

EL CONTEXTO DE LA INTERACCIÓN COMUNICATIVA. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA Y LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS

Ana Lucía Noreña*, Luis Cibanal Juan**

**Doctoranda- becaria del Doctorado Cultura de los Cuidados adscrito al Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante-España. Profesora de la Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia. Medellín-Colombia*

***Catedrático de Escuela. Escuela de Enfermería. Universidad de Alicante*

THE INTERACTIVE COMMUNICATION CONTEXT. FACTORS INFLUENCING COMMUNICATION BETWEEN NURSES AND HOSPITALISED CHILDREN



SUMMARY

Introduction. Communication comprehends an interaction, and often is a synonym of relationship, which gives the connotation of affinity between the people that participate in it. In the case of hospitalized school children 8-14 years old, the interactive communication with adults plays a fundamental role, since it is this one that provides the understanding of the experience of disease and the adaptation to the hospital stay.

Objective. To understand the dynamics of the hospital environment (pediatrics service), as well as the communication process between the hospitalized child and the nurse. The study describes the aspects involved in this interaction, and what the child builds around what it is communicated to him/her.

Methodology. This is a descriptive-exploratory research, based on the qualitative methods of data collection and analysis. The data collection for this research was done with participating observation techniques and deep interviews with semi-structured questions. **Conclusions.** Amongst the principles of communication within the health system, the challenge must be to create a cooperative way of communication to make sense for both (professional-child/family). If more efforts to obtain these data were made, the health care could be adapted to the real child's needs.

Key words. Communication process, therapeutic relation, child hospitalization, nursing care.

O CONTEXTO DA INTERAÇÃO COMUNI- CATIVA. FATORES QUE INFLUEM NA COMUNICAÇÃO ENTRE OS PROFISSION- AIS DE ENFERMAGEM E AS CRIANÇAS HOSPITALIZADAS.

RESUMO

Introdução: A comunicação compreende uma interação e é sinônimo de relação, a qual parte de uma conotação de afinidade entre as pessoas que

participam da mesma. No caso de crianças escolares de 8 a 14 anos hospitalizadas, a interação comunicativa com adultos é de um papel fundamental, devido ao fato de que possibilita o entendimento da experiência da enfermidade e a adaptação à hospitalização.

Objetivo: Compreender a dinâmica do cenário hospitalar (serviço de pediatria), assim como o processo de comunicação da criança hospitalizada – enfermeira. O trabalho descreverá os aspectos que abarcam essa interação e que ajuda a criança ao redor do que lhe é comunicado.

Metodologia: Trata-se de uma investigação descritiva – exploratória, baseada em métodos qualitativos de recompilação e análise de dados. A coleta de dados desta investigação se concretizou mediante as técnicas de observação participante e de entrevistas de profundidade com perguntas semi-estruturadas.

Conclusão: Dentro dos princípios da comunicação do sistema de saúde, o resultado apontou para a necessidade de se criar uma forma cooperativa de comunicação que tenha sentido para ambos (Profissional – binômio criança e família). Assim, sendo dedicados esforços para obter esta informação (comunicação), poder-se-ia adequar melhor a atenção de saúde às necessidades reais das crianças.

Palavras-chave: Processo de comunicação, relação terapêutica, hospitalização infantil, cuidado de enfermagem.

RESUMEN

Introducción: La comunicación comprende una interacción, y a menudo es sinónimo de relación, lo cual, da una connotación de afinidad entre las personas que participan en la misma. En el caso de los niños escolares de 8-14 años hospitalizados, la interacción comunicativa con adultos, juega un papel fundamental, debido a que es la que le proporciona el entendimiento la experiencia de la enfermedad y la adaptación a la estancia hospitalaria.

Objetivo: Comprender la dinámica del escenario hospitalario (servicio de pediatría), así como el proceso de comunicación del niño hospitalizado – enfermera. El trabajo describirá los aspectos que abarca esta interacción y qué construye el niño alrededor de lo que se le comunica.

Metodología: Se trata de una investigación descriptiva –exploratoria, basada en métodos cualitativos de recolección y análisis de datos. La recogida de datos de esta investigación se realizó mediante las técnicas de la observación participante y de entrevistas en profundidad con preguntas semiestructuradas.

Conclusión: Dentro de los principios de comunicación del sistema sanitario, el reto debe consistir en crear una forma cooperativa de comunicación, que tenga sentido para ambos (Profesional –binomio niño familia). Si se dedicaran esfuerzos a obtener esta información, se podría adecuar la atención sanitaria a las necesidades reales del niño.

Palabras Clave. Proceso de comunicación, relación terapéutica, hospitalización infantil, cuidado de enfermería.

INTRODUCCIÓN

En todas las etapas de la infancia, la enfermedad no sólo incide en el bienestar psicológico de los niños, sino también en el de toda su familia. Estas repercusiones impactan en los procesos y funcionamientos de la vida familiar, y se dan a través de una multitud de manifestaciones y significados de carácter sintomático, terapéutico, emocional y social. En general, en los niños el padecimiento de una enfermedad y el ingreso a un centro hospitalario puede generarles ansiedad, estrés, depresión, dificultades para el contacto social y en la interacción con el personal sanitario, problemas para la adherencia al tratamiento, trastornos en el carácter o ciertos retrasos en el avance de sus desarrollos cognitivos. (Bordin, 2000). En particular, la enfermedad en los niños resulta ser un proceso complejo, debido a que el tipo de respuestas y adaptación frente a sus manifestaciones varían dependiendo de factores tales como: la edad, los patrones de crianza, las características particulares

de vida y las condiciones socioculturales en que se desarrollan. Estos factores determinan la manera en que los niños asimilan el proceso de enfermedad y hospitalización. Se podría decir que en etapas tempranas de la vida, el vivenciar situaciones dolorosas de enfermedad, o circunstancias de internación hospitalaria, tiene fuertes repercusiones psicológicas sobre el niño y su entorno familiar. (Sierra, 1999; Ajuriaguerra, 1990).

En este sentido, las características y los déficit inherentes a la hospitalización infantil han sido ampliamente discutidos dentro de la literatura científica. Youglut y Brooten (1999), demostraron que cuanto más edad tienen los niños y más reciente sea la hospitalización, hay efectos más negativos en el área del comportamiento, manifestándose en conductas agresivas y de regresión o reaparición de modelos sociales inmaduros. Estos autores señalaron que un factor protector sobre los efectos psicológicos de las hospitalizaciones en los niños mayores es haber recibido cuidados- de adultos significativos, y haber sentido que el personal asistencial, eran quienes les acompañaban en el proceso, brindándoles afecto y consideración.

Según del Barrio, (1990) en su obra "la comprensión infantil de la enfermedad" los niños son conscientes desde pequeños de lo que implica la enfermedad y sus consecuencias. En su libro, argumenta que los niños, en términos generales, pueden dar explicaciones del origen, evolución y tratamiento de la enfermedad que van desde simples anotaciones o explicaciones a otras que incluyen ya disertaciones muy específicas o detalladas del proceso. Por tanto, es de anotar que la interacción comunicativa que se establezca entre el profesional de enfermería y el niño, durante la estancia hospitalaria, se convierte en un elemento clave, que contribuye a que el niño acompañado de su familia, pueda identificar algunos elementos que ayuden a construir una visión comprensiva de la situación, y que a su vez le permitan estabilizar sus emociones, conduciéndole a una mejor adaptación ante la nueva experiencia (Whaley y Wong, 1989). Según Phaneuf (1993), la comunicación efectiva con los pacientes, permite fomentar una asistencia humana y más personalizada, lograr la cercanía al paciente y a su vez poder negociar y/o acordar, conjuntamente con él, los cuidados.

JUSTIFICACIÓN

Teóricamente, en España, la población infantil, al parecer, se está beneficiando menos de las propuestas en materia de salud, que la comunidad de adultos (Kunh, 2002). Los indicadores sanitarios reportan que cada vez es más preponderante un cambio en el patrón epidemiológico, el cual, estima un serio aumento de las enfermedades crónicas infantiles. Estos datos plantean lo siguiente: hay enfermedades que tienden a presentar una incidencia creciente, entre las cuales están: la presencia de procesos alérgicos, la iatrogenia, las neoplasias, las enfermedades crónicas, (respiratorias, oncológicas, traumáticas e inmunológicas) y la patología social y mental, siendo para esta última de especial relevancia: el déficit de atención con hiperactividad y los severos desórdenes psiquiátricos. (Peiro, Casanova, Colomer, Colomer, Ferrero, et al., 1997; UNICEF, 2002).

Autores como Revuelta y cols, (2004) afirman que "la infancia en España es percibida como un grupo poblacional que necesita escasa atención y recursos". Estos autores apoyándose en otros estudios consideran que, "... las causas de esta imagen, guarda relación con la mejora de la supervivencia, el escaso peso relativo poblacional y la investigación científica centrada en la predicción de las enfermedades en la edad adulta". El análisis, realizado por estos autores, refiere que los temas específicos de la infancia, aparecen como comentarios referidos a alguna tabla sobre vacunaciones, educación de salud en las escuelas, salud buco-dental, nutrición, consumo de drogas entre otros, pero no se tiene en cuenta lo que realmente experimenta el niño en diferentes contextos (la familia, la salud, las relaciones, sus vivencias) y la aparición en escena de nuevos condicionantes sociales y de salud. Finalmente se quedan de lado los factores que influyen en la calidad del ambiente, los estilos de vida y las conductas del niño, los cuales son los que actualmente plantean nuevos desafíos en materia de salud (Earls y Carlson, 2001).

Consecuentemente, Castro (2005) realiza un planteamiento al respecto y es que para equiparar las necesidades de salud, protección y participación social de los niños desde la asistencia sanitaria, se requiere de la formulación de propuestas de investigación que contribuyan a mejorar las condi-

ciones de atención hospitalaria y de salud de la población infantil. Estas propuestas requieren estar encaminadas a promover la maduración psicoafectiva y social del niño, el reconocimiento de sus derechos; asegurándoles el bienestar a través de la activación de estrategias asistenciales que busquen la disminución de riesgos y el mantenimiento de su calidad de vida.

A su vez, algunos autores consideran que la atención sanitaria para la población infantil (del binomio niño-familia), debería estar diseñada desde un movimiento cuyo origen y nexos sean los derechos de los niños. Lo que vendría a promover estrategias de educación en salud y de promoción y prevención, dentro de los servicios asistenciales, encaminadas a potenciar el rol protagónico del niño en el cuidado de su salud, tanto para la participación en toma de decisiones, como también en el derecho que tiene de recibir explicaciones e información clara, y a la confidencialidad (British Medical Association, 2001). En este sentido, la convención de los derechos de los niños, en el artículo 12, resalta el derecho a que el niño pueda expresar su opinión en todos los asuntos que lo afectan, que ésta sea tenida en cuenta, en función de su edad y madurez.

Efectivamente, mostrar éste panorama de la atención de salud de los niños, explica la importancia de implementar estrategias que contribuyan en el bienestar integral del niño y su familia dentro de la asistencia sanitaria. Además que justifica la importancia de indagar, en el ámbito asistencial, acerca de todos aquellos aspectos que tengan relación directa, con la forma en que el profesional de enfermería se está relacionando con el niño y su familia. En otras palabras, en la atención de enfermería, es necesario valorar todos aquellos aspectos que tengan relación directa con la forma en como vivencian la enfermedad, la hospitalización, las relaciones con los sanitarios, el proceso de atención y de interacción con sus cuidadores, e identificar factores que estén incidiendo positiva o negativamente en dicho proceso. Dicha valoración, finalmente, podría mejorar la comprensión de cómo el niño está experimentando los procesos de salud-enfermedad, dentro del hospital.

Actualmente, la comunicación efectiva con los pacientes, ha sido reconocida como “la piedra

angular” a trabajar e investigar, si a nivel asistencial, se quiere contribuir a mejorar las condiciones de bienestar y de atención de los niños ((Rubio, Cabezas, Aleixandre, Fernández y Jiménez, 1998; Nova, Vegni y Moja, 2005). Al respecto hay autores que describen que ésta interacción comunicativa con los pacientes pediátricos, es un aspecto del cuidado, potencialmente estresante, y en ocasiones, de difícil manejo para los profesionales de enfermería, al parecer, las razones para que esta circunstancia se presente son de diversa índole, pero, la que los profesionales manifiestan como de mayor relevancia es que se requiere del conocimiento y de la posesión de habilidades específicas, además, hay que tener cualidades relacionales y actitudes que faciliten la comunicación (Watson, Kieckhefer y Olshansky, 2006) .

Estado de la cuestión

Aún continúan existiendo dificultades para mejorar la atención sanitaria de la infancia, esto debido a que generalmente los niños son silenciados y no son tenidas en cuenta sus opiniones dentro de la misma, (Dimateo, 2004; Dulmen, 2002; Nova, Vegni y Moja, 2005) además, en el campo de la investigación acerca de las condiciones de atención sanitaria de la población infantil, y sus posibles mejoras, se ha venido abordando la enfermedad desde la perspectiva de los profesionales y de los padres, dejando de lado, la experiencia que vive el propio sujeto “el niño”, (Bibace y Walsh, 1980) una de las razones para que se presente esta situación, es que precisamente el paciente pediátrico, se le ha visto como un ser indefenso, un objeto de cuidado más que un sujeto que puede implicarse dentro del mismo, subordinado a las opiniones y/o decisiones que consideren los adultos, por tanto, no se le ha considerado un ser activo, participativo, receptivo y pensante (Board, Ryan-Wenghger, 2003; Buneson, et al., 2001), situación que muchas veces hace que el niño pase a ser considerado como un ser no competente tanto en aportar información sobre sí mismo, cómo en la percepción que él elabora acerca de su estado de salud.

Para los investigadores esta claro qué la comunicación honesta con los niños acerca de su enfermedad y tratamiento es una tarea más sensible y



compleja frente a la que se establece con pacientes adultos y necesariamente está condicionada por las diferentes edades de los pacientes pediátricos, sus capacidades cognitivas, sus comportamientos, la condición física y psicológica del individuo el estadio de la enfermedad y el tratamiento establecido (Diez, 1997; Eden, 1994; Foley, 1993; Greenberg, 1984; Last, 1996; Nathanson, 1984; Levenson, 1982; Mercer, 1997). Teóricamente, uno de los objetivos y retos que los profesionales de enfermería tienen cuando se comunican con los niños, es el de iniciar cambios en sus conductas y comportamientos en salud, éstos según el caso, pueden ser de carácter preventivo o curativo. Estas intervenciones pueden, a su vez, incidir en el bienestar integral de los niños hospitalizados. Si el caso es iniciar cambios de comportamiento en salud, es importante comprender el estado emocional del paciente, y para tal fin es preciso reconocer cuáles son los sentimientos y percepciones que durante la estancia hospitalaria el niño ha ido construyendo de su experiencia, de las interrelaciones, del cuidado, en sí de la atención en enfermería. (Rubio, Cabezas, Aleixandre, Fernández y Jiménez, 1998; Kozzier, Erb y Oliver, 1993).

Otros estudios, respaldan la importancia de la comunicación aludiendo a que todas las intervenciones que los profesionales de salud, realicen basadas en la comunicación efectiva, pueden beneficiar a los niños y sus familias de muchas formas. Por ejemplo, les puede ayudar, a entender mejor el proceso que experimentan, a ser más capaces de afrontar su enfermedad y las circunstancias hospitalarias, a estar preparados para los procedimientos médicos o quirúrgicos a los que pueden ser some-

tidos, a disponer su salida del hospital y su retorno al colegio, a su entorno social, además de si se presenta cualquier recaída, poder tolerarla mejor. (Eden, 1994; Grenberg, 1984; Harrington, 1996; Hughes, 1990; Kreuger, 1981; Nathanson, 1984; Melkyn, 2000 y Shields, 2001)

METODOLOGÍA

Diseño: Se trata de una investigación descriptiva-exploratoria, basada en métodos cualitativos de recolección y análisis de datos. El uso de metodologías cualitativas permite obtener una visión global del contexto (situación, circunstancias, ambiente hospitalario, enfermera, niño escolar hospitalizado, y otras características particulares en que se da la comunicación). Este estudio se realizó en el servicio de pediatría de un hospital de tercer nivel de atención sanitaria de la ciudad de Alicante - España.

Objetivos: El objetivo principal de este estudio es: comprender la dinámica del escenario hospitalario (servicio de pediatría), así como el proceso de comunicación del niño hospitalizado – enfermera. A su vez, para conseguir el logro de éste objetivo se delimitaron los siguientes objetivos específicos: Identificar los aspectos del ambiente que condicionan la comunicación enfermera –paciente. Relacionar factores que influyen en la interacción comunicativa tanto de los sujetos participantes como del propio proceso de comunicación.

Recolección de datos: Los datos fueron recolectados, durante el primer semestre de 2006, consistió en 105 horas de observación participante, que fue orientada bajo el diseño de una guía. Además, se realizaron 10 entrevistas semiestructuradas a niños que cumplieran los criterios de participación (realizadas en más de una ocasión, es decir a cada niño se le entrevistó 2 veces, en dos momentos distintos). Esta recolección de datos, también fue contrastada con otras fuentes como entrevistas informales con las enfermeras, padres, y otro personal sanitario. Los sujetos participantes estaban conformados por el niño de 8-14 años, su familia y la enfermera. Con este universo de participantes lo que se pretendía era comprender cómo, donde y porqué se da esta interacción comunicativa y los aspectos que contiene. Los datos recogidos en los diarios de campo de esta investigación, se clasificaron y analizaron de forma manual. Para el

análisis de los datos cualitativos extraídos del diario de campo y de las entrevistas, se crearon categorías básicamente descriptivas (Bonilla y cols, 1995). Estas categorías posteriormente fueron contrastadas e interpretadas a la luz de teorías previas o las hipótesis que se habían elaborado de la misma. Se utilizó los paradigmas del interaccionismo simbólico y el constructivismo para entender la realidad de manera holística, contextual, interpretativa, comprensiva y simbólica. (Northouse y Northouse, 1992).

RESULTADOS

A continuación, se realiza una presentación, a modo de discusión, de los resultados más relevantes encontrados en este estudio exploratorio. En este apartado, se intenta describir en líneas muy generales, el contexto de interacción comunicativa de los niños hospitalizados de 8- 14 años en un servicio de atención pediátrica y a su vez, comprender las características del proceso de comunicación enfermera –paciente. Por tanto, sólo se harán mención a las tres categorías más importantes del estudio que tienen relación con: los factores del contexto sanitario que influyen en la comunicación con los niños y sus familias, las principales características del actuar profesional de enfermería frente a la comunicación con los niños y algunos apuntes relacionados con aspectos que demandan los niños mismos de la interacción comunicativa con los profesionales sanitarios.

En este estudio, la mayoría de los factores que condicionan la comunicación, están demarcados por los procesos rutinarios establecidos por las mismas instituciones sanitarias. Esta estandarización de la atención en salud, viene determinada por los comportamientos históricos, sociales y culturales del personal de salud, y la normatividad vigente del sistema. Dichas formas de atención, condicionan la interacción comunicativa, y van dando lugar a la regularización de algunos procesos. Es así como se definen, dentro de los servicios, formas de actuar con los pacientes, tipos de procedimientos de asistencia, distribución de funciones y se produce una determinada dinámica de los servicios. En un análisis reflexivo de estos elementos, se puede determinar que casi siempre en su elaboración e implementación, no son concertadas con los pacientes y sus familiares y son precisamente

con ellos con los que habría que negociar el sistema de atención y cuidado. Esto, tendría el fin de tener claridad de cuales son las demandas principales que presentan los pacientes frente a la interacción con los profesionales sanitarios.

Categoría: Contexto de la interacción comunicativa

La cantidad y calidad de la información esta condicionada por las dinámicas de comunicación que se han creado en el ambiente hospitalario y éste factor puede estar incidiendo en la calidad de la atención sanitaria. La comunicación interpersonal, dentro de los servicios de hospitalización, opera sistémicamente: sus características no son la suma de los elementos que lo componen, si no el modo en cómo se relacionan. (Maestro Hernández, 2006). En primer lugar hay que entender que el sistema hospitalario como organización es un sistema complejo y abierto, formado a su vez, por diferentes sistemas también con iguales características (complejos y abiertos) que son los mismos profesionales, y éstos en ocasiones, con sus comportamientos, pueden facilitar o impedir el flujo de la información.

Estos parámetros y reglas en que se da la comunicación pueden variar y que se establezcan de una manera u otra depende básicamente de los actores, de su nivel de entendimiento y de la reciprocidad o feedback que se de entre ellos mismos. (Cibanal, Arce y Carballal, 2003). En este estudio, se logró comprobar que cuando la interacción entre profesionales, sólo se realiza de manera puntual, es decir, con el fin de demandar información rápida, técnica y precisa del estado de los pacientes, se dificulta el proceso de retroalimentación, y esto puede ocasionar pérdida de información relevante para la atención del niño.

Categoría: Implicaciones del profesional de enfermería frente a la interacción comunicativa

El tipo de información y cantidad que suministra la enfermera puede no ser suficiente para cubrir las necesidades biopsicosociales y de bienestar de las familias y de los niños durante la estancia hospitalaria. Esto se debe principalmente a que la comunicación no se pacta bajo unos objetivos comunes, y en una interacción comunicativa con dichas características, donde no hay unas ideas o

intenciones claras de lo que se quiere transmitir, es difícil alcanzar el equilibrio y/o congruencia, especialmente, entre la información y demandas a nivel comunicacional que tienen los pacientes y sus familiares, la que da el profesional sanitario y finalmente de todo ello, la que percibe y comprende el paciente. (Cibanal, Noreña 2005). Una prueba manifiesta de esto, es que el niño, en la mayoría de observaciones de éste estudio, se convierte en una fuente de información, o incluso en un confirmador de la información suministrada, por los padres.

Se diría que la interacción esta básicamente enfocada en las actividades de cuidado para con el niño. Además, es común que las interacciones con los niños sean muy cortas y/o específicas. Cuando se quiere indagar sobre algún aspecto importante, casi siempre, se le habla en primera instancia a los padres, y en segundo lugar, se le pregunta al niño. Las preguntas normalmente se limitan a ¿Cómo te sientes? ¿Cómo estás? También se observó que en algunas de las interacciones verbales con los niños las enfermeras utilizan: una entonación muy baja, formulaban preguntas cerradas, pausaban las intervenciones que conducían a que se cerrara el diálogo. En este sentido está ampliamente documentado que para mantener una actitud receptiva, abierta y comprensiva con los pacientes se requiere el uso de preguntas abiertas como “¿Qué le parece esto?, ¿Qué piensa usted?”, éstas a su vez, deben estar formuladas en un tono de voz constante y firme. (Candib, 1995).

En la mayoría de las observaciones del día a día, se logró capturar que muchas de las interacciones que la enfermera establece con el niño y su familia, principalmente están basadas en proporcionar o suministrar información. Dicha información va centrada en aspectos que demande la familia para el cuidado del niño, por ejemplo, si el niño se puede bañar o no, qué manejo tener con la herida, el estado de salud, entre otros aspectos. La enfermera también hacía recomendaciones sobre conductas en salud, o de cambios de comportamiento que deberían adoptar los niños frente a la estancia hospitalaria.

Es importante resaltar el tipo de estrategias que las enfermeras utilizaban para ser empáticas con el niño, bien para obtener respuestas positivas en la

interacción, o simplemente con el fin de acercarse a él. En este sentido, las enfermeras utilizan la sonrisa (natural o de cortesía) para comenzar o finalizar una interacción con los niños y sus familias, ellas también hacen bromas, o usan palabras o gestos cariñosos para animar a los niños. También intentan explicarle al niño los procedimientos de manera sencilla, y para ello se valen de sus herramientas de trabajo. Por ejemplo, si se trataba de un niño menor (7 - 9 años) le obsequian un guante, le dan curitas o solicitan su apoyo durante la curación de la herida, entre otras. En el caso de un niño mayor (9 en adelante) mientras realizaban la intervención dialogaban con él acerca del proceso terapéutico, explicándole, el por qué retiran un medicamento, cómo le están curando, animándoles de forma que se disminuya la ansiedad que pueda manifestar frente al procedimiento, o la que genera la misma estancia hospitalaria.

En síntesis, la comunicación es un aspecto importante del trabajo de la enfermera y en muchas ocasiones ésta se reduce a la simple información, o a un intercambio de palabras, que poco realzan la participación del paciente en el cuidado. Por tanto, podría estar siendo insuficiente el conocimiento que se tiene y que se indaga sobre las condiciones de vida (antecedentes, comportamiento, desarrollo, estado anímico entre otros), o sus actividades cotidianas dentro del hospital, su adaptación a la estancia y comprensión de la enfermedad. Es posible que la enfermera, durante la interacción, piense que los cuidados que ofrece a los niños son captados como tal por éste, sin comprender que él percibe más los sentimientos y las emociones que el beneficio de los cuidados (Kreisler, 1990).

Sería importante que la enfermera conociera de la demanda real de interacción y de su importancia, a modo de utilizar espacios para compartir significados y percepciones con los pacientes y sus familiares. En palabras de Zoppi y Epstein, (2001) “la subjetividad mutua supone la creación de significados compartidos. Éste es el proceso a través del cual entendemos a los demás y los demás nos entienden”. Stewart y colaboradores (2000) dicen en su estudio que cuando el paciente percibe que tiene puntos en común con el profesional sanitario los resultados mejoran, existiendo una menor preocupación sobre la enfermedad, una mayor satis-



facción que hace que haya menos demandas frente al cuidado.

Implicaciones del niño en la interacción comunicativa con los profesionales de enfermería

De las observaciones se logró comprobar que el niño aprende y reconduce sus percepciones del entorno y de sí mismo si se siente valorado y reconocido por las personas que lo rodean dentro del contexto en que se encuentre. Por eso es fácil ver que el niño siempre responde positivamente al estímulo afectivo de los profesionales sanitarios. Éstos sonríen, se reconfortan, se animan, se divierten y a veces hasta esperan que sean visitados por el médico o la enfermera, llegando a preparar actividades para enseñárselas durante la visita.

De las entrevistas realizadas, se puede ver que los que comunican, explican y organizan el mundo del niño son los padres o cuidadores principales. Casi siempre, son ellos, los que dan la explicación inicial de lo que sucedió, el por qué de la hospitalización, cómo va el día a día, la evolución de la enfermedad, los cambios. Un aspecto importante de este punto es que los niños tenían una idea clara (según sus referentes cognitivos) de la enfermedad, daban una explicación apropiada, y acorde con su desarrollo, de lo que les había sucedido. Esta explicación a veces la daban de forma estructurada y en otras, aunque no usarán un léxico claro, sí tenían ideas precisas del motivo de la hospitalización y de la misma enfermedad, es decir, aunque no pudieran organizar bien la información, en la transmisión del mensaje, siempre dejaban claro lo que les había

sucedido. Es importante esclarecer que la calidad y cantidad de información que brinda el niño depende de su estado emocional, es decir, si el niño se encuentra aburrido, cansado, o ansioso por la estancia hospitalaria, muchas veces no está en disposición de brindar información suficiente o la que brinda es pobre en contenido.

De las observaciones y entrevistas se logró captar que los estímulos relacionados con: relaciones interpersonales, cuidados, información y trato, son fundamentales para el bienestar del niño y su familia. Así mismo, se deduce que según lo positiva que fuera la percepción general del niño de la hospitalización, la actitud del niño frente a la interacción con los profesionales, la aceptación de procesos, y colaboración en procedimientos mejoraba. Por tanto, podría parecer lógico señalar que si los niños tienen una percepción positiva de la interacción enfermera –paciente, mejoran su animosidad, disposición y adaptación frente a la estancia hospitalaria y recuperación, repercutiendo esto, directamente, en el bienestar psicosocial del menor y su familia durante la hospitalización. A nivel disciplinar, se hace importante para enfermería profundizar e investigar sobre cómo comprenden, aceptar y perciben el proceso de enfermedad, atención de enfermería y hospitalización.

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

A modo de síntesis, se determina que, por medio de la comunicación con el paciente pediátrico, éste puede, descubrir diferentes perspectivas acerca de su estado de salud, ganar confianza frente a la toma de decisiones, y ampliar el entendimiento de la vivencia de la enfermedad infantil. Por tanto, la comunicación enfermera, con el niño es propuesta bajo una interacción cara a cara, de manera dinámica y creativa, para que el niño sienta la confianza suficiente de aportar datos sobre todas sus percepciones y sentimientos, y a su vez explorar en profundidad su esfera afectivo-social. Para ello, el tipo de las respuestas que se le brinden y la forma en que se lo comuniquen juegan un papel primordial. Particularmente, con los resultados de este estudio puede profundizarse en que las percepciones de un niño están más unidas al tipo de experiencia que viven, que a la fase de desarrollo en que se encuentran.

En este sentido, aún se requiere de una mayor indagación de lo que significa la enfermedad y el proceso de hospitalización para el niño y su familia (Sartain, et.al., 2000; Melkyn, 2000 y Toomlinson, 2002). Lo que se buscaría es que a través del desarrollo de un mayor número de investigaciones, se mejore el conocimiento de los aspectos cualitativos y subjetivos que rodean la experiencia hospitalaria del niño y su familia, y se estimule la interacción directa de los profesionales sanitarios específicamente enfermería con el niño hospitalizado (Miczo, 2003). Al respecto Alarcón (2001) nos dice lo siguiente: el desafío consiste en establecer una acción comunicativa con el paciente para que se logre entenderse el contexto de la enfermedad desde el punto de vista del mismo, y éste sea un punto de partida importante para el diseño de su plan de atención.

En este acercamiento a las percepciones que realiza el niño de la interacción comunicativa, se puede afirmar que fundamentalmente la capacidad adaptativa en el hospital se desarrolla, abriendo posibilidades de escuchar, confrontar, analizar las narraciones y opiniones propias de los niños con las del adulto, favoreciendo la producción y escucha de experiencias y opiniones del niño, garantizando el respeto hacia lo que los niños dicen y cómo lo dicen. Esto contribuye a fortalecer la identidad de los niños, gestando situaciones en las que puedan ir descubriendo la importancia de ejercer el derecho a la palabra, a que se les escuche y se tenga en cuenta lo que piensa y siente, favoreciendo la seguridad en sí mismos y en los demás.

Algunos autores (Scolnik, Atkinson, Hadi, Caufeild y Young, 2003; Calgano, Lunardi y Wilson, 2000; Souza, Ribeiro, Eckert, 2003) sustentan que profundizar en estos aspectos de la comunicación en enfermería, específicamente, en pacientes pediátricos, permitirá que el niño, a través de los contactos con los profesionales, genere confianza y se le reconozca como un sujeto pensante y participativo dentro del sistema de cuidado de la salud. Además, se potencia el que desde la infancia, el ser humano, se sienta copartícipe de su propio cuidado.

En este sentido, dentro del cuidado asistencial, el papel de enfermería en programas y actividades relacionadas con la promoción de la salud, preven-

ción de la enfermedad, educación sanitaria, y fomento del bienestar integral de los niños y su familia es fundamental. Tal vez en la implementación de programas hospitalarios y estrategias de enfermería, es que se podrían encontrar soluciones para que en la atención infantil se reduzca el tiempo de estancia y permanencia hospitalaria, se favorezcan las experiencias dentro del hospital y se ayude al niño y su familia a comprender mejor su proceso de salud-enfermedad, preparándoles efectivamente para el retorno a casa y su integración social (Requejo 1997).

BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón, A. M. (2001). Enfermería Intercultural: un desafío en la sociedad actual. *Horizonte de Enfermería*, 12, 39-45.
- Ajuriaguerra, J. y Arana, J. (1990). *Psicología clínica del niño*. (p. 200-202). Madrid: Instituto de Ciencias del Hombre.
- British Medical Association (2001). *Consent, rights and choices in health care for children and young people*. London: BMJ Books.
- Bibace, R. y Walsh, M. (1980). Development of children's concepts of illness. *Pediatrics*, 66, 912-917.
- Board, R. y Ryan-Wenger, N. (2003). Stressors and Stress Symptoms of Mothers with Children in the PICU. *Journal of Pediatric Nursing*, 18(3), 195-202.
- Bonilla, E. y Rodríguez, R. (1995) *Más allá del dilema de los métodos*. Bogotá: Universidad de los Andes, CEDE.
- Bordin, T. (2000). O cuidado que influencia o ser em desenvolvimento a enfermagem, a crianza e a família na sala de vacinas. *Texto Contexto Enferm*, 9(2), 683-698.
- Buneson, I., et al. (2001). Professional's perceptions of children's participation in decision making health care. *Journal of Clinical Nursing*, 10,70-78
- Calgano, Gomes, G., Lunardi, F., Wilson, D. (2000). A familia na unidade de pediatria: uma unidades que se cuida, uma unidade a ser cuidada. *Texto Contexto Enferm*, 9(2), 28-38.
- Castro, J. (2005). La infancia en debate: entre derechos y necesidades. *Revista UNIVERSITAS*, 5, 1-27.
- Cibanal Juan, L., Noreña Peña, A. L. (2005). Nos realizamos en la medida que escuchamos. *Presencia*, jul-dic, 1(2). Obtenido el 10 de enero de 2006. Disponible en: <<http://www.index-f.com/presencia/n2/29articulo.php>> [ISSN:1885-0219]
- Cibanal, L., Arce, M. C. y Carballal, M. (2003). *Técnicas de Comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud*. Madrid: Elsevier.
- Dimateo, R. (2004). The role of effective communication with children and their families in fostering adherence to pediatric regimens. *Patient Education and Counseling*, 55, 339-344.
- Dulmen, S. (2004). Pediatric-parent-child communication Problem-related or not? *Patient Education and Counseling*, 52, 61-68.
- Earls, F. y Carlson, M. (2001). The social Ecology of child health and Wellbeing. *Rev Public Health*, 22, 146-166.
- Eden, O B., Black, L., MacKinlay, G. A., Emery, A. E. (1994). *Communication with parents of children with cancer*.

- Palliative Medicine, 8, 105-114.
- Greenberg, L. W., Jewett, L. S., Gluck, R. S. et., al. (1984). Giving information for a life-threatening diagnosis. Parents' and oncologists' perceptions. *American Journal of Diseases of Children*, 138, 649-653.
 - Harrington, V., Lackey N. R., Gates M. F. (1996). Needs of caregivers of clinic and hospice cancer patients. *Cancer Nursing*, 19, 118-125.
 - Hughes, P. M., Lieberman, S. (1990). Troubled parents: vulnerability and stress in childhood cancer. *British Journal of Medical Psychology*, 63, 53-64.
 - Koopman, H. M., Baars, R., M, Chaplin., J. y Zwinderman, K. H. (2004). Illness through the eyes of the child: the development of children's understanding of the causes of illness. *Patient Education and Counseling*, 55, 363-370.
 - Kozzier, B., Erb, B., y Wilkinson J. (1999). *Fundamentos de Enfermería*. (p. 325). México: Mc Graw Hill
 - Kreuger, A., Gyllenskold, K., Pehrsson, G. y Sjolín, S. (1981). Parent reactions to childhood malignant diseases: experience in Sweden. *American Journal of Pediatric Hematology-Oncology*, 3, 233- 238.
 - Kunh, D., Hardí, R., Langenbergm C., Richards, M. y Waldsworth, E. (2002). Mortality in adults aged 26-54 years related to socioeconomic conditions in childhood: pot war birth cohort study. *BMJ*, 325, 1076-1080.
 - Last, B. F. y Van- Veldhuizen, A. M. (1996). Information about diagnosis and prognosis related to anxiety and depression in children with cancer aged 8-16 years. *European Journal of Cancer*, 32, 290-294.
 - Levenson, P. M., Pfefferbaum, B. J., Copeland, D., R. y Silberberg, Y. (1982). Information preferences of cancer patients ages 11-20 years. *Journal of Adolescent Health Care*, 3, 9-13.
 - Martínez Barrio, C. (1990). *La comprensión infantil de la enfermedad. Un estudio evolutivo*. (p.8). Barcelona: Anthropos.
 - Melynk, B. M. (2000). Intervention studies involving parents of hospitalized young children: An analysis of the past and future recommendations. *Journal of Pediatric Nursing*, 15(1), 4-13.
 - Mercer, M. y Ritchie, J. A. (1997). Home community cancer care: parents' perspectives. *Journal of Pediatric Nursing*, 12, 133-41.
 - Maestro Hernandez, M.C. (2006). La comunicación en los contextos sanitarios. En: Acinas Acinas, M. P. *Habilidades de comunicación y estrategias asistenciales en el ámbito sanitario*. (Parte I). (p.43-73). Madrid: CEP.
 - Miczo, N. (2003). Beyond the "Fetishism of words" considerations on the use the interview to gather chronic illness narratives. *Qualitative Health Research*, 13 (4), 470-473.
 - Nova, C., Vegni, E. y Moja, E. (2005). The physician-patient-parent communication: A qualitative perspective on the child's contribution. *Patient Education and Counseling*, 58, 327-333.
 - Panheuff, M. (1993). *Cuidados de Enfermería* (p. 12). México: Mc. Graw Hill.
 - Peiro, R., Casanova, C., Colomer, J., Colomer, C., Ferrero, R., et al. (1997). Hospitalizaciones evitables y genero (carta). *Aten Primaria*, 20, 98.
 - Revuelta, C., Revuelta, J., Mercer, R., Peiro Perez, R y Rajmil, L. (2004). La salud en la infancia. *Gac Sanit*, 18, 39-46.
 - Requejo, I. (1997). Informe a UNICEF. Proyecto: El desarrollo del lenguaje en la infancia. Extraído el 5 Enero, 2006, de <http://usuarios.arnet.com.ar/irequejo>
 - Rubio Herrera, R., Cabezas Casado, J. L., Aleixandre Rico, M. y Fernández Jiménez, C. (1998). Un Modelo de Satisfacción Vital basado en la comunicación tripartita. Profesional de la salud, paciente y familiares. *Index de Enferm*, 23, 22-25.
 - Sartain, S., Clarke, Ch. y Heyman, R. (2000). Hearing the voices of children whit chronic illness. *J Adv Nurs*, 32(4), 913-921.
 - Scolnik, D., Atkinson, V., Hadim M., Caufeild, J. y Young, N. (2003). Words used by children and their primary caregivers for private body parts and functions. *CMAJ*, 169(12), 1275-1279.
 - Shields, L. y King, S. (2001) Qualitative analysis of the care children in hospital in four countries-part 2. *Journal of Pediatric Nursing*, 16 (3), 206-213.
 - Sierra Rodríguez, P. (1999). Calidad de vida en el niño hospitalizado. *Pediatría*, 34(2), 129-136.
 - Souza Jatobá, A., Ribeiro, E. y Eckert. (2003). Dialogando como a equipe de enfermagem sobre necessidades educativas dos acompanhantes de crianças internadas: construindo caminhos para o cuidado à família. *Texto & Contexto de Enfermagem*, 12(3), 280-288.;
 - Toomlinson, P. (2002). Clinical innovation for promotion care: Demonstration, role modeling and reflective practice, *J Adv Nurs*, 38(2), 161-170.
 - UNICEF. (2002). *Progresos y desafíos pendientes con la Infancia: El Panorama Regional*. Extraído el 10 Junio, 2005, de <http://www.unicef.org/lac/espanol/perfil.htm>. 2002.
 - Whaley, L., Wong, D. (1989). *Tratado de enfermería pediátrica*. Madrid: Mc Graw Hill.
 - Watson, K., Kieckhefer, G. y Olshansky, E. (2006). Striving for therapeutic relationship: Parent -Provider Communication in development treatment setting. *Qualitative Health Research*, 16(5), 647-663.
 - Youglut, J. y Brooten, D. (1999). Alternative Chile Care History Hospitalization, and preschools Chile Behaviour. *Nursing Research*, 48 (1), 29-34.