte emotivo
- La intervención en situación de crisis y
- Las entrevistas frecuentes de corta duración.

La enfermera, además de poseer conocimientos técnicos y una concepción clara de su propio ser, ha de poseer ciertas **habilidades**: con la ayuda de sus sentidos ha de ser capaz de establecer contacto, reconocer mensajes conceptuales y afectivos que comunica el paciente, y comunicarse de manera verbal y no verbal.

3.4.1.- Herramientas de la comunicación:

En todo el proceso de la relación de ayuda, que incluye la entrevista, tal como he mencionado, deberemos haber adquirido la habilidad necesaria en el uso de una serie de herramientas que nos van a ayudar a conseguir los objetivos que

nos proponíamos al entablar dicha relación con la persona que va a ser atendida.

- **El silencio**, es una de las técnicas menos comprendidas y utilizadas de manera pertinente. En muchas ocasiones resulta incómodo, y el paciente o el enfermero pueden sentir la necesidad de romper ese silencio. Pero el silencio utilizado de manera pertinente puede ser un medio de comunicación muy útil, en el que se da pie a emociones que puedan emerger e intensificarse, y dar forma a lo que el paciente quiere comunicar, traduciéndolo a palabras durante la entrevista.
- **La invitación a continuar**, por su parte, se da lugar cuando el silencio no es suficiente para hacer ver al paciente que se le está escuchando y comprendiendo. En ese caso, es aconsejable tocarle, hacer una señal con la cabeza o la mano o un gesto con las cejas. En caso de que haya menos contacto visual, es preferible hacer algún ruido o expresión corta, como pueden ser: ¡hum, hum!, claro, ya veo, comprendo...

Entre las técnicas de comunicación verbal encontramos la reiteración, la confrontación, la auto-revelación, el 'feed-back', las preguntas, la síntesis, la elucidación y la reformulación.

A continuación describiremos brevemente cada una de ellas.

- **La reiteración**: Es utilizado habitualmente en las primeras entrevistas como medio para entrar en contacto con el paciente. Se trata de resumir el contenido de lo dicho por el paciente, o destacar un elemento importante, o resumir las últimas palabras con tal de facilitar la continuación del discurso.
- **La reformulación**: Es parecido a la reiteración, pero abarca una dimensión más profunda. El profesional de enfermería no repite las palabras del paciente, sino que expresa lo que ha entendido de lo que ha escuchado. Esta técnica, además de ayudar al paciente a expresar una vivencia emocional difícil de exteriorizar para él, ayuda al profesional de enfermería a comprobar su grado de comprensión sobre lo que dice el paciente.
- **La elucidación**: En ocasiones el paciente no es capaz de percibir su situación de forma global, de modo que solo es capaz de ver una parte de aquello que vive. El trabajo del enfermero consiste en reflejarle aquello que ignora de sí mismo, destacando los sentimientos y actitudes que no provienen de las palabras pero que pueden deducirse razonablemente.
- **La síntesis**: El paciente, en muchas ocasiones, se encuentra confuso frente a todo lo que le ocurre, su mente no ordena las ideas y las mezcla y entrelaza. La labor del profesional de enfermería es destacar los elementos esenciales de lo que ha sido comunicado durante los encuentros, ligándolos al mismo tiempo, para mostrarle un esquema ordenado de lo que el paciente mismo ha ido diciendo.

- **Las preguntas:** Son una de las principales técnicas de comunicación utilizadas durante las intervenciones en enfermería. A la hora de preparar una entrevista, la primera preocupación será qué preguntas realizar, puesto que algunos tipos de pregunta pueden suscitar reacciones negativas. Las preguntas pueden ser abiertas, cerradas, directas e indirectas. Las preguntas abiertas son aquellas que invitan al desarrollo, en las que la respuesta no es simplemente una palabra, sino que el paciente deberá expresarse (por ejemplo: “¿Qué le ocurre?”). Las preguntas cerradas, por el contrario, requieren una respuesta corta (“¿Es usted alérgico a algún medicamento?”). Las preguntas indirectas dejan al paciente la libertad para responder o no, debido a que no son formuladas como preguntas como tal, y resultan menos amenazantes (“Imagino que debe ser difícil sentirse en ese estado”). Las preguntas directas, por su parte, solicitan una respuesta precisa y se utilizan a lo largo de la recogida de datos (“¿Cuándo ocurrió eso?”).
- **El Feed-back:** Permite comprender al profesional de enfermería cómo es percibido por los demás y comparar esta percepción a aquella que él tiene de sí mismo. En el feed-back, entonces, una persona informa a otra de sus percepciones y sentimientos acerca de sus comportamientos. Puede ser expresado tanto por el profesional de enfermería como por el paciente. Poniendo un ejemplo: (Paciente:) “Me gustaría conocer su opinión sobre mi forma de actuar...”
- **La auto-revelación:** En ocasiones el profesional de enfermería, debido a su vida personal, se verá afectado de un modo u otro a lo largo de la entrevista con el paciente. Esto puede crear incomodidades o malentendidos, y es preferible que de ser así sea explicado al paciente. Ejemplo: Una enfermera ha pasado la noche sin dormir por su hijo enfermo y bosteza varias veces a lo largo de la entrevista. En este caso le explicaría al paciente brevemente lo que le ha ocurrido, y le haría saber que no bosteza debido a una falta de interés por lo que dice.

3.4.2.- El contacto en el contexto de la relación de ayuda:

Dicho esto, analizaremos las funciones de contacto, considerando cuáles son las mejores técnicas para acercarnos al paciente y establecer un vínculo que nos permita llevar a cabo la relación de ayuda:

- El **tacto** puede ser utilizado para recibir y transmitir información: El profesional de enfermería, en su práctica diaria, utiliza el tacto para tomar constantes vitales, comprobar si hay edema, si hay sequedad de la piel, palpar, localizar un punto de punción, evaluar la temperatura corporal... Todas estas acciones que implican tocar al paciente, pueden darnos mucha información acerca de las necesidades de afecto, o el rechazo al contacto que expresa el paciente de forma inconsciente. A través de los gestos que efectúe el paciente, o a través de sus peticiones o reticencias (pedir que le cambien de postura muy a menudo, o por el contrario evitar cualquier tipo de contacto físico pese a

necesitar moverse) podremos conocer mejor al paciente, identificando sus necesidades de atención, cariño, dependencia, autonomía...

Por lo tanto, la enfermera utiliza el tacto para fines terapéuticos, como puede ser procurando cuidados físicos y tratamientos, o para suplir o reforzar el contenido de lo transmitido verbal o no verbalmente. Para transmitir información a través del tacto, es imprescindible respetar algunos principios generales:

- El tacto está fuertemente influido por dimensiones culturales y sociales. Dependiendo de la cultura y de las costumbres del grupo social al que pertenezca el individuo, se podrá tener un contacto más o menos cercano con él.
- Dentro del mismo grupo socio-cultural también pueden encontrarse grandes diferencias entra una familia u otra. Por ello, es aconsejable establecer un contacto auditivo o visual antes de tocar al paciente, e informarle de qué tipo de contacto se va a realizar (“Voy a tomar sus constantes vitales”, por ejemplo), para poder observar su reacción. De este modo, además, se invita al paciente a que participe, dándole una sensación de mayor control sobre la situación.
- En condiciones de gran ansiedad o estados emocionales exagerados, puede ser importante no tocar al paciente, puesto que esto puede generar una mayor alteración y aumentar manifestaciones de agresividad.
- El tacto raramente crea indiferencia, por lo que es importante utilizarlo de forma consciente y con un objetivo concreto.
- Dependiendo de la persona a la que se toca, el tacto puede tener efectos muy diversos. Algunos pacientes pueden distraerse si se les toca mientras intentan hablar sobre un sentimiento de malestar y de tristeza difusos; otros en cambio pueden sentirse más apoyados y ayudarles a expresar aquello que sienten. La elección de tocar o no en el transcurso de una conversación lo determinará el profesional de enfermería, teniendo en cuenta lo que conoce del paciente, su experiencia, y el objetivo perseguido.
- La utilización del tacto implica una gran espontaneidad, intuición y autoconocimiento, aspectos que el profesional de enfermería debe tener en cuenta a la hora de escoger sus acciones, y teniendo siempre en cuenta las reacciones del paciente.
- Cuando un profesional de enfermería utiliza el tacto, debe sentirse cómodo al hacerlo, puesto que de no ser así podría transmitir malestar al paciente.

Durante el contacto que mantiene el profesional de enfermería con el paciente, tres dimensiones físicas influirán en la calidad del encuentro: la distancia física, las posiciones físicas que ocupan y el tiempo de comunicación:

- **Las distancias** fueron estudiadas por Hall (1971), que consideró la importancia que éstas tenían sobre el contacto entre personas occidentales sin problemas afectivos aparentes. Teniendo en cuenta

estas observaciones, y aplicándolo a la enfermería, haremos un breve análisis de sus observaciones.

La distancia íntima (del contacto físico a 45cm): “A esta distancia particular la presencia del otro se impone y puede incluso volverse agobiante por su impacto sobre el sistema perceptivo. La visión (con frecuente deformada), el olor y el aire del aliento, constituyen juntos los signos decisivos de una relación de implicación con el otro cuerpo. [...] Esta distancia es la del acto sexual y de la lucha, la distancia en la cual se reconforta o protege. El contacto físico o su aparente inminencia domina la conciencia de la pareja” (Hall, p. 147).

Esta distancia física crea a menudo incomodidad entre las personas implicadas, puesto que no pueden ignorar la presencia del otro. La información que perciben con los sentidos (olor, sensaciones táctiles, sonidos... pueden resultar agradables o desagradables. En el transcurso de los cuidados (que suele ser cuando este tipo de distancia ocurre normalmente) los participantes no expresan lo que perciben o sienten e intentan disimular, lo cual puede provocar o aumentar la incomodidad de la situación. Pese a ello, el profesional de enfermería puede sacar partido de la situación, y al mismo tiempo que realiza los cuidados requeridos, puede aprovechar para intercambiar con el paciente una gran cantidad de temas físicos y psicosociales.

La distancia personal (45 a 125cm): “La denominación de ‘distancia personal’, que procede de Hediger, indica la distancia fija que separa los miembros de las especies –sin contacto-. Se la puede imaginar en forma de pequeña esfera protectora, o burbuja, que un organismo crearía alrededor de sí para aislar a los otros” (Hall, p.50). Es la distancia a la que se pueden distinguir las características de todas las partes del cuerpo. Suele ser la distancia a la que se suelen producir las conversaciones entre el profesional de enfermería y el paciente, que postrado en la cama, es dependiente de la voluntad del enfermero. A esta distancia se pueden tratar temas personales sin resultar indiscreto ni subir la voz, y se encuentran suficientemente cerca como para poder interpretar los mensajes no verbales.

La distancia social (1,20 a 2,10 metros): A esta distancia el contacto físico deja de ser posible, y aunque los detalles sean más complicados de percibir, nos ofrece una buena visión general de la persona. Cuando el profesional de enfermería se encuentra a esta distancia del paciente, debe hablar en un tono algo más alto, por lo que se utilizará para hacer preguntas de índole menos personal (“¿Le duele?” “¿Ha dormido bien?”). Teniendo en cuenta las respuestas del paciente, el profesional de enfermería deberá decidir si quedarse a esa distancia o acercarse a él para tener más intimidad y que el paciente pueda hablarle de cosas más confidenciales. Es ésta la distancia más habitual que se da entre paciente-enfermero, exceptuando los cuidados.

La distancia pública (3,60 a 7,50 metros o más): Esta distancia es la que se da, por ejemplo, cuando la enfermera habla al paciente desde el marco de la puerta de su habitación. La comunicación entre ambos sólo es posible a esta distancia si hablan en un tono elevado, y normalmente suelen ser conversaciones breves. Debido a que lo expresado puede ser oído por varias personas, el intercambio de información se reducirá a términos generales o

superficiales. Si la conversación debe continuar, la enfermera se acercará al paciente para poder proseguir con mayor intimidad. Es importante hacer saber al paciente que se ha escuchado lo que ha dicho, para no dar a entender que lo que dice resulta carente de importancia.

- Las **posiciones físicas** ocupadas por las personas, por su parte, están íntimamente ligadas a la distancia entre ellas, y es importante respetar algunas reglas generales a lo largo de los encuentros. Teniendo en cuenta la posición física del paciente, la enfermeera debe asegurarse de:
 - Tener contacto visual
 - Situarse a la misma altura sobre el plano visual: Debe evitar mantenerse de pie a corta distancia cuando el paciente está sentado, ya que puede ser incómodo para los músculos del cuello, y sitúa al profesional de enfermería en una posición dominante.
 - Las posiciones físicas de las dos personas deben favorecer la utilización óptima de los modos de contacto deseados: Para ello, la distancia asume mucha importancia, y por ejemplo, si ambos se encuentran sentados, es aconsejable que hablen frente a frente, sin ningún mueble que los separe.
 - Ambos participantes en la conversación han de estar cómodos, para que la incomodidad física y la fatiga no afecten a la calidad del intercambio ni provoquen la interrupción del encuentro.

- Por otro lado, **la mirada** constituye frecuentemente la primera toma de contacto entre paciente y enfermero. Debido a que esta forma de contacto es muy importante, y con el fin de asegurar su eficacia, el profesional debe tener en cuenta algunas reglas generales:
 - La primera de ellas es que el profesional debe identificar su propia capacidad de comodidad y de malestar al mirar y ser mirado.
 - Además de ello, ha de conocer su grado de habilidad para utilizar el sentido de la vista, teniendo en cuenta siempre la incomodidad que pueda crear.
 - Cuanto más consciente sea el profesional de enfermería de toda la información que puede transmitir y recibir a través de la mirada, más fácil será conseguir el objetivo deseado con la utilización de dicha herramienta.
 - También es aconsejable crear una guía de observación teniendo en cuenta la propia concepción de la persona, su rol, y su contexto de trabajo, para poder saber a dónde debe dirigir sus observaciones. El profesional de enfermería, pues, se centraría en aspectos más concretos propios de su lugar de trabajo, como por ejemplo en pediatría, fijarse en el comportamiento del niño cuando sus padres están ausentes, observar si juega o no con otros niños... Pero pese a que las cosas observadas sean abundantes, no todas tienen la misma importancia, por lo que el deberá retener en su memoria aquello que pueda resultar relevante y darle significado al conjunto de datos percibidos.

- Por último, el enfermero no debe encerrarse en sus observaciones y centrarse en temas superfluos, sino que tiene que tratar de ahondar en lo que el paciente de verdad necesita.
- En la relación entre paciente y enfermero, el paciente espera antes que nada el ser escuchado. **Escuchar** consiste en captar el mensaje comunicado para comprender el contenido conceptual y afectivo. Por ello el profesional de enfermería deberá escuchar lo que el paciente no dice, interpretando las palabras en un contexto concreto. Para ello el enfermero deberá colocarse en condiciones físicas adecuadas para poder oír con claridad lo que el paciente dice, y estar atento a los matices verbales y no verbales que en su conjunto forman el mensaje que intenta transmitir voluntaria o involuntariamente. Otra de las cosas que deben hacerse, es evitar ser selectivo en la escucha, ya que en muchas ocasiones la enfermera interactúa con el paciente para conseguir de él una información en concreto, y pasa por alto una gran cantidad de información que puede ser de gran utilidad.

4.- METODOLOGIA:

4.1.- Recogida de datos:

Para la recogida de datos se ha utilizado un breve cuestionario de 10 ítems, en el que el usuario del servicio debía evaluar cada pregunta con una respuesta de entre 1 y 5, siendo el 1 la menos satisfactoria y el 5 una satisfacción total. En el cuestionario se tratan preguntas sobre la información recibida al ingreso, el trato recibido durante la estancia, y la información dada al alta. (Anexo 1)

Las encuestas de satisfacción, utilizadas como herramienta para evaluar las experiencias de los pacientes durante su ingreso hospitalario, suponen un indicador de calidad denominado Cuidados Centrados en el Paciente. La importancia de estas encuestas fue reconocida hace años, utilizándose como herramienta para asegurar que las vivencias y opiniones de los pacientes son escuchadas y siendo de gran ayuda para mejorar la calidad de la atención. (11) En este trabajo, debido a que valorar el grado de satisfacción respecto a la información y atención recibida resulta imposible sin la ayuda de una herramienta cuantitativa, se ha elaborado un cuestionario para dicho fin.

Cada una de las enfermeras que se han encargado de distribuir y recoger los cuestionarios ha anotado algunos datos orientativos sobre el paciente en cada una de las encuestas: edad, sexo, tiempo de ingreso y tipo de patología. De este modo podremos analizar varias variables y sacar una mayor cantidad de información.

4.2.- Características de la muestra:

El cuestionario ha sido repartido durante un periodo de 20 días (del 18 de enero al 7 de febrero) entre aquellos padres de pacientes que recibían el alta ese día y que han accedido a colaborar. Uno de los principales impedimentos para la realización de las encuestas ha sido el idioma, que ha resultado ser un factor excluyente para aquellas familias que no dominan el español. En la Tabla adjunta se especifican las características de la muestra.

N	50	
Edad	<1 año	28%
	1-2 años	14%
	3-6 años	26%
	7-11 años	20%
	12-14 años	12%
Sexo	Masculino	54%
	Femenino	46%
Tiempo de ingreso	1-3 días	14%
	4-10 días	46%
	10-15 días	22%
	>15 días	18%
Tipo de patología	Lactantes	42%
	Oncología	10%
	Traumatología	30%
	Cirugía	18%

4.3.- Resultados obtenidos:

PREGUNTA	RESPUESTA	PORCENTAJE
1.- ¿Al ingreso le informaron sobre las normas generales?	1	0%
	2	4%
	3	8%
	4	48%
	5	40%
2.- Califique en general el trato del personal de enfermería (PdE)	1	0%
	2	4%
	3	16%
	4	48%
	5	32%
3.- ¿Le ha transmitido seguridad el PdE?	1	0%
	2	4%
	3	32%
	4	48%
	5	16%
4.- Predisposición a escucharle (PdE)	1	0%
	2	4%
	3	20%
	4	44%
	5	32%
5.- Amabilidad y respeto (PdE)	1	4%
	2	0%
	3	24%
	4	24%
	5	48%
6.- ¿Cómo considera que el PdE ha atendido al enfermo?	1	0%
	2	12%
	3	12%
	4	48%
	5	28%
7.- ¿El PdE le ha informado si iba a realizar algún procedimiento?	1	0%
	2	0%
	3	28%
	4	44%
	5	28%

8.- ¿Ha contribuido el PdE a que su estancia fuera más llevadera?

1	0%
2	4%
3	8%
4	56%
5	32%

9.- ¿Al alta se le indicó el tratamiento a seguir de forma clara?

1	0%
2	0%
3	8%
4	40%
5	52%

10.- ¿Al alta se le indicó qué síntomas vigilar?

1	0%
2	0%
3	8%
4	40%
5	52%

4.4.- Discusión:

Con respecto a los resultados obtenidos en el cuestionario, podemos decir que generalmente han sido buenos, puesto que un 79,4% de las respuestas totales se sitúan entre 4 y 5, es decir, lo que equivaldría a un notable alto o excelente. Por el contrario, un 3,6% de las respuestas corresponden a valoraciones de 1 y 2, lo cual resulta un porcentaje sumamente bajo y verifica que la atención en la planta, aunque puede ser mejorada, es bastante satisfactoria. El resto de respuestas recogidas suponen un 17% del total, y son aquellas que se sitúan en el centro, es decir, con un 3.

Dentro de las preguntas del cuestionario, la que menor media ha obtenido de entre todas ellas ha sido “¿El personal de enfermería le ha transmitido seguridad?”, con un 3,76 de media. Por el contrario, las preguntas con mayor media, y por lo tanto las áreas en las que los usuarios han manifestado mayor grado de satisfacción han sido “Al alta: Se le indicó el tratamiento a seguir de forma clara y comprensible” y “Al alta: Se le indicó qué síntomas vigilar”. La media obtenida en ambas cuestiones ha sido de 4,44.

La media total obtenida con la suma de todas las respuestas ha sido de 4,121. Teniendo en cuenta siempre que la nota máxima es 5, podemos reafirmar que la satisfacción de los familiares de los pacientes (y por extensión de los pacientes mismos, puesto que se presupone que la atención los abarca a ambos) es muy alta.

Gráfico de barras

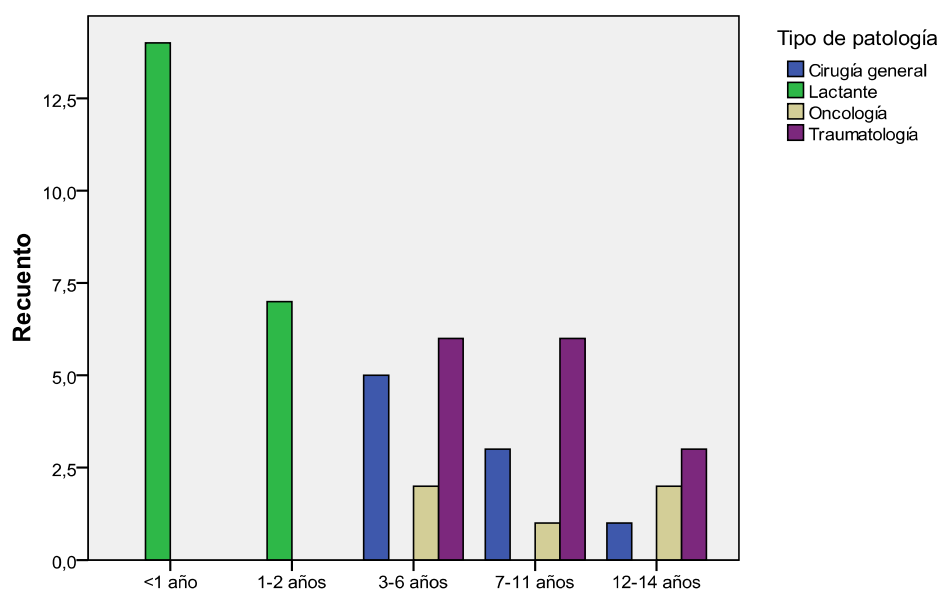


Figura 1: Relación de edades con tipos de patología

5.- PLAN DE MEJORA

Teniendo en cuenta los resultados de los cuestionarios, que han sido generalmente muy positivos, es complicado encontrar áreas de mejora que sean evidentes, pero siempre es posible mejorar algunos aspectos de la información y el trato para que la estancia resulte más llevadera y al alta haya la menor cantidad de dudas posibles.

Propuesta nº 1

Una de las mejoras que podrían llevarse a cabo, es la de crear unos **folletos informativos** sobre las patologías más comunes y repartirlos entre aquellos padres de niños con dichas patologías.

Patologías: Durante el tiempo que he estado en la planta de pediatría, he podido presenciar a niños con muy diversas enfermedades, algunas más comunes que otras. Dentro de los pacientes lactantes, las patologías más comunes son las respiratorias, como por ejemplo: VRS (virus respiratorio sincital), bronquitis, bronquiolitis y neumonía. Entre los pacientes mayores de 2 años, en cambio, la mayoría pertenecen a la especialidad de traumatología (como puede apreciarse en la Figura 1). En este tipo de pacientes la creación de un folleto informativo es muy compleja, puesto que cada paciente se ve afectado de diferente forma (fracturas abiertas y cerradas, de diferentes partes

del cuerpo y de distinta forma) y no sería de utilidad para los padres recibir un folleto tan general. De los pacientes de cirugía, por su parte, podemos nombrar algunas operaciones que se realizan de forma habitual: apendicectomías, hipospadias, amigdalectomías y adenoidectomías. Para este tipo de patologías la distribución del folleto informativo puede ser de gran ayuda. En los pacientes oncológicos nos centraremos más adelante, puesto que un folleto informativo no es suficiente para ayudarles a sobrellevar la enfermedad, y cada tipo de cáncer es diferente, por lo tanto no sería útil.

Por lo tanto, las patologías más comunes y que serían adecuadas para que los padres recibieran un folleto informativo son: VRS, bronquitis, bronquiolitis, neumonía, apendicectomía, hipospadias, amigdalectomía y adenoidectomía.

Información: Dispondríamos de un folleto distinto por cada una de las patologías que comunmente se pueden observar en la planta. El folleto explicaría de forma clara y comprensible los aspectos más importantes referidos a la enfermedad y los cuidados. Los puntos de cada enfermedad que repasaría el folleto son:

- Definición: Descripción breve y comprensible de lo que es la enfermedad de su hijo.
- Contagio (sólo en el caso de que se trate de una enfermedad contagiosa, como por ejemplo el VRS): cómo se contagia, cuánto dura el periodo de incubación, qué hacer para evitarlo.
- Evolución: Se explicará la evolución y recuperación habituales de la enfermedad/operación quirúrgica. Es importante en este punto recalcar que el tiempo de recuperación es variable y que no es motivo de preocupación el que el ingreso hospitalario se alargue. También se incluirá un apartado de los síntomas que han de vigilarse durante el ingreso.
- Signos y síntomas que vigilar al alta: Se hará un listado con las complicaciones que puedan surgir cuando el paciente se vaya de alta, para que la familia tenga por escrito los datos necesarios y tengan la menor cantidad de dudas posible cuando vuelvan a sus casas.

Propuesta nº 2

Organizar una **charla educativa** a las enfermeras de la planta sobre cómo informar y entablar un vínculo de confianza con los pacientes y sus familias. El contenido de la charla irá acorde con lo que anteriormente se ha explicado a lo largo del trabajo:

Respecto al niño: En primer lugar debemos presentarnos ante el paciente, diciéndole nuestro nombre y preguntándole por el suyo (pese a saberlo) y hablar con él, haciéndole preguntas sobre la escuela, sus compañeros, si tiene hermanos, dónde vive, si le gusta ir al colegio... A continuación, para conocer cuál es la capacidad del niño para afrontar los problemas, le haremos preguntas más concretas, que impliquen situaciones de confrontación, como por ejemplo cómo reacciona ante una discusión con alguno de sus compañeros

del colegio. De este modo podremos conocer mejor cuál es su grado de madurez psicológica.

Trataremos al niño siempre con delicadeza y amabilidad, para poder establecer un vínculo de confianza con él. En caso de que la lengua materna del niño sea un idioma distinto al castellano y que el profesional de enfermería conozca dicho idioma, es preferible utilizarlo, para que el paciente se sienta más cómodo y menos extraño en el ámbito hospitalario.

Si nos disponemos a realizarle algún procedimiento (como puede ser poner una vía, hacer una cura, revisar el punto de inserción...) debemos tranquilizar al niño e informarle de aquello que vayamos a hacerle y el material que vamos a utilizar. Si tiene que acudir a alguna prueba o al quirófano le explicaremos a dónde va y lo que le van a hacer. No se debe minimizar el daño que pueda sufrir diciéndole que no va a dolerle, puesto que esto quebraría la confianza hasta entonces conseguida.

Si es posible, es aconsejable pedirle al niño que colabore en algo (sujetar algo por ejemplo) cuando estamos realizándole algún tipo de procedimiento doloroso, para que se mantenga entretenido en otra cosa y el dolor sea menos intenso.

Siempre se debe vigilar de cerca al niño, no solo por su patología de ingreso, sino que también por cómo evoluciona psicológicamente a lo largo de la estancia en el hospital. Para ello mantendremos el vínculo de confianza estable a lo largo del ingreso, detectando posibles anomalías en el comportamiento del paciente, como pueden ser regresión, depresión, ansiedad...

Respecto a la familia: Por lo que a la familia respecta, es importante conocer cuál es el rol que cada uno desempeña para saber con qué tipo de familia vamos a tratar. Las familias integradas son aquellas en las que los miembros de la familia se turnan para cuidar al enfermo y existe un equilibrio entre todos los componentes. Este tipo de familias serán de ayuda durante el ingreso del niño, dándole confianza y seguridad, pero sin excederse en la sobreprotección. Por otra parte podemos encontrar familias en las que ocurra todo lo contrario, y un miembro de la familia pase 24 horas al día con el enfermo, sean controladores con el personal sanitario y sobreprotejan al niño, consintiéndole cualquier cosa. Cuando nos encontremos ante una de estas familias, debemos recalcar que aunque su hijo se encuentre en esa situación de ingreso hospitalario, sus necesidades de afecto siguen siendo las mismas, y que es preferible que el trato con él esté dentro de la máxima normalidad posible. De no ser así el niño podría desarrollar una dependencia crónica hacia sus padres. Tenemos que tener en cuenta, por otra parte, que lo que el personal de enfermería puede hacer para que la actitud de los padres sea lo más positiva posible para el niño, está muy restringido por los vínculos preexistentes de la familia, y eso no puede ser modificado.

En lo que a informar respecta, debemos utilizar palabras sencillas y de fácil comprensión, siendo concisos y sin extendernos más de lo necesario en las explicaciones, puesto que en situaciones de estrés la capacidad de asimilar información disminuye notablemente. También es recomendable dosificar la información si ésta es muy abundante, sin hacerlo de golpe, dando tiempo a la familia para asimilarla.

Por último, teniendo en cuenta la edad del niño, si está en una edad en la que aún no tiene capacidad suficiente como para entender bien lo que le decimos

(por debajo de los 4 años aproximadamente) les explicaremos a los padres en presencia del niño lo que le sucede y los procedimientos que van a serle practicados, explicándoles al mismo tiempo cómo deben contárselo al niño. En el caso de que el niño sea mayor de 4, pediremos a los padres que nos dejen a solas con el niño un momento y le preguntaremos si tiene dudas o si tiene alguna pregunta que no quiere que sus padres sepan.

Con estas sencillas pautas, tendremos la herramienta para informar y tratar con el paciente y su familia de forma adecuada.

Horario: La charla educativa se impartiría dentro del horario de trabajo del personal de enfermería, para asegurar la asistencia. Teniendo en cuenta los turnos, se establecerían 6 días a lo largo de dos semanas, en los que se harían 2 charlas al día, para que 2 profesionales de enfermería pudieran ir primero, quedando su puesto vigilado por los 2 restantes, y luego cambiaran los papeles. Ambas charlas se impartirían en un horario de 10:30 a 11:30, en la sala de observación de la planta de pediatría, para que si fuera necesario el profesional de enfermería estuviera en la planta misma para cualquier emergencia.

Además de la charla, sería aconsejable imprimir las pautas dadas y tenerlas en el control de enfermería, de modo que aquellos profesionales del personal sanitario que no hubieran podido acudir a la charla o que estuvieran interesados en el tema, pudieran tener acceso a la información.

Propuesta nº 3

Reunir a padres con hijos con la misma patología para que puedan hacer preguntas y poner en común sus dudas, pudiendo el personal de enfermería impartir brevemente algunas pautas de educación para que los padres tengan mayor seguridad.

Para la realización de esta propuesta, debemos aclarar varios puntos:

Dónde se haría: En la sala de observación.

Cuándo: En el caso de que haya 3 o más pacientes con la misma patología, y que dicha patología implique preguntas que el personal de enfermería esté preparado para responder (descartaríamos oncología, por ejemplo), los padres se reunirían a la hora que convenieran con el profesional de enfermería encargado de los niños.

Patologías: Generalmente, y como hemos podido observar con la ayuda de los cuestionarios, gran parte de los pacientes ingresados son lactantes, que a su vez mayoritariamente padecen de alguna enfermedad respiratoria, como VRS. Es en estos casos en los que sería más recomendable reunir a los familiares de los niños, puesto que el desarrollo de la enfermedad varía muy poco y las dudas suelen ser las mismas.

Qué: En estas breves reuniones, que no durarían más allá de 15 minutos, los padres de los niños tendrían la oportunidad de preguntar al profesional de enfermería sus dudas respecto a la enfermedad de sus hijos, y éste a su vez podría explicar algunos de los aspectos de la enfermedad que más suelen preocupar a los padres.

Objetivo: Esta propuesta cuenta con 2 objetivos: El primero es poder aclarar la mayor cantidad de dudas posibles para que los padres se queden más tranquilos. El segundo objetivo es el de que el personal de enfermería ahorre tiempo, debido a que dar la información en conjunto le costará, en la suma, menos tiempo que hacerlo de uno en uno.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Bowlby J. "Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego". Paidós, Bs. As., 1989.
- (2) Palomo del Blanco, M. (1995). El niño hospitalizado. Características, evaluación y tratamiento. Madrid: Pirámide.
- (3) Ps. Gabriela Fernández. Paciente pediátrico hospitalizado. Departamento de Psicología Médica. Área Materno Infantil Facultad de Medicina. UDELAR.
- (4) Ortigosa, J.; Méndez, F. "Hospitalización infantil. Repercusiones psicológicas", Biblioteca Nueva. Madrid, 2000
- (5) Freud A. Normalidad y patología en la niñez. Paidós, Bs. As., 1986 (6ª reimpresión)
- (6) María del Carmen Leiva Leiva. El pensamiento lógico en la educación infantil. Revista digital "Investigación y educación" N° 22. Febrero de 2006. ISSN 1696-7208
- (7) Molina J.; Sagaseta de Ilúrdoz M.; Busto N.; et al. "Tratamiento del dolor en pediatría hospitalaria". Anales Sis San Navarra 2002, Vol. 25, N° 1, enero-abril
- (8) Cruz, M. Fundamentos actuales de la terapéutica del dolor en Pediatría. Conferencia. Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León. Vol. 39 N° 169. 1999.
- (9) Juliana Alonso López. Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual 3 (2005), 56- 70
- (10) Minuchin, S; Fishman, Charles (1997): "Técnicas de terapia familiar". Barcelona. Paidós Terapia Familiar.
- (11) *Dr. Pablo G. Eulmesekiana, Dra. Verónica Peuchota y Dr. Augusto Pérez* Satisfacción de los padres de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos pediátricos. Arch Argent Pediatr 2012;110(2):113-122 / 113
- (12) Jacques Chalifour (1994). La relación de ayuda en cuidados de enfermería: Una perspectiva holística y humanista. Barcelona: SG Editores S.A.

ANEXO 1: CUESTIONARIO

CUESTIONARIO SOBRE EL GRADO DE SATISFACCIÓN RESPECTO A LA INFORMACIÓN Y ATENCIÓN RECIBIDA (Responder a las preguntas en una escala del 1 al 5, siendo 1 la respuesta menos satisfactoria y el 5 una satisfacción total)

1- **Al ingreso** le informaron sobre las normas generales:

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

Respecto al **PERSONAL DE ENFERMERÍA**:

2- Califique, en general, el trato recibido:

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

3- Le ha transmitido seguridad:

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

4- Predisposición a escucharle:

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

5- Amabilidad y respeto:

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

6- Cómo considera que han atendido las necesidades de la persona atendida:

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

7- Cuando el personal de enfermería iba a realizar algún procedimiento le informaba:

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

8- Ha contribuido el p. de enfermería a que su estancia en el hospital haya sido más llevadera?

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

Al alta:

9- Se le indicó el tratamiento a seguir de forma clara y comprensible:

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

10- Se le indicó qué síntomas vigilar:

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

Observaciones, sugerencias, quejas: