

Ministerio de Salud Pública



Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

**HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA MEDIANTE JUGUETE
TERAPÉUTICO EN SERVICIO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
PEDIATRICA**

Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Enfermería

Ledia Ramos García

La Habana, 2022

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

**HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA MEDIANTE JUGUETE
TERAPÉUTICO EN SERVICIOS DE PEDIATRÍA ORTOPÉDICA Y
TRAUMATOLÓGICA**

Tesis presentada en opción del grado científico de Doctor en Ciencia de la Enfermería

Autora: Lic. Ledia Ramos García

Tutoras: DrC. Julia Maricela Torres Esperón

DrC. Edmara Bazoni Soares Maia

La Habana, 2022

AGRADECIMIENTOS

A Dios por iluminar mi camino con sabiduría, y con la fortaleza necesaria para enfrentar las adversidades y lograr mis objetivos.

A mi tutora Julia Maricela Torres Esperón por acompañarme incondicionalmente para hacer de este sueño una realidad, cargada de emociones, conocimientos, dedicación, paciencia y ejemplo.

A mi tutora Edmara Bazoni Soares Maia por dedicarme parte de su tiempo, por los valiosos conocimientos que me aportó para contribuir a mi formación como Brinquedista.

A la Dirección del hospital y a todo el Consejo científico por su apoyo incondicional.

Al claustro de profesores del Doctorado de Enfermería por ayudar en mi formación profesional y científica.

A mi familia por su comprensión y apoyo en el día a día, de forma incondicional para alcanzar la meta.

A mis compañeras del grupo de doctorado por su acompañamiento en este proceso de aprendizaje, especialmente a Rosario, Odalis, Mariela, Modesta y Tania, por estar a mi lado en cada momento de alegría, por el avance y los éxitos obtenidos, así como en los tiempos difíciles disminuyendo mis ansiedades y preocupaciones.

A los infantes, adolescentes, familiares y equipo de enfermería que colaboró con el desarrollo de esta investigación.

A los que no menciono, pero no olvido y tienen mis más sinceros agradecimientos por su apoyo constante.

DEDICATORIA

A mis hijos Pedro y Alejandra, a mi nieta Camila, por ser mi inspiración para lograr mis sueños. Gracias por creer siempre en mí.

A mi esposo Ernesto por ser mi amigo, mi compañero por ayudarme a cumplir mis metas, por estar siempre a mi lado motivándome, tu ayuda fue fundamental en esta investigación.

A mis padres Ledia y Alfonso por ser excelentes educadores y pilar fundamental en mi vida.

SÍNTESIS

Se realizó una investigación de desarrollo del tipo investigación +desarrollo +innovación (I+D+i), mediante un estudio cualitativo de investigación acción participativa. En el CCOI “Frank País”, durante el período de diciembre de año 2019 a junio del año 2022. Con los objetivos de identificar las demandas de cuidados infantil en el servicio de ortopedia y traumatología pediátrica del Complejo Científico Ortopédico Internacional “Frank País”, gestionar la ejecución de las acciones según las demandas de cuidados de los niños y adolescentes incluidos en el estudio y explorar al egreso los criterios con los cuidados de enfermería en el servicio de ortopedia y traumatología. La población de estudio estuvo con formada por 59 infantes y adolescentes. Además, participaron las 19 madres acompañantes de los pacientes y las 30 enfermeras que laboran en el servicio. El estudio se estructuró en tres, etapas que responden a los objetivos. En las que se realizó pilotaje de la dinámica de Juguete terapéutico, adaptación y validación de la “Escala facial de las emociones”, entrenamiento de las enfermeras, aplicar la dinámica de Juguete Terapéutico al ingreso y el egreso. Entrevista a gestores, familias y enfermeras. Las demandas de cuidados infantil en el servicio de pediatría del Complejo Científico Ortopédico Internacional “Frank País” permitieron humanizar la atención con el empleo del Juguete Terapéutico, dado que se involucraron a niños y adolescentes como sujetos activos en la identificación de sus propias necesidades. Con lo cual se pudieron generar cambios adaptados a sus solicitudes, los cuales estuvieron enfocados en los aspectos de confort.

ÍNDICE	PÁG
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. REFERENTES TEÓRICOS EN EL EMPLEO DEL JUGUETE TERAPÉUTICO PARA LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO INFANTIL	11
1.1. Los derechos del niño y el bienestar infantil	12
1.2. El cuidado centrado en el niño como parte de la humanización.....	16
1.3. Modelo de Participación de Laura Lundy y su relación con la humanización del cuidado.....	21
1.4. Juguete terapéutico como tecnología de cuidado.....	29
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO QUE SUSTENTA EN EL EMPLEO DEL JUGUETE TERAPÉUTICO PARA LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO INFANTIL	37
2.1. Tipo y contexto de estudio	38
2.2. Población y algoritmo metodológico.....	39
2.3. Etapa 1. Identificación de las demandas de cuidado infantil	41
2.4. Etapa 2. Acciones para satisfacer las demandas de cuidados	46
2.5. Etapa 3. Evaluación de la satisfacción de los cuidados de Enfermería.....	47
2.5. Aspectos éticos	48
CAPÍTULO III. SUSTENTACIÓN MEDIANTE EL JUGUETE TERAPÉUTICO DE LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO INFANTIL	49
3.1. Resultados de la etapa 1. Identificación de las demandas de cuidado infantil	50
3.1.1. Resultados de la exploración de la aplicación del Juguete Terapéutico.....	51
3.1.2. Resultados del diseño y validación de la Escala facial de las emociones.....	56
3.1.3. Resultados del entrenamiento a las enfermeras para la aplicación del JT.....	60
3.1.4. Resultados de la aplicación del Juguete Terapéutico, al ingreso.....	63
3.2. Resultados de la segunda etapa. Gestión de acciones según demandas de cuidados	70
3.3. Resultados de la tercera etapa. Evaluación de la satisfacción de los cuidados de enfermería.....	75
3.4. Análisis de estudios de JT y de otras intervenciones lúdicas y su relación con la investigación	83
CONCLUSIONES	88
RECOMENDACIONES	89
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
BIBLIOGRAFÍAS CONSULTADAS	102
ANEXOS	103

INTRODUCCIÓN

La hospitalización es un proceso estresante que genera ansiedad para infantes, adolescentes y familias, es un entorno desconocido, en muchas ocasiones poco acogedor, en el que deben adaptarse a condiciones diferentes, casi siempre difíciles. En tal sentido cambian las rutinas de vida, lo cual puede influir en dificultar el enfrentamiento a la enfermedad.¹ Ante este entorno, la enfermera debe buscar artificios para cuidar con arte, capacidad, empática y creatividad. De ahí la necesidad de brindar cuidados humanizados.²

En ese sentido, la humanización se considera un proceso complejo, que involucra a pacientes, familias y a profesionales, así como sus valores y creencias. Según los grupos de edad que se atienden en los servicios este aspecto puede tener variaciones, así como las alternativas que se empleen para su logro. En el caso de la atención a niños y adolescentes identificar variantes para la humanización del cuidado precisa de gran creatividad.

Una de las teorías que se han utilizado como fundamento de los estudios de humanización del cuidado es la Teoría humanística de Paterson y Zderad, la cual se basa y organiza en función de la relación entre enfermero y paciente con lo que confirman el cuidado humanizado como práctica profesional. El desarrollo de esta teoría a través de sus presupuestos fenomenológicos existenciales, permitió dar otra mirada al cuidado de Enfermería, posibilitó visualizarlo como un encuentro vivido y dialogado.³

Esta teoría de humanización del cuidado no se pudo revisar, dado que, a partir de la cuarta edición ⁴ y las siguientes ⁵⁻⁸ hasta la más reciente, la octava, ⁹ a la cuales se tuvo acceso, aparece en la introducción la siguiente frase "*El trabajo de Paterson y Zderad*

ha sido omitido por su petición expresa”. Motivo que impidió su análisis y con ello el empleo como referente en el estudio. No obstante, se encontró un artículo que comenta sobre su uso en pediatría.

En dicho artículo se refiere que la teoría plantea factores como establecer un vínculo de confianza, amistad y empatía, para hacer que el paciente se sienta parte del proceso, como elementos que permiten cuidar más allá de la técnica y consideran la dimensión humana como parte de este proceso. Describen que, ante este entorno, la enfermera debe buscar artificios para cuidar con arte, capacidad empática y mucha creatividad, prestando especial atención al universo del niño, preservando su mundo privado y las etapas del desarrollo infantil para satisfacer sus necesidades a cambio de bienestar.³

La humanización del cuidado sigue siendo un tema de actualidad, y así se demuestra en una revisión integrativa publicada en el año 2020 sobre las orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería, en el que destacan que varios estudios relacionan de manera positiva el entrar en la esfera emocional del paciente y favorecer la expresión de experiencias emocionales, con una mejor satisfacción, recuperación, e incluso, como determinantes en el proceso de sanación.¹⁰ Elementos que hablan a favor de la necesidad de alternativas para profundizar en las experiencias que viven las personas en el proceso de cuidado.

En congruencia con ello el Modelo de participación infantil de Laura Lundy,¹¹ el que está basado en los derechos de la infancia, preconiza favorecer la inclusión de los niños en la toma de decisiones que se relacionen con ellos, sobre la base de su participación e involucramiento. De ahí que dicho modelo fue un referente fundamental del estudio, en el que se profundiza en el primer capítulo de la tesis.

Para la humanización del cuidado infantil se han trabajado varias alternativas y tecnologías, una de ellas es el “Juguete Terapéutico” (JT), con el que se han desarrollado experiencias en sus diferentes variantes con resultados favorables. La enfermería en su condición de profesional más cercano a los pacientes y con estancias prolongadas a su lado, es una de las que ha incursionado con buenos resultados.

Es por ello que el JT se reconoce como una tecnología de cuidado para mejorar la calidad de la atención.¹ Con el uso del mismo se contribuye a promover el bienestar infantil, responde a la perspectiva de la atención centrada en el niño y respeta el derecho de jugar aun durante la hospitalización. Es factible en las edades de la infancia y la adolescencia y puede ser realizado por profesionales de diversas áreas.

Su surgimiento se remonta al año 1930 en los Estados Unidos de América, mediante diferentes tipos de juguetes vinculados a la enseñanza. Esta idea se expande por Europa para el año 1963 con la creación de las bibliotecas de juguetes, con el objetivo de orientar a las familias, ayudar en la socialización, estimulación precoz y salud mental, que vinculaban los juegos con las actividades diarias.

En el campo de enfermería comienza su desarrollo en Brasil a finales de la década de los años 1960 y se reconoce como “*Brinquedo terapéutico*”, nombre original en portugués, que se desarrolla con el objetivo de mejorar la calidad de la atención diferenciada en pediatría, es reconocida como su pionera la Dr^a. Esther Moraes, docente de Enfermería Pediátrica de la *Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. Para la década de 1970 comienza a ser utilizada por el sistema pedagógico y pasa a ser de interés de otros profesionales. En 1974 se destaca el trabajo realizado sobre salud mental en niños hospitalizados.¹²

En la década de 1980 tomó mayor fuerza para la enfermería brasileña, dado que la Dra. Circéa Amália Ribeiro presenta la primera tesis de Maestría sobre Juguete Terapéutico y sus tres modalidades, se trabaja en la divulgación de su uso en la práctica clínica con niños hospitalizados, así como en la creación de las brinquedotecas o salas de juegos en los hospitales. En la década 1990 los profesionales de la enfermería comenzaron a reconocer los beneficios del JT, que surgían de la evidencia científica aplicada a niños hospitalizados.¹²

En el año 2000 se consolida el trabajo del equipo de salud con resultados satisfactorios sobre todo derivado de investigaciones que involucran el tema y se aprueba la resolución 295/2004 del Consejo Federal de Enfermería que establece la competencia de las enfermeras para el uso de esta intervención en la asistencia al niño y la familia.^{1,13} En el año 2005 se incorpora al programa de estudio de enfermería, se perfecciona en el año 2012 mediante el Curso complementario de licenciatura en enfermería y en el 2016 se crea un Modelo de atención de enfermería para el cuidado de niños hospitalizados.¹⁴ Durante este periodo los profesionales de la enfermería intensifican la investigación, se realizan revisiones integradoras,¹⁵ históricas¹², se diseñan protocolos y manuales.¹⁴

Los resultados de dichas investigaciones determinaron las ventajas que el JT propicia a la triada pediátrica, como, por ejemplo, ayuda al niño a expresar sus sentimientos, sus temores, angustias y frustraciones, disminuir la ansiedad y el miedo a lo desconocido. Se describe como una intervención eficaz para hacer frente a los efectos negativos de la hospitalización prolongada, lo prepara para el procedimiento invasivo y doloroso que se le va a realizar, le brinda la oportunidad mediante el juego de que adquiera el conocimiento a lo desconocido, ayuda a conocer la percepción de los familiares y la importancia de la inserción de estos en la atención.^{14,16-19}

Otras ventajas descritas se relacionan con el fortalecimiento de la relación del niño con los profesionales de enfermería. Dado que, por su área de acción con el cuidado, los conocimientos y sensibilidad al respecto, pueden ser los más capacitados para identificar los sentimientos y las causas de estrés alrededor de la terapéutica que reciben los niños y por consiguiente uno de los más indicados para la utilización del JT.

14-19

El JT implica juegos estructurados planificados por la enfermera para lograr un determinado objetivo en la planificación del cuidado del niño y su familia. Para la aplicación de las sesiones se indican materiales como juguetes, muñecos, marionetas y materiales gráficos para el arte, que posibilitan la expresión mediante el dibujo.^{16,17} Así, el arte por el intermedio del dibujo puede ser uno de los caminos elegidos desde la tecnología del cuidado de los juguetes terapéuticos para dar voz a los niños y escuchar sus perspectivas.

Según diferentes investigaciones realizadas, el juguete terapéutico se ha aplicado con éxito para los disímiles procedimientos y momentos del proceso de atención de salud, entre ellos para la punción venosa^{16,11} ansiedad,^{20,21} hospitalización prolongada,²² modelo de enfermería para la atención,^{14,16} protocolo de actuación en punción venosa,^{14,16-19} primeros cuidados en urgencia,²³ atención de la esfera psicológica de los niños en terapia intensiva,²⁴⁻²⁶ estrategias para reducir alteraciones de comportamiento en pacientes de oncología,²⁶⁻²⁸ cura de herida en cirugía general^{29,30} y en la vacunación.³¹ Con ello se percibe las ventajas del empleo de esta tecnología y además, la posibilidad de continuar la exploración en otras áreas de la pediatría para demostrar su pertinencia y aplicabilidad

Después de realizadas búsquedas en bases de datos, se encontraron estudios que declaran la utilización del JT en Brasil,^{1-12,14} Turquía,²⁹ Canadá,³² Malasia³³ y Suecia.³⁴ En el Cuba se hallaron dos estudios que utilizan la actividad lúdica para intervenciones de salud, ambos en la provincia de Villa Clara. Uno relacionado con un programa de promoción de salud para infantes preescolares de círculos infantiles³⁵ y el otro mediante una metodología para la promoción del bienestar en niños hospitalizados en el Hospital Universitario Pediátrico “José Luis Miranda”.³⁶ No obstante, que estas investigaciones abordan el juego como parte del diseño, no fue JT lo que emplearon, incluso no lo declaran como tal.

En los servicios de ortopedia y traumatología pediátrica, no se encontraron estudios realizados en el país. Dichos servicios dadas sus características de larga estadía y de la realización de procedimientos dolorosos, que generan ansiedad y miedo, el uso de JT pudiera ayudar a enfrentar esta situación y hacerla menos traumática. Con lo cual se humanizaría el cuidado.

El Complejo Científico Ortopédico Internacional “Frank País” se reconoce como una institución de subordinación nacional y un centro de referencia nacional e internacional, que tiene como misión, brindar atención especializada a pacientes nacionales y extranjeros con afecciones ortopédicas y traumatológicas, incluye diagnóstico, tratamiento conservador y quirúrgico, así como rehabilitación, enfocado en la satisfacción plena de los usuarios y prestadores de salud. En el mismo se reconoce un equipo de profesionales competentes del más alto nivel y que buscan la excelencia en la atención.

Como institución especializada recibe además de adultos, niños de todo el país y el extranjero, servicio que tiene como característica las largas estadías, las poli-cirugías y

los procedimientos invasivos. Todo ello provoca que niños y adolescentes sean más susceptible y temeroso ante la incertidumbre de la instrumentación y el dolor. De ahí la necesidad de humanizar el cuidado, el JT puede ser una alternativa loable a estos efectos.

Las afecciones más frecuentes en estos servicios son las deformidades podálicas, displasias de caderas, escoliosis, parálisis braquiales obstétricas, malformaciones congénitas, parálisis cerebral infantil, tumores y osteomielitis. Por lo que muchos de estos niños están encamados e inmovilizados por largos periodos, sufren de aislamiento de su medio social y familiar, al ser un centro de atención nacional hay pacientes de varias provincias del país, que se encuentran en un medio muy agresivo para ellos, lo que hace necesario trabajar la triada pediátrica para lograr el resultado deseado.

Así mismo los lugares de recreación para este grupo de edad son escasos y las enfermeras no poseen tradición de realizar actividades lúdicas, las actividades de distracción de los pacientes pediátricos son esporádicas. En tal sentido la humanización del cuidado mediante el elemento lúdico puede ser una alternativa de gran ayuda en estos servicios. Por todo ello se decide plantear como pregunta de investigación:

¿Cómo humanizar el cuidado infantil mediante el juguete terapéutico, durante la hospitalización en el servicio de ortopedia y traumatología pediátrica del Complejo Científico Ortopédico Internacional “Frank País”?

Para dar salida al problema de investigación se propusieron tres objetivos que responden a la lógica del tipo de estudio que se realizó. A continuación, se describen los mismos.

OBJETIVOS

1. Identificar las demandas de cuidados en el servicio de ortopedia y traumatología pediátrica del Complejo Científico Ortopédico Internacional “Frank País”.
2. Elaborar las propuestas de acciones para la satisfacción de las demandas de cuidados identificadas.
3. Describir los criterios de infantes, madres acompañantes y enfermeras sobre la aplicación de los cuidados de Enfermería con la introducción del juguete terapéutico.

Se realizó una investigación de desarrollo del tipo investigación +desarrollo +innovación (I+D+i), mediante un estudio cualitativo de investigación acción participativa. En el CCOI “Frank País”, durante el período de diciembre de año 2019 a junio del año 2022.

La población de estudio estuvo conformada por 59 infantes y adolescentes, de ellos diez participaron en el estudio piloto de la dinámica DEC, 30 en la validación de la escala facial de las emociones y 19 en la aplicación del JT del Servicio de Pediatría ortopedia y traumatología. Además, participaron las 19 madres acompañantes de los pacientes y las 30 enfermeras que laboran en el servicio.

El estudio se estructuró en tres etapas que responden a los objetivos. En la primera se realizaron cuatro tareas: 1) pilotaje de la dinámica de JT titulada “Dibujo, escribo y cuento” cuyas siglas en español son DEC y así será descrita de aquí en adelante, 2) diseño y validación de la “Escala facial de las emociones”, 3) entrenamiento de las enfermeras en el JT, 4) aplicación de la dinámica de JT al ingreso.

En la segunda etapa se realizó entrevista con los gestores para viabilizar las demandas de cuidados identificadas en la primera etapa y en la tercera etapa se volvió aplicar la dinámica del JT al egreso, se entrevistaron a las familias y a las enfermeras. Los datos fueron procesados mediante análisis de contenido.

Se cumplió con las consideraciones éticas establecidas según Declaración de Helsinki, en Fortaleza, Brasil 2013.³⁷ Se profundiza en este aspecto en el segundo capítulo.

La novedad del estudio se basa en el hecho de que por primera vez en la institución y en el país se utiliza el JT para la humanización del cuidado en un servicio de pediatría. Así como la posibilidad de haberlo basado en los referentes actuales de la salud infantil que incluyen la nueva sociología de la infancia, los derechos de la infancia y de la hospitalización, con su fuerte componente participativo de dar voces a niños y adolescentes. A lo cual también se integró la perspectiva de la atención centrada en el niño y su consecuente bienestar infantil.

Aportes teóricos:

El referente teórico del Modelo de participación de Laura Lundy permitió integrar sus cuatro conceptos básicos en congruencia con la lógica empleada en el estudio, que, además responde a la atención centrada en el niño, en el que se le dio voces a niños y adolescentes como agentes activos para sus propios cuidados. Para las ciencias de la Enfermería cubana, se emplea este modelo como referente por primera vez.

Aportes a la práctica profesional

Introducir en el servicio de Ortopedia y Traumatología pediátrica una nueva tecnología para la humanización del cuidado que involucró a pacientes, familias, enfermeras y gestores. Con lo cual se lograron transformaciones a favor de la humanización del cuidado.

Empoderar a las enfermeras con nuevos conocimientos y roles para la humanización del cuidado que redundará en una mejor práctica asistencial y la satisfacción de ellas mismas, pacientes y familiares. Con todo ello también se incrementa el liderazgo de estas profesionales.

Aportes metodológicos

El diseño de un estudio pionero participativo, con el diseño y validación de una escala facial de las emociones y su integración para explorar las emociones antes y después de la aplicación del JT. La misma puede ser transferible a otras investigaciones.

**CAPÍTULO I. REFERENTES TEÓRICOS EN EL EMPLEO DEL JUGUETE
TERAPÉUTICO PARA LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO INFANTIL**

CAPÍTULO I. REFERENTES TEÓRICOS EN EL EMPLEO DEL JUGUETE TERAPÉUTICO PARA LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO INFANTIL

La humanización del cuidado está dentro de las tendencias actuales de las ciencias de la Enfermería y al respecto se valoran diferentes perspectivas, una de ellas es el empleo de tecnologías que contribuyan a este objetivo, como es el caso del JT. Su empleo ha sido estudiado en varios servicios de pediatría, como la oncología, la cirugía, cuidados intensivos, entre otros.

Aplicar el JT en los servicios de ortopedia y traumatología pediátrica es también una necesidad, dada las circunstancias de los pacientes que pueden permanecer encamados por largo periodos de tiempo y la recurrencia de las cirugías. De ahí el objetivo con el que se escribe este capítulo, que se refiere a describir los referentes teóricos en el empleo del juguete terapéutico para la humanización del cuidado de enfermería en servicios de ortopedia y traumatología pediátrica.

1.1. Los derechos del niño y el bienestar infantil

Los derechos de la infancia están estipulados en la Convención sobre los Derechos del Niño, a lo largo de sus 54 artículos, reconoce que los niños (seres humanos menores de 18 años) son individuos con derecho al pleno desarrollo físico, mental y social, y con derecho a expresar libremente sus opiniones. Además, la Convención es también un modelo para la salud, la supervivencia y el progreso de toda la sociedad humana.³⁸ De ahí la necesidad de convertir en realidad los derechos para que los niños puedan desarrollar todo su potencial.

La Convención fue aprobada como tratado internacional de derechos humanos para transformar las vidas de los niños. Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en Nueva York (Estados Unidos de América) el 20 de noviembre de 1989, por

aclamación (sin necesidad de voto) y de forma unánime por todos los Estados Miembro de las Naciones Unidas en la resolución 44/25.³⁸

Dentro de los derechos fundamentales se encuentran: el derecho a la vida, todo niño tiene el derecho a vivir y hacerlo en condiciones óptimas. El derecho a la educación, la educación primaria debería ser gratuita; la educación secundaria y superior deben estar al alcance de todos; el derecho a una identidad, a una inscripción oficial de quiénes son, que incluya su nombre, nacionalidad y relaciones familiares; el derecho a que se les proteja de realizar trabajos que sean peligrosos o nocivos para su formación, su salud o su crecimiento; el derecho al descanso, a relajarse, a jugar, a participar en actividades culturales y creativas. Tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, la libertad de expresión, la protección y la alimentación.

Otros derechos, también aprobados para los niños son los de la hospitalización, los que se aprobaron en la Carta Europea de los niños hospitalizados, (serie A-Documents A 2-25/87-14 de abril de 1986. El Presidente del Parlamento Europeo transmitió esta resolución al Consejo de Europa, al Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y a la Organización Mundial de la Salud, se mencionan algunos a continuación:³⁹

- Los niños hospitalizados tendrán el derecho a estar acompañados durante todo el tiempo por sus padres o la persona que los sustituya,
- los niños serán hospitalizados junto a otros niños con las mismas necesidades evolutivas y no serán ingresados en plantas de adultos. No habrá restricciones de edad para los visitantes de los niños hospitalizados,

- los niños tendrán plenas oportunidades para el juego, las actividades recreativas y educativas que sean adecuadas a su edad y características, así como a estar en un entorno diseñado, amueblado, atendido y equipado en función de su necesidad,
- los niños y sus padres tendrán el derecho a ser informados de manera apropiada a su edad y grado de comprensión. Se ofertarán las medidas necesarias para reducir su estrés físico y psicológico,
- los niños serán atendidos por personal cualificado, con una formación y unas aptitudes que les permitan dar respuesta a las necesidades físicas, emocionales y de desarrollo, tanto de los niños como de sus familiares.

Por esas razones los profesionales de la salud como prestadores de los servicios, deben garantizar al niño durante su estadía la vigencia plena de todos sus derechos: a la vida, la salud, la alimentación, la educación, la cultura, la recreación, a la libertad, al respeto, a la dignidad, a la convivencia familiar, a no ser separado de sus padres, a la información, a la integridad física, moral y psicológica, el derecho a ponerlos a salvo de todas las formas de negligencia.³⁹

Cuba promueve medidas de acción positiva que garanticen el pleno goce y ejercicio de los derechos establecidos por ella y por los tratados internacionales, en particular respecto a los niños. La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) entró en vigor en el país el 20 de septiembre de 1991.⁴⁰

Otros dos referentes al respecto en el país son la Constitución de la República de Cuba⁴⁰ y el Código de familia.⁴¹ El primero expone el deseo del Estado cubano, su pueblo a defender y garantizar una vida sana y plena para los niños, niñas y adolescentes, así lo refiere en el capítulo III de las familias y sus respectivos artículos. En segundo en el artículo 5 establece la responsabilidad de la familia de respetar la CDN. Al respecto se

puede observar el interés explícito del país de garantizar el bienestar infantil, el que debe ser prioridad, por lo que implica para estos grupos de edad y su futuro.

El bienestar se puede entender como la posesión de ciertas condiciones materiales positivas, como vivienda, educación y atención sanitaria, a lo cual se le ha llamado “bienestar objetivo”. Sin embargo, intuitivamente, es claro que lo que se entiende por “bienestar” va mucho más allá de lo que se posee al contar con riqueza material y ausencia de enfermedades.⁴²

El “bienestar” no debe ser interpretado, de manera única, como la satisfacción de las necesidades físicas más inmediatas, salud, alimentación, educación y sano esparcimiento. El bienestar infantil, así como de adultos, debe comprender la posibilidad de gozar de libertades y la participación activa en la sociedad.^{28,42} La idea es ver el bienestar infantil con una acepción más holística.

Desde el punto de vista conceptual el bienestar infantil es definido como el conjunto de percepciones, evaluaciones y aspiraciones de los niños sobre sus vidas. Es importante el desarrollo emocional, social y físico de un niño pequeño ya que tendrá un impacto directo en su desarrollo general y en el adulto que se convertirá.⁴² Su nivel de bienestar variará de manera considerable en función de muchos factores vinculados a su situación personal y de contexto. De hecho, no todos los ámbitos o aspectos concretos de la vida de un niño influyen de la misma manera o tienen el mismo peso en su bienestar general.

Intervenir en la primera infancia se considera un período clave de oportunidades para estimular el desarrollo y las interacciones positivas entre el niño y su entorno, lo cual repercute en toda la vida. Los infantes están en proceso de desarrollo y son de manera particular vulnerables a las malas condiciones de vidas, la deficiente atención de la salud, la mala nutrición, la falta de agua potable, la vivienda de baja calidad y la

contaminación ambiental. Estos factores amenazan el futuro de las sociedades en las que viven, de ahí la importancia del bienestar infantil.^{28,42}

En cuanto a la evaluación del bienestar infantil, en particular, hay aspectos únicos y especialmente relevantes por considerar, como la familia, la escuela, el juego, el crecimiento, el desarrollo, los amigos y compañeros, y el hecho de que son personas más dependientes y con menor capacidad para modificar su contexto que los adultos.⁴³ Debe observarse que, dentro de los aspectos para evaluar el bienestar infantil, el juego ocupa un espacio, de ahí la necesidad de siempre valorar su realización, sin importar el contexto e incluirlo como parte del cuidado infantil.

El cuidado y el bienestar infantil son procesos de convivencia en sociedad y de desarrollo social y nacional, entonces las metas están de manera necesaria determinadas por las características y problemáticas de la sociedad en particular y las del mundo en general. En ese sentido el cuidado y el bienestar son de la incumbencia necesaria de todos. Requieren de saberes, conocimiento y experiencia colectiva.^{42,43}

1.2. El cuidado centrado en el niño como parte de la humanización

Dentro de la atención de la salud, en la actualidad se utilizan varias concepciones de “centrado”, como en la familia, el niño, la persona, el cliente y el paciente, para denotar el enfoque de la atención. Se espera que los profesionales de la salud se centren en aquellos a quienes cuidan de diversas maneras.⁴⁴

El cuidado centrado en el niño (C.C.N) pone en primer plano a los niños y jóvenes, para colocar sus intereses en el centro del pensamiento y la práctica del cuidado de la salud. Reconoce a los niños y jóvenes como seres agentes y actores sociales por derecho propio, promueve su derecho a involucrarse en el cuidado de su propia salud, incluyen una visión holística del niño que lo ve como algo más que su enfermedad o condición;

preocupación por la experiencia general del mismo.⁴⁴⁻⁴⁶ Esto implica un nuevo modelo de atención pediátrica, el que se asume para el estudio que se presenta.

Otro concepto que también se maneja es atención centrada en la familia (C.C.F) es un enfoque para la planificación, prestación y evaluación de la atención médica que se basa en asociaciones mutuas y beneficiosas entre familias/padres, niños y proveedores de servicios de salud. En su centro está el concepto de que los padres y los miembros de la familia son el centro de la vida del niño, y que la atención debe planificarse en torno a toda la familia, no solo al niño enfermo.⁴⁴⁻⁴⁶

La diferencia del cuidado centrado en el niño con relación a la familia, consiste en que centrarse en la familia como principal punto de referencia para los niños, puede no reconocer el entorno más amplio y las relaciones fuera de la familia. Con demasiada frecuencia se enfoca la colaboración entre profesionales y padres, se pierde el enfoque en el niño. El cuidado centrado en el niño, no excluye a la familia, sino que sitúa al niño en el centro de todas las decisiones y prácticas de cuidado, reconoce los derechos de los niños a la participación y las decisiones sobre su cuidado, los cuales se encuentran estipulados en la Convención sobre los Derechos del Niño y los Derechos de los niños hospitalizados, con lo cual se trabaja por el bienestar infantil.⁴⁴

El enfoque de atención centrada en la persona está respaldado y promovido por institutos y organizaciones gubernamentales. A nivel mundial, se ha convertido en uno de los principales objetivos de la política de salud y las reformas de los sistemas de salud, con un énfasis creciente en los derechos de participación, la buena comunicación y las relaciones, así como la toma de decisiones compartidas.⁴⁴ De ahí que la atención centrada en el niño sea también un nuevo paradigma en la atención pediátrica.

Tanto en el ámbito de la clínica, como en la investigación cada vez es más creciente el movimiento a favor de “dar voces a los niños” este movimiento se basa en la nueva sociología de la infancia que defiende la visión de los niños como agentes de su propia socialización. En tal sentido estudiar a los niños como agentes sociales es comprenderlos como participantes activos de la sociedad.⁴⁷ Es esta perspectiva precisamente la que asumen los estudios sobre JT, dado que en estas investigaciones la voz de los infantes es determinante para la humanización del cuidado, mediante un proceso de inclusión deliberado. Incluso esta mirada responde de manera explícita a los derechos de la infancia, de los cuales se comentó en el acápite anterior.

La “nueva sociología de la infancia” responde a los enfoques interdisciplinarios que las ciencias sociales y humanas han hecho sobre la infancia (por ejemplo, la historia, la filosofía, la sociología, la antropología), las que han puesto de relieve que las concepciones e interpretaciones de la infancia son moldeadas por los puntos de vista y prácticas locales. La “infancia” es una construcción social, que se articula en formas que expresan y perpetúan los intereses socio-políticos de un contexto, sus interpretaciones y sus estructuras.⁴⁷⁻⁵⁰

Según el Dr. Franco Carnevale, enfermero e investigador canadiense, líder del movimiento “*Voice*”, por sus siglas en inglés (Puntos de vista sobre una ética interdisciplinar de la infancia), la literatura de enfermería incluye muchos avances importantes en la promoción de enfoques centrados en el niño, no obstante, todavía existen lagunas significativas en el reconocimiento completo de las complejidades de la infancia dentro de la enfermería. Debe destacarse algunos avances clave en los enfoques de enfermería con niños, denominados “Enfermería infantil”, alejándose de las concepciones de “Enfermería pediátrica” que pueden centrarse más en las enfermedades que en la infancia.⁴⁹

La Enfermería infantil desafía los modelos de desarrollo dominantes basados en la edad que descartan las voces y experiencias de los niños como “inmaduras”. Propone un marco basado en la ética infantil que une los avances en la enfermería infantil con los de los estudios infantiles. Esta última parte del reconocimiento de los niños como agentes activos con capacidades e intereses para participar en las discusiones y decisiones que los afectan, y el interés superior como base fundamental para determinar los cuidados de enfermería que requiere un niño y que deben definirse de manera individualizada, informada por las aspiraciones e inquietudes expresadas por el niño. Este marco integra las dimensiones biológicas, relacionales y éticas del bienestar de los niños.^{48,50}

Escuchar las voces de los niños puede ayudar a fomentar una consideración respetuosa por sus experiencias y preocupaciones y promover su reconocimiento como agentes activos; es decir, personas que tienen intereses y capacidades para participar en discusiones y decisiones que les afectan a ellos y a otras personas. Comprender las voces implica un profundo discernimiento interpretativo de las declaraciones, los silencios y las expresiones corporales a la luz de las ideas relacionadas de otros y las "redes de significado" en el contexto circundante que puede ayudar a revelar los significados de sus voces.⁴⁸⁻⁵⁰

Hay cada vez más pruebas que demuestran cómo las capacidades de toma de decisiones y de participación de los niños son de manera habitual subestimadas. Por otra parte, los niños tienen puntos de vista morales que son significativos para ellos, los cuales pueden ser muy distintos de los adultos, y que son ignorados con frecuencia por los adultos.⁴⁶

El movimiento “*Voice*” se propone promover un mayor reconocimiento de las “voces” de los niños en los debates, decisiones y acciones que les afectan incentiva el reconocimiento de los niños como agentes morales activos. En las situaciones en las que

estos están por debajo de la edad o el nivel de la capacidad necesario para ser reconocidos formalmente como sujetos capaces de tomar decisiones que les afectan, se aboga por el uso del asentimiento. Si bien el consentimiento es practicado por la persona con la autoridad parental sobre el niño, también debería buscarse el asentimiento del niño. El asentimiento implica: (a) la optimización de la comprensión por parte del niño de su condición y de las pruebas y tratamientos propuestos y (b) la búsqueda de la cooperación voluntaria de los estos en la atención o servicios propuestos.⁴⁸⁻⁵⁰

El estudio que se presenta en esta tesis es afín con esas ideas, se reconoce por la autora el valor de reconocer el derecho de los niños a decidir. Es por ello, que, además, del requerimiento ético de solicitar consentimiento a la familia, se solicitó por escrito el asentimiento de los niños participantes.

Todo este análisis se corresponde con la concepción de la humanización del cuidado infantil, porque para ello primero se debe pensar en la atención centrada en el niño y con ello valorar sus experiencias, intereses y concepciones para su satisfacción. En segundo lugar, respetar sus derechos, tanto como niño, como los de la hospitalización y con ello influir en su bienestar.

De acuerdo a los análisis realizados hasta aquí, se puede considerar que la humanización del cuidado en la infancia precisa primero de tener en cuenta los derechos de los niños y dentro de ellos y muy relacionado con la atención centrada en el niño, se encuentran el derecho de su participación/a ser escuchado, registrado en el Artículo 12. De acuerdo a Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF),³⁸ la práctica generalizada es que el derecho del niño a ser escuchado se conceptualiza como “participación”, aunque este término no aparece explícitamente en el texto.

Para dicha organización la participación infantil en general es crucial en el cumplimiento de todos los derechos del niño. Además, de apoyar a quienes tienen la obligación de respetar, proteger y hacer efectivos dichos derechos, al ayudarlos a desarrollar sus capacidades para hacerlo, lo que implica la obligación de ayudar a quienes desarrollan la capacidad para reclamar sus derechos a través de mecanismos efectivos de participación, en ello se basa Artículo 12, “El derecho de todo niño a expresarse libremente”.³⁸

Basado en el análisis y cumplimiento de este artículo, la pedagoga y abogada de Irlanda del Norte, Laura Lundy, desarrolló un modelo que ha servido de base teórica a varios estudios sobre esta temática, incluso a la propia UNICEF en sus orientaciones metodológicas sobre la Participación de Niños y Adolescentes.^{11,51} El Modelo de Participación de Laura Lundy ha sido también referente teórico del estudio que se presenta en esta tesis. El mismo será analizado en el próximo acápite.

1.3. Modelo de Participación de Laura Lundy y su relación con la humanización del cuidado

El Modelo de participación infantil de Lundy, surge en 2007, publicado por primera vez en su artículo, “*La 'voz' no es suficiente*”¹¹ es uno de los artículos más citados sobre los derechos de los niños que incluye el modelo de participación infantil, donde se propone los cuatro conceptos clave: espacio, voz, audiencia e influencia. Ofrece una manera de conceptualizar el derecho del niño a la participación, con una metodología innovadora para realizar investigaciones participativas basadas en los derechos de los niños como se establece en el Artículo 12 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño.

Laura Lundy es abogada, codirectora del Centro para los Derechos del Niño, profesora de Derechos del Niño en la *Queen's University, Belfast* y en el *University College Cork*. Es editora adjunta en jefe del International de la *Journal of Children's Rights*. Ha desarrollado sus investigaciones en el interés particular de facilitar la comprensión pública de los derechos humanos de los niños a través de la coproducción de versiones de textos legales fáciles de usar.⁵¹

El modelo ha sido adoptado por organizaciones internacionales como la Comisión Europea y la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organizaciones no gubernamentales (ONG) globales como Visión Mundial y UNICEF. La profesora Lundy participa en varios proyectos internacionales donde se utiliza el modelo, entre ellos: Estrategia Nacional Irlandesa de Participación Infantil (2015); Marco Nacional para la Participación Infantil y Juvenil; Derecho humano internacional a la educación en Irlanda del Norte; implementación de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño en la ley y la política para UNICEF en el Reino Unido.⁵¹

Se citan otros estudios realizados por la Dra. Lundy, como por ejemplo: “*Opiniones de los niños sobre el gasto público*” (que involucró a 1693 niños en 70 países); “*Las experiencias de los niños como defensores de los derechos humanos*”, este informó al Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño en 2018; “*Experiencias de los niños con discapacidad en el entorno digital para el Consejo de Europa*”; “*Diálogo Global de los Derechos del Niño*”, una consulta con niños en las cinco regiones de la ONU este fue un proyecto para desarrollar un conjunto de indicadores de monitoreo de la implementación de la Convención de la ONU sobre los Derechos del Niño liderado por *Global Child*; y “*Participación para la protección*”, un proyecto de la Comisión Europea que desarrolla capacitación para profesionales, centrada en lo que realmente les importa a los niños que han sufrido violencia.⁵²⁻⁵⁴

Los proyectos actuales incluyen: “*Vidas excluidas*”, un estudio de todo el Reino Unido sobre las economías políticas de la exclusión escolar; en el que emplea una metodología de historia de vida para capturar las experiencias de los niños en la isla de Jersey; “*Covidunder19*”, donde se aplica una encuesta de 26 258 niños de 8 a 17 años en 137 países que captura sus vidas bajo el Coronavirus. Se desempeña, además, como asesora experta en participación infantil y ofrece capacitación sobre los derechos del niño a una amplia gama de varias organizaciones internacionales en diferentes países. Se mantiene activa en defender los derechos de los niños, e incluso escribió una guía sobre este proceso para UNICEF y la Comisión Europea. ^{11,51-54}

La autora de esta investigación asume el Modelo de participación infantil de Lundy publicado en la guía de la UNICEF. El mismo se presenta en inglés por no contar con la autorización legal de la autora del modelo para su traducción, como se observa en la figura 1.



Figura 1. Modelo de participación infantil de Laura Lundy. Tomado de: *Guidance on Child and Adolescent Participation*

El Modelo de participación infantil de Lundy incluye cuatro elementos clave a tener en cuenta al involucrar a niños y jóvenes en procesos participativos, este modelo le permite al investigador comenzar por el espacio y la voz, aunque puede iniciar por la audiencia e influencia. Se puede aplicar en cualquier investigación relacionada a los derechos de los niños, donde es fundamental su participación, que no se limiten sus opiniones y que colaboren en las decisiones que los afectan. A continuación, se describen los cuatro elementos del modelo Lundy.^{11,51-54}

Espacio: comprende la posibilidad de proporcionar un espacio seguro e inclusivo para que los niños expresen sus puntos de vista.

Esta dimensión incluye dos elementos importantes, la ubicación y el tamaño y la dinámica del grupo. En la primera se refiere al hogar del niño, ludotecas, en las escuelas, en los centros extraescolares, en los espacios verdes o áreas de juego. Se recomienda tener cuidado de evitar espacios y entornos que puedan alterarlos, como las oficinas de servicios sociales, campamentos de refugiados, entornos de justicia penal.

Para el tamaño y la dinámica del grupo, según la autora, deben buscarse espacios donde se puedan realizar dinámicas del grupo, como, por ejemplo; en un entorno grupal, un taller de participación para buscar de manera activa aportes de varios niños y adolescentes, también puede ser en grupos pequeños o en una sesión individual.^{11,51-54}

Esta última fue la empleada en el estudio que da salida a la tesis.

Voz: se basa en proporcionar la información adecuada, que facilite la expresión de sus opiniones.

Entre los aspectos de esta dimensión se hace referencia a explicarles por qué es importante su participación, cómo funciona el proceso, qué apoyo sienten, qué necesitan, con quién les gustaría interactuar, quién creen que debería estar involucrados,

cómo les gustaría ser incluidos. Se puede observar una relación estrecha con la concepción de la enfermería infantil comentada en el acápite anterior.^{11,51-54}

Esta dimensión comprende la posibilidad de facilitar la información básica y necesaria para que entiendan el panorama general de la prestación de servicios a la que van contribuir, explicar sus derechos y la importancia de que expresen su voz, para que ofrezcan aportes si se les brindan diferentes opciones. Es importante que sepan que este es un proceso voluntario y que la no participación también es una opción para ellos. Se debe usar un lenguaje simple, no influir en su forma de pensar, animarlos a realizar preguntas si no están seguros, que expresen sus ideas y se sientan cómodos.

Audiencia: asegurarse de que las opiniones de los niños se comuniquen a alguien que tenga la voluntad y la responsabilidad de escucharlos.^{11,52-54}

Para ello se recomienda, garantizar que los encargados de tomar decisiones en todos los niveles entiendan la importancia de la participación de los niños. Estos deben saber con quién se comparte sus puntos de vista y manejar las expectativas con los niños sobre cómo se usarán y considerarán sus puntos de vista. Los participantes confiarán mucho en los facilitadores, por lo que es importante ser abierto y transparente sobre cómo se utilizarán sus puntos de vista y con quién se compartirá, para que los niños no se sientan traicionados.

Influencia: comprende garantizar que las opiniones de los niños se tomen en serio y se actúe en consecuencia.^{11,52-54}

Esto puede incluir involucrar en la promoción a los tomadores de decisiones para fomentar que las opiniones de los niños se consideren seriamente de manera equilibrada. La autora sugiere como una de las variantes usar campañas de comunicación para ganar visibilidad y conciencia sobre la participación de niños,

jóvenes y padres y las opiniones de los niños. También argumenta la posibilidad de hacer un trabajo preparatorio para garantizar que los encargados de formular políticas y tomar decisiones en todos los niveles entiendan la importancia de la participación de niños, adolescentes y padres y estén dispuestos a integrar estos puntos de vista en sus programas.^{11,52-54}

Además, refiere que podría incluirse trabajar con los niños y adolescentes para identificar quién necesita qué información y qué información es relevante para qué partes interesadas específicas al realizar la gestión de casos. Asegurarse de que los niños sepan con quién se comparten sus puntos de vista y manejar las expectativas con los niños sobre cómo se usarán/considerarán sus puntos de vista.^{11,52-54}

Para UNICEF dar legitimidad a las voces de los niños, tiene un papel importante, así como enfatizar constantemente en el valor de que los tomadores de decisiones utilicen de manera significativa las opiniones de los niños al tomar decisiones. Ya sea que se hayan tomado en cuenta las opiniones de los niños o no, es necesario dar retroalimentación a los participantes sobre lo que se decidió y por qué.⁴⁵ También se debe manejar las expectativas con los niños. Si dan muchos aportes y no los ven reflejados en los programas, podría ser decepcionante y privarlos de sus derechos. Si no se tomaron en cuenta sus puntos de vista, es vital explicar por qué no y asegurarse de que los niños sean conscientes de otros factores que influyeron en el proceso de toma de decisiones. Es preciso brindar comentarios y explicaciones sobre cómo se usaron sus puntos de vista y cómo se obtuvieron los resultados.

En congruencia con el empleo del Modelo de participación infantil de Lundy se estableció el paralelismo de las dimensiones del mismo en el estudio que da salida a la

tesis. Lo cual se explica a continuación, mediante la figura 2 y las correspondientes descripciones de la misma.

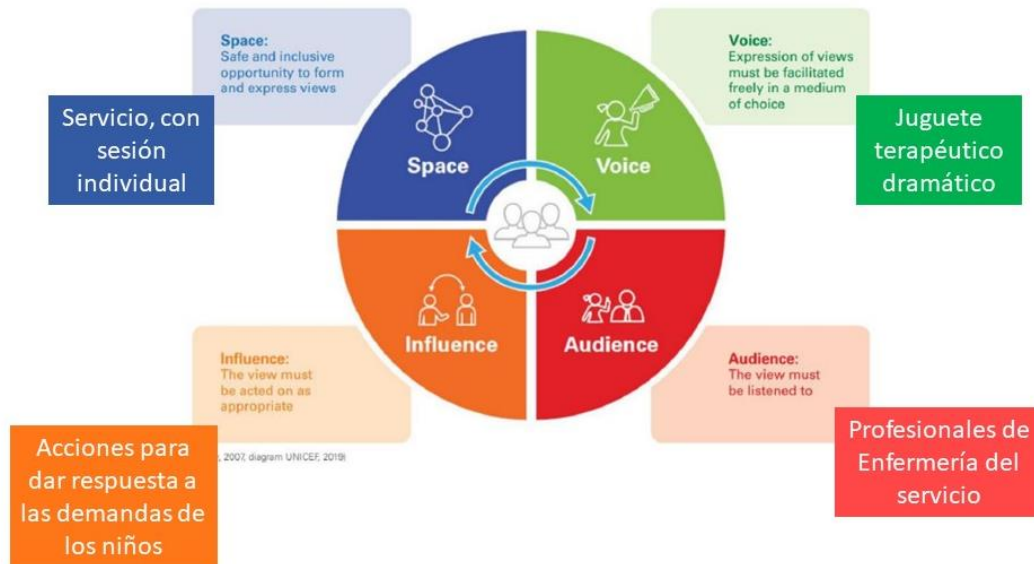


Figura 2. Modelo de participación infantil de Laura Lundy. Inclusión de las dimensiones en la perspectiva del estudio.

Como la investigación realizada empleó la metodología participativa, ofreció la posibilidad a las profesionales de enfermería de funcionar como "Audiencia". Estas se convirtieron en defensoras de sus derechos, dado que se aseguraban de garantizar que las opiniones de los niños fueran escuchadas. La implicación de realizar un cuidado humanizado consintió en tener la voluntad y responsabilidad de solucionar las demandas que emergían de los infantes. Basado también en los preceptos de la referencia de la atención centrada en el niño.

La "Influencia" fue la consecución de la audiencia, dado que se realizaron una serie de acciones para dar solución a las demandas de los niños. En ellas se involucró todos los profesionales del servicio, se tomaron en cuenta los puntos de vista de los niños desde su mirada. Además, se les retroalimentó hasta donde había sido posible dar solución a sus demandas y mantener los espacios para nuevas opiniones de ellos.

El “Espacio” que utilizaron los profesionales de enfermería, fue el servicio de sala K. Es una sala de pediatría donde se cuenta con 32 camas, 14 cubículos independientes. En ella se ingresan niños de 7 a 18 años de edad, con diferentes diagnósticos ortopédicos y traumatológicos, en su mayoría de largas estadías. Estos infantes pueden ser de diferentes lugares del país, por lo que en muchos casos se encuentran alejados de la familia. Este espacio cumple con los requisitos que acuerdo al modelo, como se explica en el siguiente párrafo.

Según las recomendaciones del modelo Lundy, el servicio posee espacios abiertos donde ellos se sienten seguros para expresar sus puntos de vista. Tiene buena ubicación y tamaño suficiente para realizar dinámicas de grupos. Además, posee condiciones para realizar dinámicas de manera privada, con respeto a la individualidad.

La “Voz” es representada por la posibilidad que se les ofreció a los niños mediante secciones de trabajo individuales en las camas, donde se sintieron libres de expresar sus opiniones, con un entono tranquilo, relajado. Ellos expresaron sus opiniones mediante el JT, una herramienta eficaz en la comunicación con los niños, una forma segura de ser escuchados.

La dinámica de JT facilitó la expresión de sus opiniones, cómo medio de comunicación para promover la voz de los niños y cumplir con los derechos establecidos en el Artículo 12 de la CDN. Se les brindó el apoyo necesario y facilitó la herramienta para que pudieran expresar sus inquietudes y opiniones. El JT permite a los niños sentirse relajado, liberan el estrés al que están sometidos durante la hospitalización, ayuda a que se sienta seguro en transmitir sus opiniones a los profesionales de enfermería porque es el medio para fortalecer la relación entre ambos. Con relación a esta tecnología se profundiza en el siguiente acápite.

1.4. Juguetes terapéuticos como tecnología de cuidado

El derecho de jugar es reconocido como una necesidad y es considerado por la Declaración de los derechos de la infancia de las Naciones Unidas, tan fundamental como la alimentación, tratamiento médico, abrigo, educación y amor de los padres.^{1,38} Además, se describe que jugar es fundamental para el desarrollo en la infancia, dado que desarrolla la imaginación, iniciativa, curiosidad, interés, cooperación, atención, concentración y la memoria. Es una actividad dinámica que facilita la comunicación y les permite expresar sus sentimientos. El equipo de enfermería debe reconocer esa necesidad para incorporarla en el cuidado diario prestado a pacientes pediátricos.^{55,56}

El juego es la principal forma de expresión global de los niños. Por otra parte, los cuidados psicosociales a infantes hospitalizados cobran cada vez más importancia en los modelos de atención sanitaria integral. El juego aparece como un elemento fundamental de estos cuidados, tanto por su capacidad para promover un desarrollo equilibrado de los niños, como por las posibilidades terapéuticas que ofrece para mejorar la autoestima y aprender recursos de control y expresión emocional, o mejorar las relaciones entre los niños enfermos y su entorno.^{42,46, 56-59} Para estudiosos del tema como Freud, Piaget y Vygotsky el juego constituye un aspecto central del proceso de desarrollo Infantil.⁵⁹

Sin el juego, la persona no puede desarrollar su creatividad, su imaginación, su afectividad, su socialización, su espíritu constructivo, su capacidad crítica y su capacidad de comunicación y sistematización, por tanto, se habla de una actividad esencial para el desarrollo integral de la persona.⁵⁹ En tal sentido se debe considerar la necesidad del juego en cualquiera de las circunstancias en las que se encuentre un niño, como es el caso de la hospitalización.

Al considerar que el juego aporta múltiples beneficios a los niños, que ante situaciones especiales como la hospitalización se convierte en un instrumento esencial para reducir la ansiedad, el estrés, y el de los padres, así como para facilitar la elaboración y aprendizaje de estrategias de afrontamiento.⁵¹ Durante la hospitalización el juguete terapéutico favorece los efectos negativos de la misma y ofrece bienestar a los niños.
28,57, 59

El juego en el hospital es un derecho, posee un papel importante en la vida del niño, es crucial para su desarrollo motor, emocional, mental y social, proporciona bienestar y autoconfianza. Es una forma de comunicarse con el medio, de expresar sus fantasías, sus deseos, sus experiencias vividas, sus conflictos, lo utiliza para mitigar sus sufrimientos.^{42,56-59}

A través del juego, los niños aprenden valores, normas, roles, conductas, actitudes, interiorizan conceptos y desarrollan capacidades, exploran el mundo que les rodea, lo comprenden y se relacionan con él, se relacionan socialmente, conocen rasgos de su cultura, desarrollan su pensamiento e inteligencia, se integran en el mundo adulto y se divierten. Es decir, el juego, contribuye positiva y significativamente al desarrollo integral en la etapa infantil Y es, además, un importante vehículo que tienen los niños para aprender y asimilar nuevos conceptos, habilidades y experiencias.^{55,58} De ahí la valoración del juguete terapéutico como una herramienta que ayude a los infantes a entender y expresar sus experiencias en el proceso de hospitalización, así como canalizar sus dudas, miedos e incertidumbre.

Varias experiencias de hospitales de otros países muestran la eficacia de la incorporación de las actividades lúdicas como estrategia de mejora de la calidad de vida de los niños hospitalizados. Ellas constituyen una intervención relevante para la

enfermería pediátrica, dado que es necesario para su aplicación, articular acciones destinadas a aumentar la sensibilidad en estos servicios y para mejorar el bienestar infantil.^{60,61} Hacer que Los Derechos del Niño deben constituir un marco referencial permanente para los profesionales de la salud y las instituciones, aplicarlos a todos los espacios donde se desarrolla la vida de los menores y en el caso de los infantes hospitalizados es deber de las instituciones de salud hacer cumplir estos derechos.⁵⁹ Los programas de vida infantil son un componente importante de los hospitales pediátricos, centrar el cuidado para abordar las preocupaciones psicosociales que acompañan la hospitalización y otras experiencias de atención de salud.

Es un derecho jugar y es un componente esencial en la vida de los infantes, los beneficios de esta práctica como actividad normalizadora para pacientes pediátricos es particularmente valioso, para los niños que están ansiosos o luchando para hacer frente a circunstancias estresantes. Los servicios de pediatría mejoran la calidad del cuidado y resultados en la atención pediátrica, así como la experiencia del paciente y la familia para afrontar los efectos negativos durante la hospitalización,^{12, 14,16,17,60,61} con resultados positivos para la salud de los niños.^{12,14,16}

El uso JT como tecnología de cuidado es utilizado por los profesionales de enfermería para mejorar la calidad de la atención. Se realiza con el objetivo de disminuir la ansiedad, miedo y dudas asociadas a una situación no habitual en la vida de infantes y para auxiliar en la preparación de procedimientos terapéuticos. Es indicado para cualquier niño en situación de estrés y puede ser desenvuelto por profesionales de diversas áreas, siendo enfermería una de ellas, es cada vez más utilizado en la perspectiva de la humanización del cuidado infantil.⁶²

El JT tiene diferentes modalidades que pueden ser aplicadas durante la hospitalización. Una sesión que se inicia con una modalidad puede acabar transformándose en otra durante el juego. No son los juguetes los que son terapéuticos, es el juego y la conducción del mismo lo que lo hace terapéutico. Se debe permitir a los infantes total libertad de expresión.^{1,2,14,17,62} En el estudio que da salida a esta tesis se utilizó el dramático, su descripción se puede leer en detalle en el segundo capítulo.

Los principales tipos se describen a seguir.

- Dramático. En este los niños y niñas descargan las emociones, dominan la situación, revelan sus necesidades, exploran los límites, permiten reconocerse mejor, cuestionan y reflexionan sobre la realidad.
- Capacitador de funciones. Se utilizan las funciones fisiológicas, permite potencializar las funciones orgánicas, enseña al infante sobre las funciones diarias.
- Instruccional. Se prepara a los infantes para los procedimientos, van a expresar sus dudas, miedos y temores.

Se reconoce que el JT ofrece ventajas que benefician la salud y recuperación del niño en el hospital, dentro de ellas se encuentran que favorece la autonomía y el autocontrol, ayuda a lidiar con el ambiente desconocido, minimiza sus miedos causados por la separación de sus familiares y de los amigos. Otras ventajas descritas se relacionan con el fortalecimiento de la relación del niño con los profesionales de enfermería, dado que, por su área de acción con el cuidado, los conocimientos y sensibilidad al respecto, pueden ser los más capacitados para identificar los sentimientos y las causas de estrés alrededor de la terapéutica que reciben los niños y por consiguiente uno de los profesionales más indicado para su utilización.^{1,62}

Asimismo, los prepara para los procedimientos estresantes, mediante la simulación de situaciones hospitalarias por medio de las cuales, los niños recibirán explicaciones sobre los procedimientos a los que serán sometidos. Con ello descargan la tensión después de dramatizar los procedimientos y de interactuar con los instrumentos utilizados o juguetes que los representan. En esta perspectiva los ayuda a recuperarse de forma positiva. Reduce el estrés y la necesidad de sedación en algunas intervenciones. Ofrece beneficios a largo plazo, con respuestas de comportamientos más efectivos para enfrentar experiencias futuras.⁶⁰⁻⁶²

Se describe que el JT permite a los profesionales de enfermería comprender sobre las necesidades individuales y emociones de niños. Facilita establecer un vínculo de confianza con la enfermera que juega un rol fundamental en la triada pediátrica. Por lo que su empleo como mediador para la humanización del cuidado es fundamental.^{58,60-62}

Es por ello que esta tecnología va a contribuir en la ampliación de la asistencia humanizada y optimizar la calidad de la atención de los servicios de pediatría de la institución, dada la posibilidad que ofrece en la preparación del infante ante la espera de lo que va a suceder. Con el JT se proporciona la manipulación del material, el juego de rol, con lo que se facilita el conocimiento sobre los procedimientos a que serán expuestos. Se convierte en una vía mediante la cual puede expresar sus sentimientos, preocupaciones, favorece el afrontamiento y la adaptación de experimentar situaciones traumáticas y estresantes, e influye de manera positiva en su recuperación física y emocional. Esta tecnología está descrita como un recurso para la enfermería pediátrica que viabiliza el afrontamiento de los infantes en el proceso de enfermedad y hospitalización.^{12,14,16, 50}

Además, favorece que el niño o adolescente se enfrente a las adversidades del nuevo contexto para él y se convierte en un medio de comunicación que revela singularidad y brinda confianza entre ellos, profesionales y familias. Estas últimas reconocen la fuerza del JT como aliado para la seguridad ante el ingreso hospitalario y los miedos inherentes a la situación de hospitalización.^{23, 30,56}

Es de destacar que, según los estudios de varios países, dentro de ellos Brasil, al estructurar el JT a través de un modelo asistencial se promueve el cuidado de enfermería con una asistencia específica, sistematizadora, que une científicidad y práctica.¹⁶ Con el empleo de esta tecnología en los servicios y su aprobación como parte de la práctica cotidiana, los modelos de atención pediátrica pueden ofrecer una atención más personalizada y con ello humanizar el cuidado.

Con el uso del JT y sus modalidades para la preparación psicológica como herramientas, en colaboración con el equipo de profesionales y la familia facilita el afrontamiento y el ajuste en ocasiones y en circunstancias que de otro modo podrían resultar abrumadoras para los pacientes y familias.¹⁷ Un ejemplo de ello son las dinámicas de juguete instructivo muy utilizadas para la preparación psicológica de procedimientos invasivos, en las que el niño realiza el procedimiento con un muñeco antes de que sea aplicado a él, con ello disminuye la ansiedad y el miedo.

La hospitalización puede ocasionar trastornos en el niño internado como consecuencia de la carencia más o menos larga del clima familiar, que incluye la separación de la familia, la introducción en un ambiente extraño y la privación de las relaciones afectivas propias de su grupo de edad.²³ El bienestar infantil debe ser una premisa en las estrategias de atención de las instituciones hospitalarias, donde se busquen alternativas

que minimicen los efectos de la hospitalización, el juguete terapéutico puede ser una de ellas.

El ingreso hospitalario, bien sea para diagnóstico, revisión o tratamiento, enfrenta al niño a integrarse en un nuevo sistema que origina una importante fuente de conflictos y tensiones. El niño dejará sus actividades habituales de estudio, juego, hábitos alimenticios y de sueños para encontrarse en un medio hostil que provoca inseguridad, miedo, dudas, temores. Es deber de los hospitales y de sus funcionarios ayudar a atenuar y sobrellevar este momento difícil en la vida de los niños y proporcionarle las mejores condiciones durante su permanencia en la Institución.^{17,23} El JT dentro de sus beneficios también se registra la posibilidad de desarrollar estrategias de afrontamiento adaptativas, tanto en contextos cotidianos, como en situaciones estresantes, tales como las hospitalizaciones, dado que mediante su uso liberan las tensiones y emociones.¹⁴

En el análisis de este capítulo se debe destacar la integración de referentes que dan salida a la tesis, es el caso de la relación que existe entre la atención centrada en el niño y el Modelo de participación infantil de Lundy, en ambos es el niño el centro de la atención y la integración de sus demandas y criterios son básicas para cualquier transformación que se vaya a planificar. Con lo cual se logrará cumplir sus derechos e incidir en su bienestar, ello involucra a la humanización del cuidado, al respecto la tecnología de JT es una variante que puede ayudar a dichos propósitos.

Conclusiones del capítulo

Los derechos del niño y el bienestar infantil son la base fundamental del cuidado centrado en el niño como parte de la humanización, dado que la atención a la salud infantil debe respetar primero que todo la posibilidad de participación de los infantes

como personas en desarrollo y con posibilidades de elección al cuidado que precisan recibir.

El Modelo de Participación de Laura Lundy fue un referente magnífico para el estudio por su componente participativo y de derecho de la infancia y su relación con la humanización del cuidado. En tal sentido permitió la integración de los componentes del modelo en la investigación.

Juguete terapéutico como tecnología de cuidado constituye una herramienta probada en los servicios de salud infantil, sus ventajas han sido estudiadas y han propiciado en muchos países que sean aprobados como práctica de cuidados en los servicios.

**CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO QUE SUSTENTA EN EL
EMPLEO DEL JUGUETE TERAPÉUTICO PARA LA HUMANIZACIÓN DEL
CUIDADO INFANTIL**

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO QUE SUSTENTA EN EL EMPLEO DEL JUGUETE TERAPÉUTICO PARA LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO INFANTIL

Lo que se persigue en la investigación con la puesta en práctica de la tecnología de juguete terapéutico, es brindar un cuidado centrado en el niño dándole voces a los infantes, con el modelo de participación infantil de Lundy para la humanización del cuidado, con el referente del artículo 12 de la CDN. En el contexto hospitalario y así promover una adecuada adaptación de los pacientes a la experiencia de la enfermedad y la hospitalización.

De acuerdo a estos referentes y a los analizados en el primer capítulo de la tesis, se estructuró la investigación basada en el paradigma cualitativo. Con esta lógica se escribió el capítulo, cuyo objetivo es presentar los referentes metodológicos que guiaron el estudio y permitieron realizar la secuencia de las diferentes etapas.

2.1. Tipo y contexto de estudio

Se realizó una investigación de desarrollo del tipo investigación +desarrollo +innovación (I+D+i), mediante un estudio cualitativo de investigación acción participativa. En el CCOI “Frank País”, durante el período de diciembre de año 2019 a junio del año 2022.

El CCOI “Frank País” tiene un total de 16 salas para la atención a pacientes hospitalizados, de ellas dos son de pediatría, la sala D, que atienden a niños menores de 7 años y la sala K donde se atienden infantes de 7 años hasta 18. Este servicio tiene como característica las largas estadías, las poli-cirugías y los procedimientos invasivos. En el periodo que se realizó el estudio las dos salas se encontraban unidas en sala K, por lo que el equipo de investigación trabajó en esa sala.

Por lo que el contexto de estudio fue el servicio de pediatría de la sala K. La misma cuenta con 32 camas en 14 cubículos independientes. En ella se ingresan niños con diferentes diagnósticos ortopédicos y traumatológicos, en su mayoría de largas estadías. Estos infantes pueden ser de diferentes lugares del país, por lo que en muchos casos se encuentran alejados de la familia.

2.2. Población y algoritmo de estudio

Población de estudio:

La técnica de JT que se empleó, precisaba que los niños supieran dibujar, es por ello que sólo se aplicó la investigación a los que cumplían con esta condición. En la sala de estudio son hospitalizados como promedio entre 25 y 30 niños en un mes. Los participantes fueron el universo de niños, adolescentes y sus acompañantes, que ingresaron durante un mes en el servicio (del 4 de mayo al 3 de junio del año 2022), el total fue de 19.

Para la validación de la escala facial de las emociones que se empleó con el objetivo de explorar las emociones, se seleccionaron 30 infantes (15 de cada sexo). Como el propósito era identificar la comprensión de los niños en las edades que se aplicaría la investigación, el muestreo empleado fue por oportunidad, es por ello que se incluyeron vecinos de los investigadores, hijos y nietos de enfermeras del hospital, que accedieron a participar. Se incluyeron dos de cada sexo por edad de 3 a 18 años.

Dentro de la población de estudio también se incluyó el universo de enfermeras que se desempeñan en el servicio de pediatría (30). De ellas ocho son licenciadas, 22 técnicas de Enfermería, la mayoría poseen más de cinco años de experiencia en el servicio.

Algoritmo metodológico:

Según Hernández Sampieri,⁶³ los estudios de investigación-acción se concentran en resolver problemáticas de diferentes índoles, están basados en fases cíclicas o en espiral de identificación de la problemática, elaboración de un plan, su implementación y evaluación, así como la realimentación (observar, pensar, actuar y revisar). En correspondencia con esa lógica se realizó el diseño del estudio. Para su mejor comprensión se elaboró un algoritmo metodológico que aparece a continuación en la figura 3.

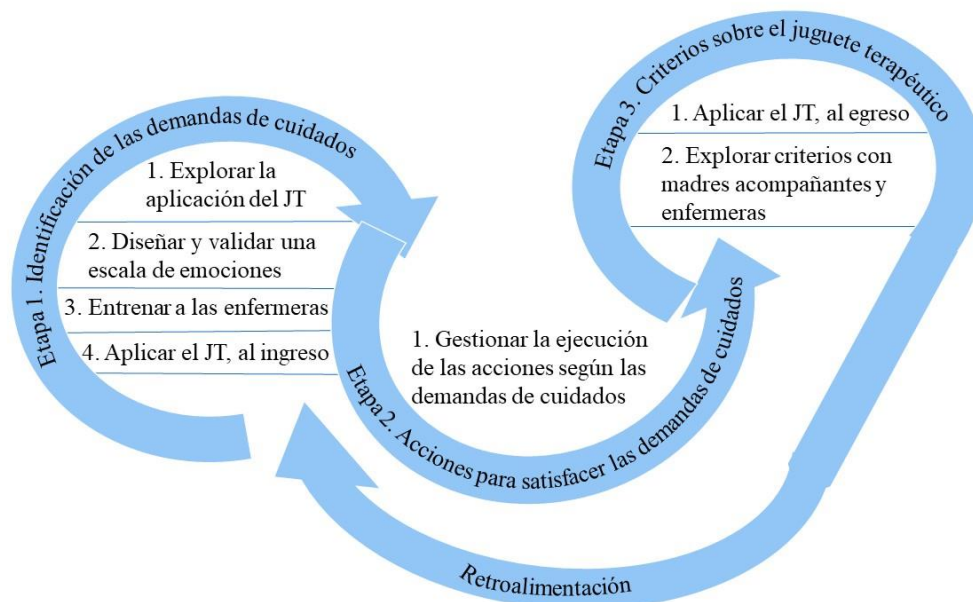


Figura 3. Algoritmo metodológico que representa el diseño del estudio. Elaborado por la autora.

Como puede observarse el estudio se estructuró en tres etapas que se corresponden con los objetivos y en cada una de ellas se organizaron las tareas de investigación. En los acápites siguientes se explicará cada etapa.

2.3. Etapa 1. Identificación de las demandas de cuidado infantil

Esta etapa comprendió cuatro tareas: 1) explorar la aplicación del Jugete Terapéutico, 2) diseñar y validar la escala facial de las emociones, 3) entrenar a las enfermeras para la aplicación del JT y 4) aplicar al ingreso el JT. A continuación, se explica cada una.

Tarea 1. Explorar la aplicación del Jugete Terapéutico

Para la identificación de las demandas de cuidado se utilizó el JTD con la técnica "Dibujar, escribir y contar" (D.E.C).^{64,65} La decisión de aplicar la dinámica en el estudio responde a que la técnica ha sido aplicada con éxito en estudios similares.^{64,65} Con el objetivo de entrenar al equipo de investigación y, además, porque no había antecedentes de su empleo en la institución, se realizó un pilotaje, según se recomienda en la investigación cualitativa.

La técnica D.E.C, como JT dramático ofrece la posibilidad de que mediante el dibujo y la escritura el niño pueda responder y reflexionar de acuerdo al objetivo del estudio. En ella se le debe entregar materiales para realizar el dibujo y efectuar la pregunta sobre la cual se espera que el diseñe y que pueda escribir palabras o frases, si lo desea. Se le facilita un tiempo para ello y a continuación, basado en el dibujo él cuenta, durante su narrativa, se pueden hacer otras preguntas para profundizar.^{64,65}

El pilotaje fue aplicado a diez infantes (siete niños y tres niñas) ingresados con diagnóstico de Covid-19 en los servicios de pediatría del Hospital Ortopédico "Frank País", en el período de 22 de marzo al 4 de abril del 2021. Se aplicó la técnica a niños con este diagnóstico, porque el centro había cambiado su misión de hospital Ortopédico a hospital Antiepidémico, debido al aumento de los casos pediátricos positivos de la enfermedad en el país.

La dinámica D.E.C se realizó en dos momentos, en el primero mediante la interacción de los investigadores con los participantes se les explicó en qué consistía el procedimiento y se solicitó, como parte de los aspectos éticos, su asentimiento y consentimiento de la familia. Se les invitó a dibujar y escribir mediante la pregunta: ¿Qué te gustaría que hiciera la enfermera para mejorar la estancia en el hospital? Se le ofreció el material necesario como colores, crayolas, hojas y se les dio un tiempo de 20 minutos para realizar los dibujos.

En el segundo momento se invitó a los niños describir los dibujos y explicar el porqué de las palabras escritas en respuesta a la pregunta. El aspecto central de la recopilación de datos implicó que la investigadora pidiera a los niños que explicaran su dibujo y cualquier palabra que hayan escrito. Por lo tanto, se capturó la interpretación del propio niño de su dibujo, y se registraron estas narrativas, se transcribieron y analizaron. Según describe la técnica D.E.C. Es importante aclarar que la técnica describe que los dibujos de los niños no están sujetos al análisis, sino que estos se usan de intermediario para obtener los relatos que representaron los dibujos; no obstante, fueron fotografiados como evidencia.

Para el análisis de datos, las narrativas fueron grabadas, transcritas y agrupadas en un cuerpo textual y se utilizó la técnica de análisis de contenido de Bardin,⁶⁶ con el empleo de sus tres fases correspondiente: 1) pre-análisis, 2) exploración del material y 3) tratamiento de resultados, inferencia e interpretación. Para la descripción de las narrativas que respaldan las categorías emergentes se codificaron los discursos de los niños como “No” y las niñas como “Na”, y se organizaron de acuerdo al orden de realización de cada técnica.

Tarea 2. Diseñar y validar la escala facial de las emociones.

Para explorar las emociones con relación a la aplicación del JT fue necesario diseñar y validar una escala que permitiera dicha exploración. Para ello se organizaron los siguientes pasos: 1) revisión bibliográfica, 2) diseñar la primera propuesta facial de las emociones, 3) validar la primera propuesta de la escala. A continuación, se explica cómo se hizo cada una.

- 1) Revisión bibliográfica, para ello se realizó una búsqueda de escalas lúdicas y se encontraron seis artículos ^{29,67-71} que utilizan escala para niños, una de las más empleadas es la escala de Wong-Baker, ⁶⁷ que ha sido usada para explorar el dolor, ^{29, 67,71} la ansiedad, ^{29, 68,70} y el miedo. ^{68, 62,70} Es por ello que se decidió a partir del concepto de las expresiones de los rostros mediante imágenes, diseñar una escala para las emociones. No obstante, que no se hizo adaptación de la escala de Wong - Baker, se solicitó un acuerdo de licencia a la Wong-Baker FACES Foundation para el empleo de la idea original de utilizar las caritas como referentes.
- 2) Diseñar la primera propuesta de la escala facial de las emociones, esta tarea se inició con el contacto con una diseñadora a la que se le solicitó realizar los dibujos de las imágenes que representan diferentes emociones, que se pretendía registrar a partir del empleo del JT. En tal sentido se obtuvo una primera propuesta (Anexo 1), en el que las imágenes de las emociones incluidas fueron: muy feliz, feliz, triste, muy triste, enojado, nervioso, con dudas, asustado, preocupado, sorprendido, cansado.
- 3) Validar la primera propuesta de la escala facial de las emociones, para ello se solicitó la participación de 30 niños en las edades 3 a 18 años, dos de cada sexo por edad, de manera que en cada edad hubiera un niño y una niña, como se explicó en el acápite 2.2. A cada uno por separado se le mostró la escala y se le preguntó ¿Qué

representa esa carita para ti? Como en los resultados obtenidos hubo expresiones que algunos niños no pudieron identificar, fue necesario hacer ajustes a la primera versión de la escala y con ello se obtuvo una segunda propuesta. Con la misma se realizó una segunda ronda en la que participó el mismo grupo de niños y niñas y se repitió el procedimiento de la primera ronda con la misma pregunta. Con los resultados de esta segunda ronda quedó validada la escala de emociones y su forma de evaluarla. Que incluyó, además, comentar el porqué de su emoción, lo cual se debe escribir por la enfermera en el propio documento de la escala.

Tarea 3. Entrenar a las enfermeras para la aplicación del JT

Basado en que las enfermeras son las que aplicarían la dinámica de JT y que en la revisión de los planes de estudio de la formación de Enfermería ⁷²⁻⁷⁶ no se encontraron contenidos de estos temas, ni tampoco en las formaciones de postgrado como la Especialidad de Enfermería Pediátrica ⁷⁷ y la Maestría en Ciencias de la Enfermería,⁷⁸ fue necesario realizar un entrenamiento. El mismo fue acreditado en la Universidad de Ciencias Médicas Victoria de Girón (Anexo 2) con su correspondiente programa (Anexo 3). Los objetivos fueron identificar los principales aspectos teóricos y prácticos de la nueva tecnología (JT) que sería usada en el servicio y aplicar la dinámica DEC.

El entrenamiento se realizó en forma de taller y se tituló “Aplicaciones del Juguete Terapéutico en servicios de ortopedia y traumatología pediátrica”. Se realizó en el mes de marzo del año 2022 con un total de 30 enfermeras cuyas funciones se relacionan con los servicios de pediatría. La evaluación comprendió la práctica en el servicio mediante la aplicación de la dinámica de JT. Al finalizar se realizó una dinámica grupal para indagar sobre lo positivo, negativo e interesante, la sesión fue grabada, transcrita y

analizada. Se codificó a las enfermeras con la letra "E" y se colocó un número en el orden en que emitieron sus juicios.

Tarea 4. Aplicar el JT, al ingreso

Posterior al entrenamiento del personal de enfermería y la validación de la escala facial de las emociones, se incorporó en el servicio la aplicación de la dinámica de JT. Se comenzó primero al ingreso, así se podía conocer las demandas de atención desde la perspectiva de los niños.

Al ingreso de los niños, se les explicó que en el servicio existía un estudio para conocer sobre cómo les gustaría que le brindaran los cuidados. Con ello se pretendió ofrecer una atención centrada en el niño, dándole voz mediante el juguete terapéutico. Así era posible conocer las emociones y la forma de brindar un cuidado humanizado e individual a cada infante, según sus propias demandas.

El procedimiento empleado se organizó con varios pasos, primero preguntar a los niños mediante la escala facial de las emociones cómo se sentían y después se aplicaba la dinámica de DEC, por lo que se les invitó a dibujar y escribir mediante la pregunta: ¿Qué te gustaría que hiciera la enfermera para mejorar la estancia en el hospital? El lugar empleado fue el espacio individual de su habitación, en sus camas. Se les ofreció el material necesario para realizar la dinámica y un tiempo de 20 minutos, los investigadores se quedaron cerca, pero sin interferir, solo observaban.

Para el segundo paso se les solicitó que describieran sus dibujos y cualquier palabra escrita. Se grabó, transcribió y analizó los discursos de los niños de las entrevistas mediante el análisis de contenido de Bardin,⁶⁶ igual al realizado en la primera tarea. Al finalizar la dinámica se volvió a utilizar la escala facial de las emociones. Los

resultados se incluyeron en la primera evolución de enfermería, lo que fue utilizado de guía para la atención individualizada.

2.4. Etapa 2. Acciones para satisfacer las demandas de cuidados

En esta etapa se realizó la tarea de gestionar la ejecución de las acciones según las demandas de cuidados, para ello después de realizado el análisis de las entrevistas, se procedió a dar prioridad a las demandas que emergieron. El equipo de investigación se reunió en la oficina de la jefa de sala y se realizó una entrevista en la que se presentaron las demandas y se analizó la solución por parte de Enfermería. En el análisis, la mayoría de las demandas realizadas por los infantes no era posible la solución por parte de la jefa de la sala, sino que se precisaba involucrar a otros gestores. Es por ello que fue necesario implicar, además, a otros directivos de alto nivel, como el Director general y la Jefa del departamento de enfermería del centro.

Se organiza la entrevista en la dirección del hospital con el Director del centro, administrador, Jefa de sala e investigador principal, se presentan las demandas que no pudieron solucionarse y se le entrega por escrito las necesidades para darle solución. Quedó aprobado por su parte lo que dependía de su nivel de autoridad.

Se procedió a la entrevista con la jefa del departamento de enfermería del hospital y coordinadora del grupo de doctorado, la sesión se realizó en su oficina con la jefa de sala e investigadoras del equipo, se le realizó el planteamiento de las solicitudes que responden al departamento de enfermería, por lo que se aprueba la demanda relacionada con su nivel de autoridad. Después de realizadas las entrevistas con los directivos involucrados, las respuestas a las demandas se le informaron a los niños y las familias involucradas, de acuerdo como establece el Modelo de participación infantil de Lundy.

2.5. Etapa 3. Evaluación de la satisfacción de los cuidados de Enfermería

Dado que la satisfacción de los cuidados es referencia de una atención de calidad se aplica la tercera etapa, la que comprendió dos tareas, aplicar el JT al egreso y explorar criterios de las madres acompañantes y de las enfermeras sobre la aplicación del JT. La descripción de las mismas se explica a seguir.

Antes del egreso de los niños se aplicó de la misma manera la dinámica de JT de DEC, con el objetivo evaluar los cuidados de enfermería recibidos durante su estancia en el servicio, con la pregunta ¿Cómo te sentiste con las enfermeras y la forma que te cuidaron? Los datos se recogieron y analizaron con el mismo procedimiento que en la tarea 4 de la etapa 1.

Esta etapa comprendió también la entrevista al acompañante, en su mayoría madres, las cuales forman parte de la triada pediátrica y son un factor importante en el proceso de hospitalización y recuperación del niño. La entrevista se realizó antes del alta de los niños, en la misma habitación que se encontraba el infante, se les solicitó el consentimiento para su participación y se les realizó la siguiente pregunta ¿Qué criterios poseen del cuidado ofrecido por las enfermeras? Para el análisis y presentación de los resultados las madres fueron clasificadas en la letra “M” y enumeradas en el orden de las entrevistas.

Dada la importancia del personal de Enfermería en el estudio se entrevistaron a las 30 enfermeras que participaron en la investigación, a las cuales se les preguntó: ¿Qué criterios poseen para solucionar las demandas de los infantes con el JT? ¿Cuáles alternativas de juguete terapéutico emplear según las demandas de cuidados? Todas las entrevistas se grabaron, transcribieron y analizaron mediante análisis de contenido

descrito en la tarea 4 de la etapa 1. La codificación de las enfermeras se mantuvo de acuerdo a su clasificación en la tercera tarea de la etapa 1.

2.6. Aspectos éticos

La investigación fue aprobada por el Consejo científico de la institución con el acuerdo N°. 34 del 9 de diciembre del 2019, así como el Comité de ética de la investigación del Hospital y aprobada su ejecución sin modificaciones. Fue también presentada como parte de las investigaciones del Grupo Nacional de Gestión Materno Infantil de la Escuela Nacional de Salud Pública (Anexo 4). Se obtuvo el consentimiento informado de los familiares (Anexo 5) y el asentimiento de los niños (Anexo 6), que participaron en el estudio, así como de las enfermeras (Anexo 7).

Toda la información y datos de la investigación fueron debidamente procesados y resguardados en lugar seguro. Se mantuvo el anonimato de los resultados de la investigación, los mismos fueron devueltos a los participantes.

Conclusiones del capítulo

El diseño metodológico empleado se organizó en la consecución de etapas sucesivas que responden a la concepción de la investigación acción y por consiguiente su ciclo de observar, pensar, actuar y revisar que permitieron la conformación de un algoritmo metodológico como esquema para la mejor comprensión del estudio.

La escala facial de las emociones y su integración con JT constituyó una fortaleza para la recogida de los datos, en tanto permitió conocer las emociones y las demandas de cuidado.

**CAPÍTULO III. SUSTENTACIÓN MEDIANTE EL JUGUETE TERAPÉUTICO
DE LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO INFANTIL**

CAPÍTULO III. SUSTENTACIÓN MEDIANTE EL JUGUETE TERAPÉUTICO DE LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO INFANTIL

Humanizar el cuidado es fundamental en la atención de cualquier persona, pero cuando se trata de la infancia, su importancia es aún mayor, dado que la atención en pediatría comprende; además de las diferencias por los grupos de edad, la conocida tríada pediátrica, en la que el infante es el centro de la atención y tanto las familias como los prestadores confluyen en el mismo espacio. En el caso específico de Enfermería el encargo es mayor, dado que es quién tiene la responsabilidad de garantizar los cuidados y asegurar la asistencia en las unidades los 365 días del año y las 24 horas del día.

Por las características de la infancia, encontrar herramientas para la humanización del cuidado resulta muchas veces difícil, dado que deben tenerse en cuenta sus áreas de intereses para hacer más efectivas las intervenciones, en ese caso se encuentra el JT, tecnología de cuidado que responde a la necesidad y el derecho infantil de jugar. De ahí que el objetivo del capítulo sea describir los resultados de la aplicación del JT para la humanización del cuidado en los servicios de ortopedia y traumatología.

La descripción del capítulo se organizó por las etapas del estudio. Las que, por su lógica participativa y dinámica, los resultados de cada etapa nutrieron las decisiones metodológicas de la siguiente.

3.1. Resultados de la Etapa 1. Identificación de las demandas de cuidado infantil

La primera etapa del estudio fue decisiva, como se pudo observar en el segundo capítulo esta comprendió cuatro tareas; las dos primeras permitieron obtener y validar las herramientas necesarias para identificar las demandas de cuidados, la tercera permitió preparar al personal, para la aplicación de la dinámica de JT.

Para Creswell,⁷⁹ sociólogo e investigador norteamericano, la finalidad de la investigación-acción es comprender y resolver problemáticas específicas de una colectividad vinculadas a un ambiente (grupo, programa, organización o comunidad) Asimismo, se centra en aportar información que guíe la toma de decisiones para proyectos, procesos y reformas estructurales. Pretende, de manera esencial, propiciar el cambio social y transformar la realidad donde las personas tomen conciencia de su papel en ese proceso de transformación. Por ello, implica la total colaboración de los participantes en la detección de necesidades, el involucramiento con la estructura a modificar, el proceso a mejorar, las prácticas que requieren cambiarse y la implementación de los resultados del estudio.

Según Hernández Sampieri,⁶³ el precepto básico de la investigación-acción *“es que debe conducir a cambiar y por lo tanto este cambio debe incorporarse en el propio proceso de investigación, se indaga al mismo tiempo que se interviene”*. En esa lógica se organizó y se obtuvieron los resultados del estudio que se presenta en esta tesis, el que se destaca por los cambios en el servicio, de acuerdo a las demandas de los niños, como se podrá leerse más adelante.

3.1.1. Resultados de la exploración de la aplicación del Juguetes Terapéuticos

En el pilotaje realizado con la dinámica DEC como JT dramático emergieron cuatro categorías: preferencias y demandas; añoranzas deseos por el fin de la pandemia; satisfacción con los cuidados y proyección de los dibujos. A continuación, se describe cada una, las que fueron ordenadas según la frecuencia ponderada por la mayor cantidad de discursos que la sustentan.

Categoría 1: Preferencias y demandas

Esta categoría está relacionada con la necesidad que tenían los niños de expresar sus demandas en las condiciones del servicio. Además, esto estaba influido por las diferencias en la dinámica de la vida cotidiana que hubo que establecer por las medidas epidemiológicas. Los discursos que respaldan la categoría se describen a continuación.

“me gustaría ...un televisor, (No1, No2, No3, No5, Na2, Na3 y No7)... algo para ... dibujar (No1, No5, Na2, Na3, No6 y No7), ...me gustaría que las enfermeras traigan globos y los tiren y poder jugar con ellos eso sería lindo (Na1) , ...libros, (No5 y Na2) ...para dibujar, (No5), ...el dibujo se puede hacer con los niños, (Na2), ...salir al balcón (No5) ... entretenerme, ... para que pasen los días más rápido, más rápido la estancia aquí (No1) ... eso mejora los días aquí (No5) ... uno se aburre, ... aquí los días son iguales (Na2, Na3, No6)”

La hospitalización es percibida por la mayoría de los niños como un acontecimiento impactante y cargado de emociones negativas. Debido a la confluencia de múltiples estresores en un período de tiempo de manera general breve, que los posiciona en una situación de debilidad.⁶²En el contexto de este estudio, se debe señalar que la situación se agravó por el hecho de una enfermedad de tipo transmisible, que generó alteraciones a la vida cotidiana y limita el uso e intercambio de juguetes durante el ingreso.

En las preferencias y demandas expresadas por los participantes se destacó la televisión, como medio de entreteniendo, la lectura y el dibujo. Este último permitió a los niños expresar emociones que pueden ser difíciles de articular con el uso del lenguaje.⁴³En un estudio realizado con la misma técnica en Nueva Zelanda, que buscó entender las experiencias de los participantes en cuanto a la atención centrada en el niño en una unidad

pediátrica de alta dependencia, se reflejó que entre las actividades que los niños recordaban haber realizado con adultos y otros niños en el hospital y que querían reanudar estaban: soplado de burbujas, manualidades, películas, payasos de hospital, paletas de radio y recreación de clínicas procedimientos con otros niños.⁴⁴ En ambos casos puede reconocerse la necesidad de los infantes del juego durante la hospitalización.

En esta categoría también llama la atención el destaque de la televisión en sus preferencias, lo cual es congruente con un estudio mexicano⁶³ que plantea que *“los niños son la audiencia más importante para la televisión debido a que son los que más uso hacen de este aparato, pues los padres de familia lo utilizan a menudo como un método de motivación por las mañanas o como un entretenimiento para que no interrumpan las actividades de los adultos”*. Situación que se tornó más grave durante el periodo de pandemia, por los excesivos tiempos de confinamiento y del que también se describen las consecuencias en varias investigaciones.⁸⁰⁻⁸³

Categoría 2: Añoranzas y deseos por el fin de la pandemia

La segunda categoría vislumbró la necesidad de los infantes de salir de la situación atípica que vivían. En tal sentido afloraron los deseos de volver a la normalidad para expresar sus sentimientos con gestos y abrazos, así como de jugar libremente con amigos. A seguir se encuentran los discursos que avalan la categoría.

“Dibuje una enfermera que está matando la COVID con agua y cloro, no deja vivir al COVID, (No1) ... Un ojo, el COVID, un corazón y una lupa eso escenifica el corazón que es la vida, el ojo que lo ve y la lupa la cura al COVID, (No2) ... el COVID que hay que comer para poder matarlo, (No5) ... yo estaba triste, pero porque mi mamá no puede abrazarme y abraza a mi hermana, (Na1) ... dibuje un parque, los niños, un grupo de personas

*sin nasobuco, se acabó el COVID, se pueden abrazar, dar besos (Na2) ...
dibujé el hospital, con los trabajadores que luchan por matar al
COVID(No7)”*

En la segunda categoría “Añoranzas y deseos por el fin de la pandemia” los infantes liberaron sus sentimientos y expresaron esperanza, anhelo para la cura y final de la pandemia. Los estudios confirman que los niños son más propensos a desarrollar trastorno de estrés agudo y trastorno de estrés postraumático.⁸⁴ La literatura sugiere que, en condiciones de alto estrés, la regulación de las emociones puede ser crucial.⁸⁵ En una investigación efectuada en Uruguay sobre las percepciones y emociones de niñas y niños ante la pandemia, también emergió la añoranza, en este caso por las instancias de socialización, juego y aprendizaje en el centro educativo.⁸⁶

Según un estudio brasilero que comparó la percepción de padres sobre la regulación emocional de sus hijos antes y durante la cuarentena, en estas circunstancias no se debe olvidar que los niños son observadores, atentos de las personas y los entornos, y por ello notan y reaccionan al estrés en sus padres, otros cuidadores y miembros de la comunidad.⁸⁵ Por lo que esos deseos que manifestaron los niños pudo ser también reflejo de su convivencia con las situaciones de la pandemia, tanto en su hogar como en el hospital.

Categoría 3: Satisfacción con los cuidados

En esta categoría se percibe que los niños estuvieron satisfechos con la atención ofrecida por las enfermeras, reflejan sentimientos favorables al cuidado recibido. Además, expresan deseos lo que quisieran recibir de las enfermeras.

*“... aquí esta una enfermera que me da una alegría y esta me trae unos
globos, (Na1) ... estoy bien, las enfermeras me están curando, (No2) ...
Este es el pantrista que es mi amigo, desayuno, agua caliente, merienda,*

almuerzo, merienda, comida (No5) ... las enfermeras en la sala cuidando a los niños, (Na3) ... me cuidan, son buenas(No6)”

En esta categoría se percibe desde la mirada infantil el cuidado como actividad fundamental de las enfermeras. Resultados que concuerdan con otros estudios que se valora positivo el cuidado de enfermería en el hospital.⁸⁷ En uno de ellos se afirma que *"es evidente que para atender al niño de manera humanizada, resolutive y efectiva es necesario indexar el principio de equidad a la atención de salud, ya que el niño, en su singularidad, necesita una mayor atención de los profesionales de la salud, en cuanto a sus necesidades psicosociales, de las cuales se puede citar: expresión de sentimientos; comportamientos; necesidad de jugar e interactuar con el entorno, miembros de la familia y profesionales de la salud."*¹⁶

De acuerdo con una investigación brasilera que se propuso comprender el significado de jugar para el niño hospitalizado al promover actividades lúdicas, la enfermera no solo auxilia al niño para garantizar su lugar en el mundo y minimizar las repercusiones negativas de todo el proceso de hospitalización, también lo hace para el establecimiento de las relaciones y fortalecimiento de los vínculos entre profesional y el infante. Con ello favorece un intercambio positivo y saludable entre todos los involucrados en el proceso.²³

Categoría 4: Proyección de los dibujos

En esta categoría los niños expresaron en qué medida la aplicación del JT fue beneficiosa para ellos. Opinaron de manera abierta su sentir por lo que habían hecho y lo que estaban observando a su alrededor. Sus narrativas así lo demuestran, las cuales se pueden leer a continuación.

"Ya estoy feliz por que hice un dibujo para mi mamá, (Na1)... esto me gusta es algo diferente, (Na2)... dibuje una laptop es donde yo paso todo el

tiempo en mi casa (No4)... dibuje un hospital, las ambulancias y los niños que están aquí, (No5)...dibuje las enfermeras en la sala (Na2, No6)”

Esta cuarta categoría permitió identificar el valor que tuvo para los participantes la dinámica empleada. Se pudieron registrar expresiones de alegría y liberación de sentimientos mediante los dibujos realizados y las narrativas referidas, aspecto que coincide con estudios que han utilizado el JT como intervención.^{17,84} Asimismo un estudio que valoró con expertos las estrategias para aumentar la satisfacción de los cuidados de enfermería de niños hospitalizados registró con altos porcentajes de aprobación el JT referente a dos actividades: “incentivar al menor a jugar” y “proporcionar juguetes que fomenten la simulación”.⁸⁷

Se reconoce que es irrefutable la importancia del juego en el ámbito de la hospitalización infantil, lo cual es de manera amplia referido en la literatura temática, enfatizado por los menores, padres y enfermeras.^{86,87} De igual manera se afirma que, entre las enfermeras, el uso del juguete terapéutico debe integrar los cuidados de enfermería, dado que contribuye para una atención más sistematizada y especializada.¹³

3.1.2. Resultados del diseño y validación la Escala facial de las emociones

La escala facial de Wong Baker, conocida también como “*Escala de las caritas*”,⁶⁷ ha sido aplicada en servicios de pediatría desde los años 1980, es muy utilizada para evaluar el dolor y la ansiedad, sobre todo en Enfermería y Estomatología. Es una escala sencilla que permite desde la percepción de una imagen expresar cómo se siente la persona. Se ha comprobado su utilidad clínica en niños en el dolor de cirugía, trauma, cáncer u otros procesos de enfermedad, en la recuperación tras anestesia, en la Ortopedia y Traumatología, oncología y consultas de odontología.

Por lo que la autora decidió basada en la idea de la representación de visual de expresiones del rostro, diseñar y validar una nueva escala y en función de los objetivos del estudio se empleó para explorar las emociones antes y después de la aplicación del JT. Es por ello que en este estudio se decidió llamarla “Escala facial de las emociones” y así aparece en la tesis, siempre que se menciona.


Para ello se aplicaron rondas con una muestra de infantes, como se explicó en el segundo capítulo. En la primera ronda las figuras que representaban las emociones feliz, muy feliz, triste, muy triste, enojado, nervioso, con dudas, asustado, sorprendido y cansado, fueron de manera general comprendidas, en algunos casos utilizaron sinónimos, como puede observarse en el Cuadro 1. La figura que representaba la emoción de preocupado fue la menos entendida, las expresiones emitidas fueron serio, no sabe, normal, triste y aburrido. Por lo que fue necesario modificarla y realizar una segunda ronda.


Cuadro 1. Resultados de la primera ronda de la adaptación de la “Escala facial de las emociones”


Emociones	Primera Validación	Resultado de la validación por los niños
Muy feliz	- Feliz - Riéndose - Alegre - Emocionado - Contento - Muy feliz	23 2 2 1 1 1
Feliz	- Muy feliz - Normal - Alegre - Sonriente	12 3 5 10
Triste	- Preocupado - Triste - Deprimido - Muy triste - Disgustado	2 22 1 3 2
Muy triste	- Triste - Muy triste - Súper triste - Llorando	12 6 1 11
Me siento	- Enfadado	7


enojado	- Enojado	13
	- Molesto	10
Me siento nervioso	- Asustado	6
	- Aterrado	1
	- Estresado	10
	- Nervioso	4
	- Miedoso	3
	- Adolorido	3
	- Angustiado	3
Con dudas	- Dudas	17
	- Confuso	3
	- Confundido	1
	- Preocupado	4
	- Intrigado	1
	- Serio	3
	- Pensativo	1
Me siento asustado	-Alarmado	10
	-Asustado	4
	- Serio	4
	-Asombrado	2
	-Impactado	2
	-No sabe	8
Me siento preocupado	- Serio	13
	- No sabe	7
	- Normal	4
	- Triste	7
	- Aburrido	2
Me siento sorprendido	- Sorprendido	22
	- Asombrado	4
	- Intrigado	2
	- Fantasma	1
	- Complicado	1
Me siento cansado	- Cansado	16
	- Dormido	14


Para la segunda ronda se modificó la imagen de preocupado, (Anexo 8) no obstante, el resultado fue similar, las respuestas a la expresión de preocupación fueron serio, no sabe, normal, pensando, enredado. Por lo que se decide eliminar la carita de esa emoción. Y queda concluida esta tarea del estudio con la escala que aparece en la figura 4. Es pertinente aclarar que la validación solo incluyó las imágenes de las caras y para el empleo en el estudio y con la idea de que se quede en la Historia Clínica, se le agregó a cada expresión como se sentía y el por qué; por ejemplo “me siento feliz, porque...”


 **Me siento muy feliz porque:**


 **Me siento feliz porque:**


 **Me siento triste porque:**


 **Me siento muy triste porque:**

 **Me siento enojado porque:**

 **Me siento nervioso porque:**

 **Me siento con dudas porque:**

 **Me siento asustado porque:**

 **Me siento sorprendido porque:**


 **Me siento cansado porque:**

Figura 4. Escala facial de emociones

Ekman, psicólogo estadounidense, pionero en el estudio de las emociones y expresión facial, plantea que las emociones son respuestas o reacciones fisiológicas que genera el cuerpo ante cambios que se producen en el entorno y que son basados en las experiencias que dependen de actitudes y percepciones.^{82,88} Por lo que es loable evaluar las emociones de los niños a través de la escala, que se aprecia como un juego para ellos desde su visión infantil.

Los odontólogos han adaptado la “Escala facial de caritas” a su contexto, para evaluar de forma rápida, el miedo y la ansiedad de los infantes. Esto les permite tomar conductas adecuadas a cada niño. Se puede decir que en las diferentes áreas donde se ha validado y usado la escala, ha sido efectivo su empleo y ha permitido brindar una atención de calidad a los pacientes pediátricos.^{67,68} En tal sentido en el estudio de esta tesis se concibió la idea de emplear las expresiones mediante “caritas” y validarla en el contexto cubano, para poder identificar las emociones antes y después de aplicar el JT. En el acápite 3.1.4 se retomará su empleo para presentar dichos resultados.

Otros estudios han validado la escala facial del dolor para niños y adultos; por ejemplo, una investigación realizada en el año 2005 en España validó la escala para evaluar la intensidad del dolor pediátrico en niños castellano parlantes.⁶⁷ Otro estudio ejecutado en el año 2012 en México,⁷¹ validó dicha escala para evaluar el dolor postoperatorio en niños y este grupo de autores, después lo hizo para adultos mayores en el año 2021.⁸⁹ En las búsquedas bibliográficas realizadas no se encontró escala facial para medir las emociones, solo para medir el dolor y el miedo.

3.1.3. Resultados del entrenamiento a las enfermeras para la aplicación del JT

La enfermera juega un papel fundamental en el proceso de hospitalización, promover el desarrollo de competencias básicas en el campo de la enfermería pediátrica, posibilita la

práctica calificada de la misma. Estas deben estar capacitadas para brindar intervenciones efectivas para comunicarse y cuidar a los niños.⁹⁰

Según varias investigaciones los niños esperan que las enfermeras estén dispuestas a realizar procedimientos sin dolor, que tengan las habilidades adecuadas para su trabajo, que jueguen con ellos, que tengan sentido del humor, sean confiables, amigables e incluyan el juego en la práctica clínica, como una forma de interacción y comunicación.⁹¹

Es necesario comentar que esta tecnología no está incluida en los planes de estudio de la preparación de los profesionales de Enfermería en el país. Tampoco se encontraron cursos de postgrado sobre la temática para el personal de Enfermería. Por lo que para poder incluir el JT en el servicio fue necesario diseñar y ejecutar un taller a todas las enfermeras de la institución que se desempeñan en los servicios pediátricos.

El taller comprendió los contenidos de: concepto, modalidades, aplicaciones y ventajas, así como la práctica y replicación de la dinámica de dibujo, escribo y cuento. El grupo se dividió en dos partes, 15 cada subgrupo. Cada sesión de subgrupo fue de cuatro horas. Todas las participantes aprobaron el taller con calificaciones de excelente 25, tres de bien y dos con regular. Al concluir la sesión final se indagó sobre lo positivo, negativo e interesante del entrenamiento. El resultado se integró de todo el grupo en general.

Positivo:

Fue sorprendente aprender sobre algo desconocido (E1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 14, 15, 18, 19, 22, 23, 24, 26, 28, 29), ... fue algo nuevo (E 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 25, 27, 28, 29,30), ... es bonito porque entretiene a los niños (E 4,7, 11, 12, 15, 16, 17, 21, 22, 23, 25, 28, 29), ... permite llegar a ellos mucho mejor (E 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 14, 22, 30), ... les cambia el estado de animo a los niños (E 3,5,7,10, 14, 20, 24, 26, 28, 29)

Negativo:

Tenemos que organizarnos bien para poder hacerlo, (E 1, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 14,16, 19, 20, 22 ,23, 25, 26, 28, 29), ... hay días que hay muchos ingresos, (E 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 17, 18, 21, 22, 27,28, 30), ... hay momentos que hay una sola enfermera en el servicio (E 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 16, 19, 20, 22, 23, 25, 26, 28, 29)

Interesante:

Va introducir cambios en el servicio (E 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 14,), ... fue divertido (E 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 14,)... diferente a lo que hacemos siempre (E1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 14,), ... ahora los niños nos mirarán diferentes (E1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 14,).

Una investigación brasilera que indagó sobre las perspectivas de las enfermeras sobre la adquisición de competencias basadas en el juego a través de un curso en línea, las participantes destacaron la importancia de liderar y motivar al equipo de enfermería para valorizar el universo lúdico del niño. Como enfermeras que creen en la importancia del juego, reconocen su papel a la hora de persuadir a otras enfermeras para que utilicen estrategias basadas en el juego para comunicarse con los pacientes.⁹⁰⁻⁹¹

Otro resultado del estudio anterior es que mostró que las enfermeras están preocupadas por el tiempo utilizado para jugar durante el cuidado y que el curso en línea debe enfatizar que el acto de jugar optimiza el tiempo dedicado al cuidado de enfermería. Cuando las enfermeras se involucran con el juego terapéutico, lo perciben como una intervención que puede enriquecer y calificar su tiempo de cuidado. Para ellas, el uso de intervenciones de juego terapéutico, aunque puede requerir tiempo extra, no es una pérdida de tiempo, sino una inversión en la futura relación con el niño. ⁹⁰ Por ello la autora de la tesis considera

que en la medida que se genere una cultura de JT en el servicio, las enfermeras podrán emplear la tecnología como herramienta para un cuidado humanizado.

Otra investigación brasileña que se realizó con el propósito de conocer como los profesionales de enfermería perciben su trabajo y los desafíos de la vida cotidiana en la unidad de hospitalización pediátrica, describe que las enfermeras identifican como desafío promover asistencia cualificada, humanizada, centrada en el niño o adolescente y la familia, a pesar de la inmersión en la cotidianidad de rutinas y actividades. También incluyen entre los retos la necesidad de la educación permanente como un proceso capaz de potencializar su práctica profesional. ^{91,94} De ahí la importancia de a partir de la preparación continua del personal de Enfermería, sobre todo cuando se pretende implementar nuevas prácticas.

3.1.4. Resultados de la aplicación del Juguete Terapéutico, al ingreso

La población infantil y adolescente estuvo conformada por nueve del sexo femenino y 10 del sexo masculino. En cuanto a las edades, 14 se encuentran entre 3 y 10 años y cinco mayores de 10 años. De manera general son residentes de la capital, con 13 y el resto de otras provincias, como Guantánamo, Las Tunas, Holguín, Villa Clara y Mayabeque. Todos tuvieron como acompañante a su mamá.

Antes de aplicar la dinámica DEC, al ingreso de cada niño incluido en el estudio, se les preguntó cómo se sentían mediante la “Escala facial de las emociones”, en los resultados generales se encontró que 16 niños manifestaron estar feliz, al indagar el por qué, expresaron “...*porque me voy a operar (Na1, Na2, No3, Na6, No5, No6, No 8, No9, Na7, No10, Na9), ... porque pude ingresar (No2, Na4, Na5, No6, No7, No9, No10), ... porque voy a estar bien pronto, (No4, No5, Na4, Na5, No 7, No9, No10), ... voy a poder jugar*”.

Solo tres niños expresaron emociones diferentes, “...*me siento triste (Na3, Na8), y me siento nervioso (No1, Na3)*”.

A continuación de la aplicación de la “Escala facial de las emociones” se inició la dinámica DEC con la pregunta ¿Qué te gustaría que hiciera la enfermera para mejorar su estancia en el hospital?, en el análisis realizado emergieron cuatro categorías: solicitudes y necesidades de los infantes; transformación del servicio; sentimientos de añoranza, tristeza y temor en los infantes y satisfacción con la dinámica DEC. A continuación, se describe cada una, las que fueron ordenadas según la frecuencia ponderada por la mayor cantidad de discursos que la sustentan.

La demanda de cuidados ha sido abordada de manera más frecuente por la literatura científica que se relaciona con los adultos mayores; no obstante, su definición es aplicable a otros grupos poblacionales, como es la infancia y adolescencia. En tal sentido la demanda de cuidado es descrita como una condición de dependencia y una dimensión social de asistencia por razones de limitación funcional, expresados en términos de necesidad de atención de las enfermeras.⁹⁴ Los cuidados demandados pueden ser de procedimientos de enfermería, de comunicación, de seguridad o confort. Esto último fue lo más solicitado por los participantes, como se podrá leer en las categorías emergentes que aparecen a continuación.

Categoría 5: Solicitudes y necesidades de los infantes

En esta categoría los niños expresan solicitudes de acuerdo a sus necesidades, la interacción con los profesionales de salud y con otros niños y adolescentes es una de sus demandas. Así como de espacios para la actividad lúdica. El juego emerge con fuerza en los discursos como necesidad de los infantes durante el proceso de hospitalización. Las voces que respaldan la categoría se describen a continuación.

“... Dibujé una enfermera y un médico que juegan ... (Na1, Na2 No1, No3, No6, Na6, Na7,) ... niños jugando con las enfermeras ... (Na2, No1, No3, No6, Na6, Na7, Na8), ... unos niños en el parque jugando (No3), ... hacer juegos de mesa (Na4, Na5, No7, No8), jugar con otros niños (No5, Na4, Na7, No8, No9), ... vengan payasos a jugar porque me gustan mucho (Na1, Na3), ... actividades recreativas con payasos, globos, juegos (Na4, Na7, No 9), ... me gustaría que en el cuarto hubiera más niños adolescentes para hablar (No4, No10), ... puede volver mañana para conversar y dibujar (No4)”.

Los resultados de esta categoría son similares a los de un estudio realizado en Brasil, en el que los niños hacen demandas de sus derechos a jugar en el contexto hospitalario y a la recreación durante este período de hospitalización. Para los autores el juego posibilita la estimulación de su potencial y creatividad, además, de promover la interacción y comunicación con las personas y con el mundo, este va a proporcionar bienestar físico y emocional. El hospital, a pesar de que es un lugar que suele ser visto como un contexto de atención de enfermedades, también le permite al niño socializar y establecer interacciones con otros niños y los profesionales, lo cual se puede lograr mediante el juego.⁹⁵

Otro estudio brasilero que se refiere al empleo del JT en el primer nivel de atención, declara la importancia de fortalecer las acciones en salud en la atención básica. Incluye el confort y la necesidad de mejorar el vínculo del niño, la familia y los servicios de salud, como condición esencial para la calificación del cuidado.⁹⁶

Categoría 6: Transformación el entorno

La sexta categoría que emerge con la aplicación de la dinámica de JT se observa el interés de los infantes y adolescentes por cambios en los espacios del servicio y en las

condiciones estructurales. Sus demandas en este caso se centran en la belleza, confort y la necesidad de intercambios. Los discursos que se pueden leer a seguir respaldan la categoría.

"... ver el televisor en el cuarto (Na1, Na2, No1, No 2, No 3, Na3, Na5, No5, No9, Na7),... cambiarle el color al cuarto, parece un poco triste (No1, No2, Na4),... ponerle cosas que lo alegren (No1, Na8)... la sala le falta un lugar para leer, jugar... (Na5, Na6), ... música (No10, Na9), ... juntos reunirnos todos (No2, No3, No8), ... círculos de interés para hablar cosas de adolescentes con las enfermeras (No4), ... charlas educativas con nosotros los adolescentes (No6), ... hablar temas que nos interese, relacionarnos entre nosotros somos jóvenes (No10), ... cosas diferentes que no me recuerden el hospital (No5), ... que dejen salir del cuarto (No3), ... que para atenderme las enfermeras se pongan ropa de colores para alegrarnos (Na1, Na3, Na4, No 4, No5, No7, Na8, No8, No10), ... pongan cortinas en los baños para cuidar mi privacidad, no me gusta que me vean (No6, Na6, No10, Na7)".

La hospitalización es un proceso durante el cual el niño experimenta, ansiedad, miedo, temor. Es necesario que los servicios de pediatría ofrezcan ambientes agradables al infante, que se conviertan en una estrategia de enfrentamiento al estrés en este contexto. La transformación del servicio de pediatría de Ortopedia y Traumatología de acuerdo a las demandas de sus pacientes, puede contribuir a brindar una atención humanizada y de calidad mediante el JT, con la cual se facilitaría la interacción entre ellos y los profesionales de Enfermería. Como medio de comunicación las solicitudes y necesidades de los infantes serán las que ayuden a transformar el servicio desde la voz del mismo, de acuerdo al Modelo teórico utilizado como referente, descrito en el primer capítulo.

Resultados similares a los hallados en esta categoría se encontraron en un estudio brasilero en el que se comenta que en sus discursos los infantes demandan el cambio en el entorno, ven este como algo impersonal alejado de las familias y amigos, se encuentran rodeados de personas extrañas, que le van a realizar procedimientos que les generan inseguridad y ansiedad. Ellos solicitan derechos a que se les facilite un ambiente adecuado a sus edades, piden espacios para interactuar y mejorar su salud emocional. Se sienten libres de crear y expresar sus necesidades, pero todos coinciden en la transformación del entorno, hacer del contexto hospitalario un lugar más humanizado. Las autoras refrendan la importancia de la participación de los niños en el proceso de la enfermedad, porque de esa manera comprenden y aceptan mejor la situación.¹⁶

De acuerdo a otro estudio de tipo fenomenológico también de Brasil, en el que se indagó sobre la percepción del equipo de enfermería sobre el empleo del JT, se describe que el desarrollo de actividades lúdicas en el ámbito hospitalario ha minimizado estas experiencias traumáticas, a través del juego se pueden comunicar con los niños, para afrontar nuevas situaciones. La implementación de espacios como ludotecas en las instituciones de salud, es una fortaleza que beneficia a infantes, estos experimentan con los enfermeros la comprensión de las necesidades de asistencia especializada.^{2,20,21}

Categoría 7: Sentimientos de añoranza, tristeza y temor en los infantes

En esta categoría los niños expresaron algunas emociones diferentes a la mayoría declarada con la escala facial de las emociones. La posibilidad de profundizar mediante la entrevista a través del empleo de la dinámica DEC permitió la liberación de esos sentimientos, uno de los objetivos declarados del JT dramático. A continuación, aparecen los discursos que respaldan la categoría.

“... me aburro (Na3, Na5, No5, Na8),...mi hermano lo extraño (No5),...estoy lejos de mi familia (Na5),...estoy triste (Na3, Na8),... las enfermeras me dan miedo (No1, Na4, Na5, No 6, No7, Na8),... a las batas blanca le tengo miedo (No1, Na2, Na4, No5, No8, No 9)”.

En un estudio realizado en Irlanda los investigadores plantean que es frecuente en los últimos años que se explore el mundo infantil, a través de los propios ojos de los niños, en lugar de los adultos.⁹⁶ Por lo que la dinámica empleada de (DEC) fue útil para que los niños expresaran sentimientos difíciles de exponer de forma espontánea, lo que les permitió construirse ideas y no dar respuestas inmediatas, así como hablar de sus necesidades de forma libre.

Otros autores ingleses afirman que dibujar es una actividad frecuente en la vida diaria de los infantes, por lo que es un medio no amenazador para obtener información y a su vez sirve de comunicación. ⁹⁶ Pudo observarse con la aplicación de la dinámica como emergieron otras emociones, aspecto que hace pensar que se sintieron relajados y seguros con el personal de enfermería.

En cuanto a los miedos en un estudio de Turquía que midió los efectos de un programa de JT sobre los niveles de miedo y ansiedad en niños hospitalizados después de una cirugía, se describe que la sensación de miedo de los niños estaba en niveles críticos, porque estos se enfrentaban a intervenciones quirúrgicas importantes, dolorosas y frecuentes. Sin embargo, declaran que hubo una importante disminución de las puntuaciones medias del dolor tras la aplicación del programa JT. ²⁹

Categoría 8: Satisfacción con la dinámica DEC

La octava categoría, aunque no fueron muchos los discursos al respecto, refleja la evaluación de los participantes con la dinámica. Ello habla de alguna manera de las

características del tipo de estudio, en el que se obtienen datos que permiten monitorear los resultados de forma constante. Se percibió en las voces satisfacción con la aplicación del dibujo, a seguir se pueden leer.

*...dibujar es bueno estoy relajado (No7),... me siento bien (No7, Na3),...
me divierte (No7)... me gusta dibujar esto es divertido me olvido que estoy
ingresado (No 5)*

Para investigadores de Suecia, que utilizan actividades lúdicas en centros hospitalarios, los juegos son actividades en la que los niños disfrutan su participación, expresan emociones, sentimientos y pensamientos que pueden ser negativos, logran proyectarlos de manera indirecta mediante los juguetes. Representan experiencias en un escenario donde pueden procesar los sentimientos de forma segura y prueban nuevas habilidades.³⁴

Como resultado de final de la etapa se pudieron obtener las demandas de cuidados realizadas por los niños para transformar el servicio según sus intereses y necesidades. Con este resultado se pudo avanzar a la segunda etapa del estudio. Un resumen de dichas demandas se relaciona a continuación.

- ver el televisor en el cuarto
- cambiarle el color al cuarto
- parece un poco triste
- ponerle cosas que lo alegren
- un lugar para leer, jugar
- enfermeras se pongan ropa de colores
- cortinas en los baños
- actividades recreativas con payasos
- lugar para jugar
- le falta un lugar para leer, jugar

3.2. Resultados de la segunda etapa. Gestión de acciones según demandas de cuidados

En la segunda etapa se realizaron acciones encaminadas a satisfacer las demandas de los niños. Los gestores organizaron medidas que se ejecutaron con prontitud dentro de sus áreas de acción y posibilidades.

A la demanda de *“ver la televisión en el cuarto”* que se refería a la posibilidad de que cada habitación tuviera un aparato de televisión, las gestiones realizadas con los gestores permitieron que se cumpliera dicha solicitud en 15 días después de la entrevista con el directivo responsable. Se colocó un televisor en cada habitación.

Esta preferencia con la televisión tiene coincidencia con los resultados de la Categoría 1: Preferencias y demandas, que emergió en el estudio exploratorio de la Etapa 1. Como se comentó con anterioridad, de acuerdo al estudio mexicano ⁵⁸ los niños son una audiencia importante para este medio. Dadas las características del servicio, los pacientes deben permanecer acostados mucho tiempo en su cama, por lo que tener ese medio de entretenimiento le ofrece lógica a la petición. Además, de la tendencia de los últimos años de la dependencia infantil a las tecnologías de comunicación e información.

La solicitud relacionada con *“cambiarle el color al cuarto, ... que vengan payasos a jugar, ... actividades recreativas con payasos, globos”*, fue también incluida en los temas de las entrevistas con los gestores. Al respecto se realizó un convenio con el Instituto Nacional de Arte para realizar pinturas coloridas y con imágenes atractivas para los grupos de edades que ingresan en el servicio. Con dicha universidad se generó el proyecto Bienestar universitario, donde se organizan actividades de recreación, talleres de origamis, de manera regular los miércoles. También organizan actividades con payasos para la distracción de los infantes de forma periódica.

De acuerdo a un estudio canadiense, el entorno médico tiene aspectos iatrogénicos que hacen que los niños experimenten miedo. Inyecciones, sangre y ser tocado por extraños se encuentran entre los factores que causan estos temores.³² Dado que estos factores se mantendrán en los servicios, por su propia naturaleza, es recomendable mejorar los entornos y hacerlos más agradable a la vista de los infantes.

Según un estudio español que se titula “Las paredes cuentan: arte para humanizar un espacio de salud pediátrico”, la humanización de los espacios sanitarios representa un componente del concepto más amplio de humanización en el ámbito de la salud. Esta humanización ha de entenderse y las familias y de la forma que tienen los niños de dar sentido al entorno que les rodea. El arte constituye una estrategia con potenciales implicaciones en la mejora y humanización de los entornos de cuidado de la salud.⁹⁷

En un artículo publicado en el año 2019 en el que se investigó sobre lo lúdico en el proceso de la adaptación al proceso de la enfermedad y la hospitalización. Se observó que lo lúdico facilita la adaptación a la enfermedad y a la hospitalización, en la medida que el jugar retira el foco de la situación de internación y favorece el manejo de los cambios impuestos por la enfermedad. Se confirma que el lúdico compensa y equilibra el cuerpo en una situación de frustración, estrés y conflicto. Los hospitales cambian de un ambiente de lloro, de la tristeza y del miedo a un lugar de la risa, la alegría y relajación. Se constató que lo lúdico crea condiciones de autorregulación para enfrentar situaciones de crisis, presentes en el proceso de enfermedad y hospitalización, lo que contribuye a una mayor aceptación del tratamiento adecuado.⁹⁸

Otra investigación también del año 2019 en Brasil, que describió la percepción del equipo multiprofesional sobre la utilización de lo lúdico y de los factores que interfieren en su práctica en el contexto del cuidado al niño hospitalizado. Reveló que los profesionales

perciben cómo lo lúdico ayuda a modificar el ambiente hospitalario, los sentimientos y el proceso de comunicación con el niño, influye en la adhesión a las terapias, a la socialización, a la promoción de vínculos y a la colaboración con el equipo, aunque no todos se sienten preparados para incorporarlo a su rutina de trabajo.⁹⁸

Una de los intereses de un grupo importante de participantes estuvo relacionado con un espacio para actividades, al respecto dijeron:

“a la sala le falta un lugar para leer, jugar, ... música, ... juntos reunirnos, ... jugar con otros niños, ... hacer círculos de interés para hablar con las enfermeras, ... charlas educativas ... hablar temas de interés... niños jugando con las enfermeras, ... hacer juegos de mesa”.

Estas demandas encontraron solución con la aprobación de una Ludoteca para el servicio. La que contará con espacioso salón, que se pretende colocar libros, juguetes y mobiliario que permitan la realización de las actividades demandadas y otras de interés del servicio y sus pacientes. Para ello se aprobó un presupuesto de inversión en la compra de muebles y juguetes.

Las ludotecas fueron establecidas desde la década de los años 1960. Nombradas de diverso modo –lekotek en Suecia, y demás países nórdicos, toylibraries en Inglaterra, Canadá y otras naciones de habla inglesa, brinquedotecas en Brasil, ludotecas en Francia, España, Portugal e Iberoamérica. En todas partes funcionan bajo el denominador común de contribuir a la educación infantil a través de la principal y más efectiva herramienta pedagógica para el trabajo con los niños, por ser lenguaje universal y principal vía de inserción en su realidad: el juego.⁹⁹

Ludoteca como su nombre lo indica, biblioteca del juguete, juego en función del niño, es un factor de progreso y educación; de ahí su importancia y necesidad. Son muchos y

variados los objetivos que se pueden rescatar de las ludotecas, pero uno principal y que se encuentra en los hospitales y específicamente en las salas de pediatría es la ayuda a establecer nuevas relaciones de confianza en los infantes, permitiendo la oportunidad de salir de su aislamiento, que a pesar de estar convaleciente la naturaleza de su actividad, el juego, no reprima.⁹⁹

Al pedido de “*que para atenderme las enfermeras se pongan ropa de colores para alegrarnos*” se realizó entrevista con la Jefa de Enfermeras a nivel nacional y de la institución, así como el director general del CCOI Frank País. Como resultados se logró la aprobación para que las enfermeras del servicio utilicen pijamas de colores e imágenes infantiles.

En un estudio brasilero que tuvo como objetivo comprender cómo los enfermeros evalúan el uso del juego y del JT por parte del equipo de enfermería en el cuidado del niño, emergió entre las categorías el uso de uniformes coloridos y divertidos, el que, según sus ideas, también representa lo lúdico que está presente en la cotidianidad del equipo de enfermería. En una de las instituciones, las enfermeras estaban entusiasmadas con la posibilidad de usar gorras divertidas, con motivos infantiles o un toque de fantasía implícito en el uso de uniformes de superhéroes. De esta forma, se invita al niño a interactuar con un cuidado de enfermería lúdico que es evaluado como efectivo por las enfermeras.⁹¹

Una solicitud realizada de manera fundamental por adolescentes, fue que “*pongan cortinas en los baños*”. La misma se encuentra en proceso de gestión por parte del vicedirector administrativo para su solución. Dicha demanda reviste gran importancia desde punto de vista ético, pues, aunque fueron los adolescentes los principales autores de este pedido, es una necesidad para cualquier persona, sin importar la edad, mantener la privacidad.

Es importante en las instituciones de salud, con atención a pacientes pediátricos, crear ambientes relajados, agradables que favorezcan el bienestar. Al jugar, pueden manifestar sentimientos, relacionados con la hospitalización, lo que revela diversas situaciones a las que se enfrentan que no siempre se manifiestan con palabras.¹⁰⁰

Los resultados generales de esta etapa fue la posibilidad de encontrar solución a la mayoría de las demandas de cuidados. A continuación, se puede observar, cuáles fueron las soluciones.

- Televisores para cada habitación
- Convenio entre la institución y el Instituto Superior de Arte (ISA) proyecto “Bienestar universitario” (taller de origamis)
- Gestión con diseñadores para crear pinturas coloridas
- Aprobación de un espacio para una ludoteca
- Aprobación del presupuesto para la ludoteca
- Obtención de cojines y materiales gráfico
- Aprobación de los uniformes coloridos para las salas de pediatría

Puede observarse un elemento interesante de estas demandas y es que ninguna se corresponde con la asistencia directa de cuidado, lo cual tiene relación con lo planteado por las sociólogas brasileñas Santos y Minayo, las que suscriben que *“la producción de cuidado en la hospitalización pediátrica precisa tener en cuenta las singularidades de los niños, para hacer converger ciencia, técnica y relaciones. Valorizar la subjetividad significa mirar, analizar y comprender el contexto de vida, interpretaciones y sentidos atribuidos a la experiencia... Para que la asistencia sea humanizada, el niño debe ser concebido de forma integral, con un plan de cuidados singular, horizontal e interdisciplinario. La demanda de cuidado parte del sujeto, no es uniforme, no es*

estática, no es prescriptiva.”¹⁰¹ En congruencia las soluciones deben poseer correspondencia con las demandas, vista desde la perspectiva de quien vive el cuidado.

3.3. Resultados de la tercera etapa. Evaluación de la satisfacción de los cuidados de enfermería

En esta etapa se evaluaron los cuidados recibidos y los niños expresaron sus emociones, el juguete terapéutico fue un medio de comunicación eficaz para que se expresaran. Emergieron tres categorías: satisfacción de los niños con los cuidados, demandas de los niños para el futuro y sentimientos de los infantes al egreso. También se registran los discursos de las familias con la categoría: Opiniones y satisfacción de las madres acompañantes. Así como dos que emergieron de las entrevistas a las enfermeras: Opiniones de las enfermeras sobre los efectos de la aplicación del JT y aceptación de las propuestas de cambios para el servicio.

Categoría 9: Satisfacción de los niños con cuidados

Aquí expresaron como fue el cuidado recibido, brindado por parte de los profesionales de enfermería, su satisfacción a las repuestas de las demandas realizadas en las primeras secciones. Así como el rol diferente de la enfermera involucrada en el dibujo con ellos. Las voces que aparecen a continuación respaldan esta categoría.

“... las enfermeras me trataron muy bien (Na1, No2, Na3, No4, Na6, Na7, No7, No8, No9), ...ellas conversan conmigo (Na1, No1, Na2, Na3, No4, No5, Na7, No7, No8, No9, Na8, Na9, No10), son buenas, tienen paciencia (Na2, No2, No5, Na9), ...me gusto dibujar con las enfermeras (No1, Na2, Na3, No4, No5), ... son muy atentas (No5), ... son mis amigas(Na3), ... las voy a extrañar (No7), ... me sentí bien (Na1, Na2, No2, No5), ... ya hay televisor (Na1, Na2, No,3, No4, Na4, Na5, No7, Na8, No9),

*... vino un profesor que enseñó origamis (No2, Na3, No4, No7, No8),
...fueron cosas diferentes (Na1, Na2, No3, No4, No9, No10), ... me gusto el
origamis (Na2, No3, No5, No7, No10)”.*

Estos resultados son coherentes con otro estudio brasilero, que indagó sobre el uso del JT afirman que a través del juego los niños expresaron sus sentimientos, por lo que dejaron de ser sujetos pasivos y se convirtieron en sujetos activos. ¹⁷ También responden a los referentes teóricos de la tesis, pues en las voces de los infantes se refleja su derecho a participar, y como las acciones realizadas (influencia) lograron el propósito de que las enfermeras (audiencia) como mediadoras de sus demandas, los ayudaron alcanzar sus objetivos.

Los efectos positivos de la dinámica se visualizan por las expresiones de satisfacción de los infantes que hacen referencia a la relación establecida con las enfermeras y como se fortaleció el vínculo entre ambos, los niños se encontraron más relajados, aceptaron de manera diferente el proceso de hospitalización. Resultados similares encontró un estudio brasilero, ¹⁶ en la satisfacción percibida por los niños a través de la interacción con el contexto, en el que se explica que ellos observan de manera cuidadosa las acciones de los profesionales de la enfermería, por lo que afirman que es evidente la necesidad de atención humanizada, resolutiva y efectiva como principio de equidad de la atención de salud, ya que el niño, en su singularidad, necesita una mayor atención de los profesionales de la salud.

En dicho estudio se asevera que el JT les permitió colaborar espontáneamente, demostrar tranquilidad, expresar sus emociones y sentimientos; además, mostraron una relación cordial con otros niños hospitalizados y fueron participante activo en el cuidado. Por lo que afirman que el JT es una herramienta eficaz para la comunicación que fortalece la relación con los profesionales de enfermería. ¹⁶

Categoría 10: Demandas de los niños para el futuro

En los discursos que respalda esta categoría se puede observar que, no obstante, algunas demandas fueran solucionadas, se repiten las no resueltas y surgieron otras nuevas para cuando regresen. Ello tiene lógica en el sentido de que estos pacientes son intervenidos en varias etapas quirúrgicas, según su diagnóstico y muchas veces deben ser hospitalizados más de una vez.

"... pero no hay televisor (Na1, Na2, No1, No2, No3, Na3),...que me dejen salir del cuarto (No3, No5), ... no tienes donde jugar (Na3),... las enfermeras podían ponerse ropa de colores (Na1, Na3, Na4, No5, Na7, No7, No8, Na8, Na9),... hacer actividades con los niños (Na1, Na3, Na4, Na5, No4, No5, No6, No7, No9, No10),... dejarnos salir a conversar todos juntos (Na4, No5, Na6, Na8, No9), ... cuando regrese podemos hacer lo mismo (Na5, No2), ... crear un lugar de juego, algo diferente (Na1, Na4, Na5, No5, Na6, No7, Na8, Na9, No9, No10),... pudieran poner otros canales y una cajita (No5),... un lugar para escuchar música (No5, Na9), ... poner películas (No5, Na6), ... hagan juegos de mesas (No8),... poner las cortinas de los baños (No4, Na4, Na6, No6, Na7, No8, No10),... un lugar donde leer (Na6, Na8),...se puede poner aire acondicionado para la picazón del yeso (Na7), ... hacer la sala un lugar alegre (Na1, Na3, No4, No5, Na6, No8, Na8, Na9).

En esta etapa los niños y adolescentes se mostraron más participativos, además de la alegría de la cercanía del egreso, conocían la dinámica y tenían la visión de lo que se había resuelto o no de sus demandas. Se mostraron más liberados y relajados para hablar y con más confianza con los profesionales de enfermería. Resultados afines aparecen en otro estudio brasilero que exploró dinámicas de JT.

En dicho estudio se comenta que con el empleo de la dinámica los niños se sintieron libres de expresar sus demandas, les ayudó en la interacción con el profesional y comprender cómo perciben el proceso de hospitalización, mostrarles un “mundo hospitalario” no tan cruel, que lo puedan observar desde su mirada infantil, así brindar un cuidado diferenciado y específico a cada niño según sus necesidades. En el transcurso del ingreso el juego es fundamental para el niño, ya que es capaz de comprender el proceso de hospitalización, asimilar lo que está pasando, emitir su opinión y prepararse para hacer frente a las situaciones. Esto favorece que el profesional comprenda la necesidad del niño, planifique y ejecute las acciones necesarias y evalúe si tales necesidades han sido satisfechas. ¹⁴

Categoría 11: Sentimientos de satisfacción de los infantes al egreso

En esta categoría se percibe la alegría y gratitud de los infantes, por haber logrado el objetivo del motivo de su ingreso y por su participación en el JT, así como sus consecuencias. A continuación, así lo muestran sus discursos.

“... estoy feliz me, voy bien (Na1, Na2, No1, Na4, Na5, No4, No5, No7), ... me sentí bien (Na1, No2, Na3, No4, Na6, Na7, No7, No8, No9),... estoy muy contento (No2, Na4, Na6, No10),... estoy alegre (Na1, Na3, No2, No4, No5, Na6, No9), me gusto dibujar... (Na2, Na4, Na5, No5, No7, Na6, Na7, Na 8), ... nos alegra dibujar (Na4, Na5), ...puedo jugar (No3, No8),... gracias por ayudarme (No5, Na7)”

Esta categoría obtuvo resultados análogos con varias investigaciones brasileras en las que los niños también expresaron, mediados por el empleo del JT, sus emociones de alegría, felicidad y liberaron las tensiones. ^{94,95} Para De Silvia Moura, esta tecnología es una manera de estimular el potencial y creatividad de los niños, además, de promover la

interacción y comunicación, de sentirse relajados, así como seguros en el ambiente hospitalario, es una experiencia positiva para los infantes.

Para Soares Maia y colaboradores, el juego como una acción asistencial de los profesionales de enfermería, mejora las prácticas y realiza un cuidado humanizado. Estos profesionales asumen un rol de gestión, formación y promoción en un ambiente lúdico, con acciones integradas entre jugar y cuidar, en el cuidado infantil.⁹⁰

Un estudio que identificó los beneficios de JT relevó que los niños al realizar la dinámica sintieron emociones positivas y favorables para su bienestar. Les fue fácil adaptarse a la realidad vivida en el hospital y después de estas sesiones aceptaron mejor los cuidados de los profesionales, establecieron una interacción que proporcionó un vínculo de confianza.⁹⁶

Otra investigación que indagó sobre el uso del JT describe que el hecho de que los niños puedan expresar las emociones negativas y solucionar una parte de sus demandas, los hizo sentir en el centro de la atención, lo que posibilitó un sano desarrollo de las emociones, se beneficiaron las relaciones interpersonales entre el equipo, el niño y la familia, ya que el bienestar de uno directamente afecta la condición del otro.¹⁷

Uno de los artículos que relata sobre la aplicación del JT en cirugía, refiere que éste permitió al niño expresar sus sentimientos, a través de la dinámica exteriorizaron emociones que les eran difíciles verbalizar, ayudó a los profesionales de enfermería a comprender no solo las emociones y demandas, sino todo su universo, lo que contribuyó a la planificación de un cuidado integral y humanizado.¹⁰⁰

Categoría 12: Opiniones y satisfacción de las madres acompañantes

Las madres acompañantes mostraron de manera general opiniones favorables sobre el empleo del JT, incluso se ofrecieron para colaborar y solicitan continuidad de esa práctica en el servicio. Sus voces se describen a seguir.

“...maravillosa atención (M1, 3, 4, 6, 9, 14, 15, 17, 18, 19),... todas muy amables (M1, 3, 4, 6, 7, 13, 14, 14, 15), ... esto fue algo nuevo en el hospital (M1, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 12), ... excelente idea (M2, 3, 5, 8, 9, 14, 15, 18, 19), ... podemos colaborar (M1, 5, 8, 18), ... aquí no hay recreación (M2, 5, 9),... no dejen de hacerlo (M1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 17),...esto es necesario (M1, 6, 10, 14)”

La respuesta de las familias a la aplicación del JT fue positiva. Aunque los padres no participaron directamente en la dinámica, se sintieron satisfechos con las explicaciones que se les ofrecieron a sus hijos, les fue posible percibir que los niños pueden llegar a comprender la necesidad de la hospitalización y poder vivir ese momento de una manera más tranquila y relajada.

En diferentes estudios sobre el tema, en países como Irlanda y Brasil identificaron la satisfacción de las familias con el JT. Según estos los padres perciben como sus hijos son capaces de afrontar ^{75,76, 100} este proceso de una forma diferente. En uno de ellos emergió la categoría de satisfacción de los cuidados, que según las autoras es fundamental en el proceso de hospitalización, cuando se brinda un servicio de calidad y habla a favor de un cuidado humanizado.

Otra investigación que analizó el uso del juego en la asistencia a los niños hospitalizados desde la perspectiva de los padres, describe que, en base a la percepción de estos, jugar es bastante eficaz en el tratamiento del niño hospitalizado, pues facilita la comunicación, participación y motivación en todo su proceso de hospitalización, lo que se torna un

cuidado más integral y humano. Incluyen también la significativa mejora tanto en el aspecto emocional como clínico, además de servir para promover una relación de confianza entre familiares y niños. Como beneficios resaltan mayor aproximación de los padres, mejor comprensión de los niños en cuanto a los cuidados y disminución del estrés que ocasiona la hospitalización. ¹⁰²

En la entrevista de las enfermeras también emergieron dos categorías que de manera general se relacionan con sus opiniones sobre la aplicación del estudio y su aceptación con las propuestas de cambio en el servicio. El proceso de involucramiento en las tareas de la investigación desde la primera etapa fue crucial para lograr los resultados alcanzados, así lo demuestran estas categorías.

Categoría 13. Opiniones de las enfermeras sobre los efectos de la aplicación del JT

El haber recibido entrenamiento y sentirse participes del proceso generado con el estudio le confirió valor al resultado de esta categoría. En ella puede percibirse la satisfacción del personal de enfermería tanto con el estudio, como con las acciones realizadas. Las voces que respaldan la categoría se pueden leer a continuación.

“... esta investigación es perfecta para solucionar los problemas con los niños (E1,2, 3, 5,6, 8, 9, 10, 14, 17, 18, 20, 22, 23, 25, 28, 29),... se le han dado solución muy rápidas algunas de las demandas de los niños (E1,2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 20, 21, 24, 25, 28)... si se logra la ludoteca eso mejora la estancia de los niños y se pueden realizar otras actividades (E1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 15, 18, 19, 20, 21, 26, 27, 30),... se pueden realizar juegos de mesas y materiales instructivos, traer libros (E 1, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 16, 23, 27, 29, 30).... realmente necesitamos un cambio en el servicio que se vea la sala como algo alegre (E1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 17,

18, 19, 23, 27, 29, 30), ... los niños están muy contentos con los cambios (E1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 12, 13, 17, 27, 28, 29, 30) ... los niños te ven diferentes (E 1, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 16, 24, 25)”.

Categoría 14. Aceptación de las propuestas de cambios para el servicio

Las transformaciones logradas con la investigación en el servicio se visibilizan en los criterios emitidos por las enfermeras. Las propuestas incluyeron cambios también para ellas, los cuales fueron aceptados. A seguir se colocaron los discursos que dan valor a la categoría.

“... realmente necesitamos un cambio en el servicio que se vea la sala como algo alegre (E1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 17, 18, 19, 23, 27, 29, 30),... si nos gustaría cambiar el uniforme, es verdad que sienten temor (E1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 22, 27, 28, 29, 30), ... la preparación es muy buena, sabíamos cómo hacerla, ... se debe seguir haciendo, (E 1, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 16, 24, 25)”.

De los artículos citados que indagaron sobre los criterios de las enfermeras con el empleo del JT, se registra que ellas aceptaron la necesidad de adquirir conocimientos sobre la tecnología y manifestaron que su prioridad es satisfacer las demandas de los niños y que se involucraron en el proceso de investigación con una mirada diferente.^{90,91} Elementos que de alguna manera se asemejan a los obtenidos en la tesis.

Otro aspecto también similar al emanado en estas categorías se puede comparar con el estudio sobre las perspectivas de las enfermeras sobre el JT, en el que manifestaron estar emocionadas con las reacciones del uso del uniforme de muñequitos, que ofrecía seguridad a los niños y evitaba el miedo que muchas veces dificulta las relaciones.⁹⁰

Es conocido de forma empírica que, en hospitales pediátricos de otros países, tienen establecidos el uso de ropa de colores y con diseños atractivos a la vista de los infantes. Por lo que esta posibilidad puede ser alcanzable, sobre todo por el valor que lleva implícito.

Los resultados del estudio realizado pueden ser comparado con otros que han empleado el JT e incluso los que han usado lo lúdico para transformar los servicios de pediatría. En base a ello se escribió el siguiente acápite.

3.4. Análisis de estudios de JT y de otras intervenciones lúdicas y su relación con la investigación

En correspondencia con el análisis de los resultados del estudio se realizó una búsqueda de investigaciones que utilizaron el JT y de otras que hicieron transformación del servicio de pediatría mediante la perspectiva lúdica. Al respecto de pudieron establecer similitudes (Cuadro 2 y 3) y diferencias.

Cuadro 2. Similitudes del estudio con otras investigaciones que utilizaron el JT

Estudio	Similitud
Uso del juguete terapéutico instructivo durante el ingreso de niños al hospital: percepción familiar. Brasil 2022	Resultados son satisfactorios Los profesionales que lo utilizan son enfermeras
Juguete terapéutico instructivo en el cuidado cultural del niño con diabetes tipo 1. Brasil 2021	
Percepción del niño hospitalizado acerca del juguete terapéutico instructivo en la terapia intravenosa. Brasil 2020	
Efectos del juguete terapéutico instructivo en la terapia intravenosa en niños hospitalizados. Brasil 2021	
El juego terapéutico y el impacto en la	
	Resultados son satisfactorios

hospitalización de niños: una revisión de los alcances. Brasil 2021	Los profesionales que lo utilizan son enfermeras El juguete terapéutico dramático
El juguete terapéutico dramático en atención primaria: Aportes para la sistematización de la asistencia de enfermería. Brasil 2021	
Contribución del juego terapéutico estructurado en un modelo de atención de enfermería para niños hospitalizados. Brasil 2016	
Un camino de posibilidades. Experiencias artísticas en una unidad de oncología pediátrica. España 2013	

Cuando se realiza un análisis de las similitudes del estudio, con otras investigaciones que han utilizado la tecnología de JT, se destacan los buenos resultados alcanzados en los ocho artículos encontrados, también las profesionales de enfermería como las que más lo utilizan. Concuerdan cuatro con modalidad de JT dramático. Otros aspectos encontrados se relacionan con los objetivos, en los que varios coinciden en analizar las bondades que ofrece esta tecnología para brindar un cuidado humanizado, en todos se coloca al paciente pediátrico en el centro del cuidado.

Cuadro 2. Similitudes del estudio con otras investigaciones que hicieron transformación del servicio de pediatría mediante la perspectiva lúdica

Estudio	Similitud
Las paredes cuentan: arte para humanizar un espacio de salud pediátrico. España, 2009	Resultados son satisfactorios
Effect of Play-based Occupational Therapy on Symptoms of Hospitalized Children with Cancer: A Single-subject Study. Iran, 2017	Resultados son satisfactorios
Intervención lúdica de enfermería en pacientes oncológicos con quimioterapia en hospital clínico quirúrgico, enero - abril, 2018. Cuba, 2018	Resultados son satisfactorios Los profesionales que lo utilizan son enfermeras

En los estudios encontrados en los que se transforma el servicio a partir de la perspectiva lúdica, también se describen resultados satisfactorios, en uno de ellos las investigadoras son enfermeras. Se destaca el valor del empleo de arte para la participación de infantes en los cambios del servicio según sus intereses. Las similitudes encontradas con los diversos estudios reafirman la actualidad del estudio y el valor de la metodología empleada según los propósitos de la investigación.

En cuanto a las diferencias entre estos estudios y la investigación que da salida a la tesis, se encontraron dos, una los referentes teóricos empleados y la otra es que ninguno trabajó el cambio en base a las demandas de cuidados. Los referentes utilizados en este estudio, como el Modelo de participación infantil de Lundy, le permitieron a la autora una participación activa de los infantes, los cuales realizaron sus demandas y hubo una retroalimentación dándole a conocer las transformaciones que se hicieron y las pendientes, tal como se plantea en el modelo, la enfermera adoptó un nuevo rol convirtiéndose en defensora de los derechos de cada infante.

En otros estudios que abordaron el juego como alternativa para la humanización del cuidado, también se encontraron resultados que respaldan estas variantes en la mejora de la calidad de la atención, es el caso de una investigación que utilizó el juego para ofrecer cuidados en oncología pediátrica. En la misma se concluye que los profesionales de enfermería perciben la importancia del uso de estrategias lúdicas en el cuidado en oncología pediátrica, ya que permiten la aproximación de las personas menores con el mundo infantil y promueven la humanización mediante el uso de la alegría en el cuidado. Se presentaron como formas importantes de comunicación, para proporcionar comodidad y permitir el ejercicio de la humanización en el servicio de salud.¹⁰³

Afirman además que los resultados del estudio destacan que el juego como una herramienta de gran poder en el cuidado pediátrico, ya que proporciona de manera efectiva

un cuidado holístico e integral, permite la aproximación del mundo infantil, suaviza los impactos generados en el entorno hospitalario resultantes de la hospitalización y asegura una mayor identificación de la persona menor con el lugar donde se encuentra.¹⁰³

Asimismo, una revisión bibliográfica que describió la terapia de la risa, como instrumento de consolidación del cuidado humanizado en el sector pediátrico declara que las actividades lúdicas realizadas para el estímulo de la creatividad, la alegría y el placer, surgen con el objetivo de llenar la laguna de la asistencia mecánica y rígida, prestada, principalmente, en el ambiente hospitalario. Ese tipo de práctica, además de fácil ejecución y bajo costo, trae cambios en el comportamiento de los niños frente a la internación, mejora la relación con el equipo de profesionales, permite la aceptación del tratamiento y la percepción más agradable acerca de la pediatría.¹⁰⁴

Otros estudios han abordado la humanización del cuidado en pediatría, entre ellos se encontró una investigación de Chile en la se declara que la percepción del cuidado humanizado en las unidades de pediatría envuelve un horizonte más amplio que en la atención a adultos, al involucrar niños y sus acompañantes/familiares, vinculan aspectos como la atención, preocupación y, a menudo, la participación afectiva con el paciente, que genera una tríada asistencial entre el personal de enfermería, los niños y niñas, y sus familiares o acompañantes.¹⁰⁵ No obstante, lo conocido de las diferencias entre la atención de adultos y pediatría, el estudio apunta a la características de la salud infantil para el cuidado humanizado.

El análisis realizado con otros estudios corrobora el valor de la investigación realizada, pues cada vez es más demandada la posibilidad de establecer estrategias que permitan humanizar el cuidado en pediatría. Dentro de esas estrategias el juego y la actividad lúdica

se encuentran entre las que más resultados han tenido, tanto desde la visión de los niños, las familias, como de las enfermeras.

Conclusiones del capítulo

La aplicación de un pilotaje de la dinámica DEC fue efectiva, dado que los resultados permitieron que emergieran categorías que respondían a las necesidades de los infantes y, además, se logró entrenar el equipo de investigación con la nueva tecnología.

La escala facial de las emociones adaptada al contexto cubano fue de gran utilidad, porque mediante ella se pudieron identificar sentimientos de los niños y adolescentes antes y después de aplicar el JT.

La aplicación de JT fue factible para involucrar a los participantes en los cambios del servicio, en consecuencia, la evaluación por parte de niños, adolescentes, familia y enfermeras fue favorable.

CONCLUSIONES

- Las demandas de cuidados infantil en el servicio de pediatría del Complejo Científico Ortopédico Internacional “Frank País” permitieron humanizar la atención con el empleo del Juguete Terapéutico, dado que se involucraron a niños y adolescentes como sujetos activos en la identificación de sus propias necesidades. Con lo cual se pudieron generar cambios adaptados a sus solicitudes, los cuales estuvieron enfocados en los aspectos de confort.
- La gestión para la ejecución de las acciones según las demandas de cuidados de los niños y adolescentes incluidos en el estudio fue fructífera, porque además de generar el empoderamiento de las enfermeras como representantes de los intereses de sus pacientes, permitió implicar a los directivos en las soluciones a las solicitudes realizadas.
- La exploración al egreso con los cuidados de enfermería en el servicio de ortopedia y traumatología fue satisfactoria, justificado con las categorías emergentes tanto de niños, adolescentes, familias y enfermeras, que además de elogiar el empleo del Juguete Terapéutico y sus consecuencias para todos los participantes, destacaron las transformaciones del servicio y las posibilidades de mantener las dinámicas como parte de la práctica asistencial.

RECOMENDACIONES

A la dirección de la institución:

Solucionar las demandas de cuidado pendientes identificadas en el estudio, así facilitar los insumos para la introducción de otras modalidades de Juguete Terapéutico que redundarían en la humanización del cuidado.

Al Departamento Nacional de Enfermería:

Utilizar la metodología y los resultados de esta investigación para extender la práctica del juguete terapéutico en otros servicios de pediatría del país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ribeiro CA, Borba RIH, Maia EBS, Carneiro F. O brinquedo terapêutico na assistência à criança: o significado para os pais. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. 2006;6(2):75-83. DOI: <https://doi.org/10.31508/1676-3793200600009>
2. Sartori Claus MI, Soares Maia EB, Basso de Oliveira AI, Landim Ramos A, Moreira DiasPL, Wernet M. La inserción del juego y los juguetes en las prácticas de enfermería pediátrica: investigación convergente asistencial. Esc Anna Nery. 2021; 25(3):e2020038. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0383>
3. Schaurich D, Paula Cardoso de C, Mello Padoin S M , Graça Corso da Motta M. Uso de la teoría humanista de Paterson y Zderad como posibilidad de práctica en enfermería pediátrica. Esc Anna Nery Revista de Enfermagem, 2005; 9(2): 265-270. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo/.oa?id-127720493015>
4. Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 8va ed. Barcelona: Elsevier; 1998
5. Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 8va ed. Barcelona: Elsevier; 2002
6. Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 8va ed. Barcelona: Elsevier, 2007.
7. Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 8va ed. Barcelona: Elsevier; 2011.
8. Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 8va ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
9. Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 8va ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
10. Diaz Rodriguez M, Alcântara RubioL, Aguilar Garcia D, Puertas Cristobal E, Cano Valera M. Orient formativas para un cuidado humanizado en enfermería: una revisión integrativa de la literatura. Enfermería Global.2020;58(604) Disponible en: <http://doi.org/10.601/eglobal.392321>
11. Lundy L (2007) "'Voice" is not enough: conceptualising Article 12 of the United Nations Convention on the Rights of the Child", British Educational Research Journal, 33:6, 927-942, available at: <http://dx.doi.org/10.1080/01411920701657033>
12. Fonseca CS, Ribeiro Ca, Hirooka Rg, Sanna Mc. Ludoterapia Con Juguete En Brasil: La Reconstrucción De La Historia De Su Creación E Implementación. Hist. Enf. Rev.

- Eletr (Here). 2014; 5(2): 206-223. Disponível em: <http://www.Abennacional.Org.Br/Centrodememoria/Here/Vol5num2artigo14.Pdf>
13. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 295, de 24 de outubro de 2004. Dispõe sobre a utilização da técnica do Brinquedo/Brinquedo Terapêutico pelo Enfermeiro na Assistência à criança hospitalizada. Brasília, DF[Internet]. 2004. [acesso: 27/05/2022]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2952004_4331.html
 14. Caleffi Ferreira CC, Rocha PK, Andersa J.C, Jatoba de Souzaa A.I, Berumén Burciagab V, da Silva Serapiãoa L. Contribuição do brinquedo terapêutico estruturado em um modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2016; 37(2):e58131. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58131>
 15. Da Cruz D, Virgínio N, Maia F, Martins D, de Oliveira A. Brinquedo terapêutico: revisão integrativa. Revista de Enfermagem UFPE on line [Internet]. 2013 [acesso: 15/03/2022]; 7(5):1443-8. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11631>
 16. Coelho HP, de Souza G dos SD, da Silva Freitas VH, dos Santos IRA, de Alencar Ribeiro C, de Lima Silva JMF, et al. Efectos del juguete terapéutico instructivo en la terapia intravenosa en niños hospitalizados. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2021 [acesso: 15/03/2022]; 37(2):e3743. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3743>
 17. Aranha BF, Souza MA, Pedroso GER, Maia EBS, Melo LL. Utilizando o brinquedo terapêutico instrucional durante a admissão de crianças no hospital: percepção da família. Rev Gaúcha Enferm. 2020; 41:e20180413. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20180413>
 18. Santos VLA, Almeida FA, Ceribelli C, Ribeiro CA. Understanding the dramatic therapeutic play session: a contribution to pediatric nursing. Rev Bras Enferm. 2020;73(4):e20180812. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0812>
 19. Martins MR, Ribeiro CA, Hirooka de Borba RI, Vieira da Silva C. Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2001; 9(2):76-85. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692001000200011>

20. Li WHC, Chung JOK, Ho KY. Play interventions to reduce anxiety and negative emotions in hospitalized children. *BMC Pediatr.* [Internet]. 2016 [access 2021 Jun 22]; 16:36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26969158/>
21. Silva SGT, Santos MA, Floriano CMF, Damião EBC, Campos FV, Rossato LM. Influence of Therapeutic Play on the anxiety of hospitalized school-age children: Clinical trial. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017;70(6):1244-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0353>
22. Falke ACS, Milbrath VM, Freitag VL. Estratégias utilizadas pelos profissionais da enfermagem na abordagem a criança hospitalizada. *Rev. Cont. Saúde.* [Internet]. 2018 [acesso 26 Jun 2021]; 18(34):9-14. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/7194>
23. Berté C, Ogradowski KRP, Zagonel IPS, Tonin L, Favero L, Almeida Jr RL. Brinquedo terapêutico no contexto da emergência pediátrica. *Rev baiana enferm.* 2017;31(3):e20378. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i3.20378>
24. Bertoncello Fontes C, Oliveira AS, Tosso. Juguete Terapêutico em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev enferm UFPE on line., Recife*, 11(Supl. 7):2907-15, jul., 2017 DOI: [10.5205/reuol.11007-98133-3-SM.1107sup201712](https://doi.org/10.5205/reuol.11007-98133-3-SM.1107sup201712)
25. Baltazar AP, Tonin L, Basegio LF, Makuch DM, Borges AR. Brinquedo terapêutico instrucional aplicado em crianças na utilização do cateter central de inserção periférica: percepção dos familiares. *Rev Soc Bras Enferm Ped.* 2020;20(2):87-96. DOI: <http://dx.doi.org/10.31508/1676-3793202000013>
26. Lopes F, Nascimento J, Cartaxo L. A influência da recreação terapêutica frente à recuperação da criança hospitalizada. *Rev UFG* [Internet]. 2018 [Acessado 2021 Ago 23]; 24:426-7. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/revistaufg/article/view/58630>
27. Lemos I, Oliveira J, Gomes E, Silva K, Silva P, Fernandes G. Brinquedo terapêutico no procedimento de punção venosa: estratégia para reduzir alterações comportamentais. *Rev Cuid (Bucaramanga).* 2016;7(1):116370. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.3033>
28. De Mula Fuentes B, Quintana M, Rimbau J, Martínez A, Úriz S, Rivera Pérez C, et al. Ansiedad, miedos hospitalarios y alteraciones conductuales en la hospitalización infantil. *Actas Españolas de Psiquiatría.* [Internet]. 2018 [citado 2021 Jun 15]; 46: 29. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=63581211>
29. Yayan EH, Zengin M, Düken ME, Suna YG. Reducción del dolor infantil y la ansiedad de los padres en el período posoperatorio: un modelo terapéutico en una

- muestra turca. Revista de enfermería pediátrica. 2020; 51:e8-e33. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.07.004>
30. Kiche Toni M, Amorim Almeida F. Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. Acta Paulista de Enfermagem [online]. 2009; 22(2) 125-130. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000200002>
 31. Pontes JE, Tabet E, Folkmann MÁ, Cunha ML, Almeida FA. Therapeutic play: preparing the child for the vaccine. Einstein (Sao Paulo). [Online].2015; 3(2):238-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082015AO2967.PMid: 26154545>
 32. Maharjan, P.; Murdock, D.; Tielemans, N.; Goodall, N.; Templo, B.; Askin, N.et.al Intervenciones para mejorar la experiencia de extracción de yeso para niños y sus familias: una revisión de alcance, niños 2021, 8, 130. DOI: <https://doi.org/10.3390/children8020130>
 33. Rashid AA, Cheong AT, Hisham R, et al. Efectividad del juego médico de simulación para mejorar los resultados de salud y el bienestar de los niños: una revisión sistemática. BMJ Abierto. 2021;11:e041506. doi: [10.1136/bmjopen-2020-041506](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041506)
 34. Frygner-Holm S, Russ S, Quitmann J, Ring L, Zyga O, Hansson M, et al. Pretend Play as an Intervention for Children With Cancer: A Feasibility Study. Journal of Pediatric Oncology Nursing.2019. DOI: [10.1177/1043454219874695](https://doi.org/10.1177/1043454219874695)
 35. Quintero Fleites EF, Programa de promoción de salud para infantes Preescolares de círculos infantiles. Santa Clara. 2011. Tesis de Doctorado en Ciencias de la Salud.
 36. Cruz Martín O, Hernández Meléndrez DE, Pérez Inerárity M. La promoción del bienestar en niños hospitalizados a través de una metodología interdisciplinaria. Medicentro Electrónica [Internet]. 2018 Jun [citado 2022 Oct 04] ; 22(2): 142-151. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432018000200006&lng=es.
 37. Asociación Médica Mundial (WMA). Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. World Medical Association; 2013 [cited 2018 Aug 01]. Available from: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
 38. United Nations. Resolution n.1386, of 20 November 1959. Declaration of the rights of the child. Official Records of the General Assembly [Internet]. New York; 1959

- [cited 2014 Feb 5]. Available from: <http://www.unicef.org/malaysia/1959-Declaration-of-the-Rights-of-the-Child.pdf>
39. Europea C. Carta Europea de los Niños Hospitalizados. Resolución de 13 de Mayo de. Diario Oficial de las Comunidades Europeas. 1986;148(37). Available from: <https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/fuentes1.asp?sec=13&subs=15&cod=692&page=>
 40. Situación de los niños en Cuba. UNICEF disponible <https://www.unicef.org/cuba>
<https://www.gacetaoficial.gob.cu/es/constitucion-de-la-republica-de-cuba-proclamada-el-10-de-abril-de-2019>.
 41. Gaceta Oficial No.87 Ordinaria de 2022.Ley 156/2022Código de las Familias. .tsp.gob.cu. Disponible en: <https://www.tsp.gob.cu/documentos/gaceta-oficial-no-87-ordinaria-de-2022>
 42. Castilla-Peón María Fernanda. Bienestar infantil: ¿es posible medirlo?. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en la Internet]. 2014 Feb [citado 2021 Oct 22] 71(1):61-64. Disponible en : http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462014000100010&lng=es
 43. Ford K, Dickinson A, Tineke W, Campbell S, Carter B. Child Centred Care: Challenging Assumptions and Repositioning Children and Young People, Journal of Pediatric Nursing (2018), DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.08.012>
 44. Foster, M. A New Model: The Family and Child Centered Care Model. Nursing praxis in New Zealand. [Internet]. 2015 [citado 2021 Jun 22]; 31(4). Disponible en: https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%252C5&q=38
 45. Randall, D., Munns, A., & Shields, L. Next steps: Towards child-focused nursing. Neonatal, Paediatric & Child Health Nursing, 16(2), 15–20. 2013 [cited 2018 Aug 01]. Available from: <https://search.informit.org/doi/10.3316/ielapa.714372040617344>
 46. Carter, B. Foter,K. Researching Children’s Health Experiences: The Place for Participatory, Child-Centered, Arts-Based Approaches , Res Nurs Health 2013, 36, 95–107(wileyonlinelibrary.com). DOI: <https://doi.org/10.1002/nur.21517>
 47. Voltarelli M.L, Gaitán Muñoz L y Leyra Fatou B. La sociología de la infancia y Bourdieu: diálogos sobre el campo en los países hispano-hablantes”, Polít. y Soc. 2018; 55(1):283-09 DOI: <https://doi.org/10.5209/poso.56119>

48. Carnevale, F. A. The VOICE Children's Nursing Framework: Drawing on childhood studies to advance nursing practice with young people. *Nursing Inquiry*,(2022). e12495.DOI: <https://doi.org/10.1111/nin.12495>
49. Carnevale FA. A “Thick” Conception of Children’s Voices: A Hermeneutical Framework for Childhood Research. *International Journal of Qualitative Methods*. January 2020. DOI: <https://doi.org/10.1177/1609406920933767>
50. Carnevale, F. Reconocer la voz del niño: desarrollando un nuevo paradigma para la ética de la infância. *Bioética Complutense* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 06]; 26: 13-9. Disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/137-2016-07-07-Bio%C3%A9tica%20Complutense%2026.pdf>
51. UNICEF Guidance on Child and Adolescent Participation as part of Phase III of the preparatory action for a European Child Guarantee Version 1.0 (December 2021) L. Lundy (2013), Un enfoque basado en los derechos del niño para involucrar a los niños en la toma de decisiones, JCOM 12(03): C02., Diagrama: UNICEF, 2019. Disponible en: <https://www.unicef.org/chile/media/7021/file/mod%201%20enfoue%20de%20derechos.pdf>
52. Lundy L (2007) "Voice" is not enough: conceptualising Article 12 of the United Nations Convention on the Rights of the Child", *British Educational Research Journal*, 33:6, 927-942, available at: <http://dx.doi.org/10.1080/01411920701657033>
53. Lundy L. Human Rights Law .The Speckled Bird of Educational Research [Internet]. [cited 2022 Jan 06]; <https://blog.eera-ecer.de/author/pro>
54. Byrne b Lundy.L .Derechos y opiniones de los niños con discapacidad. Aulas abierta a la inclusión .2021..pp55-72 DOI: <https://doi.org/10.2307/j.ctv1ksOfvr.7>
55. Faccioli SC, Tacla MTGM, Cândido L K, Ferrari RAP, Gabani FL. Punção venosa periférica o olhar da criança hospitalizada. *Rev Eletrônica Acervo Saúde* [Internet]. 2017; [citado 2021 ouubrot 6];9(4):1130-34. Disponível em: https://www.acervosaude.com.br/doc/26_2017.pdf
56. Kapkin, G, Manav, G, Muslu, G. Effect of therapeutic play methods on hospitalized children in turkey: A systematic review. *Erciyes Medical Journal*. [Internet]. 2020 [access 15 Jun 2021]; 42(2): 127-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.14744/etd.2019.94940>
57. Serradas Fonseca M L. Los derechos de los niños hospitalizados: Un compromiso ineludible. *ArchVenezPuerPed* [Internet]. 2008 Jun [citado 2021 Oct 20] ; 71(2) : 59-

66. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492008000200006&lng=es
58. Jansen MF, Santos RM, Favero L. Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2010 [citado 2021 Jun] 31(2):247-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n2/07.pdf>
59. Gallardo López JA; Gallardo Vázquez P. Teorías sobre el juego y su importancia como recurso educativo para el desarrollo integral infantil. *Revista Educativa Hekademos*, [Internet]. 2018 [citado 2021 Jun]. 24, Año XI Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6542602>
60. Silva SGT, Santos MA, Floriano CMF, Damião EBC, Campos FV, Rossato LM. Influence of therapeutic play on the anxiety of hospitalized school-age children: clinical trial. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(6):1244-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0353>. PMID:29160486.
61. Ribeiro WA, Coutinho VVA, Eduardo CRB, Silva Neto PF da, Pereira BV de O, Costa VS, Marciano LP. Contributos do brinquedo terapêutico no processo de cuidado a criança hospitalizada: um estudo da literatura. *RSD* [Internet]. 2020 [acesso 23 ago 2021]; 9(7):e1000974706. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4706>
62. Koller D. Child Life Council Evidenced-Based Practice Statement: Therapeutic Play in Pediatric Health Care: The essence of child life practice. Rockville, MD: Child Life Council [Internet]. 2008 [access: 15/03/2022]. 53-8. Available from: https://www.childlife.org/docs/default-source/research-ebp/ebp-statements.pdf?sfvrsn=6395bd4d_2
63. Hernández – Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Mc Graw – Hill Interamericana: Ciudad de México; 2018
64. Pope N, Tallon M, Leslie G, Wilson S. Ask me: Children's experiences of pain explored using the draw, write, and tell method. *Journal for specialists in pediatric nursing: JSPN.* 2018 ; 23(3): e12218. DOI : <https://doi.org/10.1111/jspn.12218>
65. Mandie F, Whitehead L. Using Drawings to Understand the Child's Experience of Child-Centred Care on Admission to a Paediatric High Dependency Unit. *Journal of*

- Child Health Care Ç. 2019; 23(1): 102–17. DOI: <https://doi.org/10.1177/1367493518778389>.
66. Bardin L. Análise de conteúdo: A Visão de Laurence Bardin. Revista Eletrônica de Educação. 2012; 6(1): 383-7. DOI : <http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/view/291/156>
67. García-Galicia A, Lara-Muñoz MC, Arechiga-Santamaría A, Álvaro J M, López-colombo A. Validez y consistencia de una nueva escala (facial del dolor) y de la versión en español de la escala de CHEOPS para evaluar el dolor postoperatorio en niños. [Internet]. 2012 [citado 23 ago 2021]; 80(2) 510-515. Disponible em: <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2012/cc126e.pdf515>.
68. Marcano, A.A., Figueredo, A.M., Orozco, G. Evaluación de la ansiedad y miedo en niños escolares en la consulta odontopediátrica Revista de Odontopediatria Latinoamericana [Internet]. 2012 [citado 23 ago 2021]; 2, (2), Disponible em: <https://backup.revistaodontopediatria.org/ediciones/2012/2/art-7/>
69. Ramírez Aragundy PE. Respuestas emocionales ante el tratamiento odontológico en pacientes pediátricos utilizando la Escala FLACC. [Internet]. 2020 [Acessado 2021 Ago 23]; 24:426-7. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/49755>
70. Galván Bendezú JR. Nivel de miedo y ansiedad antes y después del tratamiento de terapia pulpar en niños de 6 a 8 años de edad que asisten a la clínica estomatológica pediátrica en la Universidad Alas Peruanas - filial Ica en los meses de Agosto - Octubre 201 2020 [Internet] 2016. [Acessado 2021 Ago 27] <https://hdl.handle.net/20.500.12990/7480>
71. Miró J., Huguet A., Nieto R., Paredes S., Baos J. Valoración de la escala de dolor de caras-revisada (faces pain scale-revised) para evaluar la intensidad del dolor pediátrico en niños castellano parlantes. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2005; 12(7): 407-416. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000700003&lng=es
72. Universidad de Ciencias Médicas La Habana., Enfermería Comunitaria y Familiar. Curso Enfermería Noveno Grado.2021
73. Universidad de Ciencias Médicas La Habana. Enfermería Pediátrica. Técnico Superior en enfermería. 2018. Educación Superior de Ciclo Corto
74. Universidad de Ciencias Médicas La Habana. Enfermería Clínico Quirúrgica I, II. Técnico Superior en Enfermería. 2018.Educación Superior de Ciclo Corto

75. Universidad de Ciencias Médicas La Habana. Fundamentos de Enfermería. Técnico Superior en enfermería. 2018. Educación Superior de Ciclo Corto
76. Universidad de Ciencias Médicas La Habana. Enfermería Clínico Quirúrgica. Licenciatura en Enfermería. 2018. Educación Superior
77. Universidad de Ciencias Médicas La Habana. Enfermería en Neonatología y Pediatría. Plan de estudio y Programas de las especialidades. 2019
78. Universidad de Ciencias Médicas La Habana. Maestría en Ciencias de la Enfermería. Plan de estudio de Post grado. 2018
79. Creswell JW. Proyecto de pesquisa. Métodos Cualitativos ,cuantitativos y mixtos. 3 Edición. Brasil. Artemed. 2010
80. Díaz Salazar I, Enciso Arámbula Y, González Castillo R, Mendoza Castillo S y Fonseca Ávalos RA. La televisión y su influencia en los niños. Enseñanza e Investigación en Psicología [Internet]. 2019 [citado 23 ago 2021]; número especial: 28-33. Disponible en: <https://revistacneip.org/index.php/cneip/article/view/54/44>
81. Cifuentes-Faura J. Consecuencias en los niños del cierre de escuelas por Covid– 19: el papel del gobierno, profesores y padres. Revista Internacional de Educación para la Justicia Social [Internet]. 2020 [citado 2021 Ago 23]; 9(3): 1-12. Disponible en: <https://revistas.uam.es/riejs/article/view/12216/12089>
82. Cerisola A. Impacto negativo de los medios tecnológicos en el neurodesarrollo infantil. Pediatr Panamá [Internet]. 2017 [citado 2021 Ago 23]; 46(2): 126-131 <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/08/848347/126-131.pdf>
83. Broche-Pérez Y, Fernández-Castillo E, Reyes Luzardo DA. Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. Rev Cubana Salud Pública. [Internet]. 2020 [citado 2021 Jul 27]; 46(Suppl 1): e2488. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662020000500007&lng=es. Epub 20-Nov-2020.
84. Bahia Figueiredo A, Martins Ribeiro C, Bitencourt Neiva AC. (2020). #stayathome?: Increased children's emotion regulation in covid-19 pandemic. Estudos de Psicologia. [Internet]. 2020 [Access 2021 Aug 23]; 25(2), 232-242. Available from: <https://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20200023>
85. Etchebere Arenas G, León Siri RD, Silva Paredes F, Fernández Hernández DS, Quintana Sassone SM. Percepciones y emociones ante la pandemia: recogiendo las voces de niños y niñas de una institución de educación inicial pública del Uruguay. Psicol. Conoc. Soc. [Internet]. 2021 [citado 2021 Ago 23]; 11(1): 5-23. Disponible

- en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-70262021000100005&lng=es
86. Loureiro MF, Borges Charepe Z. Estrategias para aumentar la satisfacción de los cuidados de enfermería de niños hospitalizados: panel Delphi. *Enferm. glob.* [Internet]. 2021 [citado 2021 Ago 23]; 20(62): 129-175. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-1412021000200005&lng=es
87. Lopes F, Nascimento J, Cartaxo L. A influência da recreação terapêutica frente à recuperação da criança hospitalizada. *Rev UFG* [Internet]. 2018 [Acessado 2021 Ago 23]; 24:426-7. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/revistaufg/article/view/58630/331>
88. Ekman P. Emotional Awareness: Overcoming the Obstacles to Psychological Balance and Compassion. *Semanticscholar.org*. [Internet] 2008. [Acessado 2021 Ago 23]. <https://www.semanticscholar.org>
89. García-Galicia A, et al. Validación de una escala facial de dolor en pacientes geriátricos posquirúrgicos. *Cir. cir.* [revista en la Internet]. 2021; 89 (2): 212-217. Disponible en: <https://doi.org/10.24875/ciru.20000094>
90. Maia EBS, La Banca RO, Rodrigues S, Pontes ED, Sulino MC, Lima RAG. A força brincar-cuidar na enfermagem pediátrica: perspectivas de enfermeiros em grupos focais. *Texto Contexto Enferm.* 2022; 31:e20210170. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0>
91. Maia EBS, Ohara CVS, Ribeiro CA. Ensino do brinquedo terapêutico na graduação em enfermagem: ações e estratégias didáticas utilizadas por professores. *Texto Contexto Enferm.* 2019; 28:e20170364. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0364>
92. Abellán García A, Catalán CE. Envejecimiento y dependencia: la demanda de cuidados. *Panorama social.* [Internet] 2010. [Acessado 2021 Ago 27] 11 (3) 197-212, DOI: <http://dx.doi.org/10.18235/0000984>
93. Silveira, A., Centenaro, A., & Picollo, B. (2022). Trabalho de enfermagem em unidade de internação pediátrica: desafios do cotidiano. *Enfermagem em Foco*, 12(6). doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4926>
94. Sousa CS, Barreto BC, Santana GA, Miguel JV, Braz LS, Lima LN, et al. El juego terapéutico y el impacto en la hospitalización de niños: revisión del alcance. *Rev Soc*

- Bras Enferm Ped. 2021;21(2):173-80.DOI: <http://dx.doi.org/10.31508/1676-379320210024>
95. Pedrinho LR, Shibukawa BMC, Rissi GP, Uema RTB, Merino MFGL, Higarashi IH. O brinquedo terapêutico na atenção primária: contribuições para a sistematização da assistência de enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2021; 30:e20200616. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0>
96. Kenny M, Duffy K, Hilliard C, O'Rourke M, Fortune G, Smith O. et al. Puede ser difícil encontrar las palabras correctas': las necesidades de los padres al romper noticias y comunicación para niños con cáncer y sus hermanos, *Journal of Psychosocial Oncology*, (2021)39:4, 571-585, DOI: <https://doi.org/10.1080/07347332.2021.1890305>
97. Ullán, A. M., & Manzanera, P. 2009: Las paredes cuentan: Arte para humanizar un espacio de salud pediátrico. *Arte, individuo y sociedad*, 21: 125-146 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=513551277009>
98. Silva MKCO, Ferraz LCC, Farias MB, Januário JKC, Vieira ACS, Moreira RTF, , et al. A utilização do lúdico no cenário da hospitalização pediátrica. *Rev enferm UFPE on line.* 2019;13:e238585 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.238585>
99. Lione Melo LI, Ranier Martins E. La ludoteca como posibilidad para desvelar la rutina del niño con cáncer en tratamiento ambulatorio. *Rev Esc Enferm USP.* [Internet]. 2010; [citado 2022 septiembre 6]; 44(2):517-25 Disponível em: <https://www.ee.usp.br/reeusp>
100. Cardoso NR, Prado PF, Souza AAM, Figueiredo ML. Viviendo el proceso quirúrgico: percepción y sentimientos del niño. *Rev baiana enferm.* 2017;31(3):e17648. DOI: [10.18471/rbe.v31i3.17648](https://doi.org/10.18471/rbe.v31i3.17648)
101. Santos, R. A. dos ., & Minayo, M. C. de S. . (2020). Subjetividade e cuidado na hospitalização pediátrica. *Saúde Coletiva* (Barueri), 9(50), 1823–1830. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2019v9i50p1823 - 1830>
102. Melo Olivera EM, The involvement of parentes in the health care provided to hospitalized children. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2014,v.22n.03,pp432-439 Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3308.2434>
103. Cardoso L S, Mendonça E, Prado Mara RM C, Matos Almeida R, Andrade J V. El cuidado humanizado en oncología pediátrica y la aplicación del juego por la

- enfermería. Enfermería Actual de Costa Rica [Internet]. 2021 June [cited 2022 Dec 10]; (40): 43284. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i40.43284>
104. Soares Cardoso J, Silva Faria AK, Revista UNILUS Ensino e Pesquisa, v. 15, n. 41, out./dez. [Internet] 2018, [cited 2022 Dec 10]; ISSN 2318- 2083. Disponible en: <http://revista.lusiada.br/index.php/rueprevista.unilus@lusiada.br>
105. Fernández Silva C A, Mansilla Cordeiro E J, Aravena F A, Antifirre Mansilla B, Garcés Saavedra M I. Perception of Hospitalized Patients Regarding Nursing Care. Enfermería. [Internet]. 2022; [cited 2022 Dec 10]; 11(1): e2635. Disponible en: <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2635>

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Liu MC, Chou FH. Play effects on hospitalized children with acute respiratory infection: An experimental design study. *Biol Res Nurs*. [Internet]. 2021 [acceso 20 de julio 2022];430-441. Disponible en: <https://www.sagepub.com/home/brn>

Godino-Iáñez MJ, Martos-Cabrera MB, Suleiman-Martos N, Gómez-Urquiza JL, Vargas-Román K, Membrive-Jiménez MJ, Albendín-García L. Play therapy as an intervention in hospitalized children: A systematic review. *Healthcare* [Internet]. 2020 [acceso 2 de agosto 2022];8-239. Disponible en: <http://www.mdpi.com/journal/healthcare>.

Zengin M, Hilal Yayan E, Emin Düken M. The effects of a therapeutic play/play therapy program on the fear and anxiety levels of hospitalized children after liver transplantation. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. [Internet]. 2020 [acceso 5 de agosto 2022] Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.07.006>

Drape K, Greenshields S. Using play as a distraction technique for children undergoing medical procedures. *Br J of Nurs*, [Internet]. 2020 [acceso 10 de agosto 2022];29(3):142-143. Disponible en: <https://www.magonlineibrary.com>

Rashid AA, Cheong AT, Hisham R, Shamsuddin NH, Roslan D. Effectiveness of pretend medical play in improving children's health outcomes and well-being: a systematic review. *BMJ Open*. [Internet]. 2021 [acceso 11 de agosto 2022]. Disponible en: <https://doi:10.1136/bmjopen-2020-041506>

Sousa CS, Barreto BC, Santana GA, Miguel JV, Braz LS, Lima LN, et al. O brinquedo terapêutico e o impacto na hospitalização da criança: revisão de escopo. *Rev Soc Bras Enferm Ped*. [Internet]. 2021 [acceso 12 de agosto 2022];21(2):173-80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31508/1676-379320210024>

Gjærde LK, Hybschmann J, Dybdal D, Krogh Topperzer M, Arnborg Schrøder M, Louise Gibson J et al. Play interventions for paediatric patients in hospital: a scoping review. *BMJ Open* [Internet]. 2021 [acceso 12 de agosto 2022]; 11:e051957. Disponible en: <https://doi:10.1136/bmjopen-2021-051957>

ANEXOS

Anexo 1

 **Me siento muy feliz porque:**
.....
.....

 **Me siento feliz porque:**
.....
.....

 **Me siento triste porque:**
.....
.....


 **Me siento muy triste porque:**
.....
.....


 **Me siento enojado porque:**
.....
.....


 **Me siento nervioso porque:**
.....
.....

 **Me siento con dudas porque:**
.....
.....

 **Me siento asustado porque:**
.....
.....

 **Me siento preocupado porque:**
.....
.....

 **Me siento sorprendido porque:**
.....
.....

 **Me siento cansado porque:**
.....
.....

Anexo 2
REPÚBLICA DE CUBA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DICTAMEN No. 42/22

La que suscribe DrC Jannette Rodríguez González, Decana del ICBP. “Victoria de Girón”, a propuesta del Consejo Científico de la facultad, ha analizado la solicitud de la **Lic. Ledia Ramos García, Profesora Asistente**, perteneciente al ICBP “Victoria de Girón”, sobre el otorgamiento de créditos académicos por:

Taller: Aplicaciones del Juguete Terapéutico en servicios de pediatría ortopédica y traumatológica

Documentos Revisados: Programa que cumple con los requerimientos establecidos en la Resolución 132/04.

Fundamentación: La humanización del cuidado está dentro de las tendencias actuales de las ciencias de la Enfermería y al respecto se valoran diferentes perspectivas, una de ellas es el empleo de tecnologías que contribuyan a este objetivo, como es el caso del JT. Su empleo ha sido estudiado en varios servicios de pediatría, como la oncología, la cirugía, cuidados intensivos, entre otros. Aplicar el JT en los servicios pediátricos de la ortopedia y traumatología es también una necesidad, dada las circunstancias de los pacientes que pueden permanecer encamados por largo periodos de tiempo y la recurrencia de las cirugías. De ahí el objetivo con el que se desarrolla este taller en el empleo del juguete terapéutico para la humanización del cuidado de enfermería en servicios de pediatría ortopédica y traumatológica. El “juguete terapéutico” (JT) es una tecnología del cuidado utilizada por los profesionales de enfermería para mejorar la calidad de la atención. Se realiza con el objetivo de disminuir la ansiedad, miedo y dudas asociadas a una situación no habitual en la vida de infantes y para auxiliar en la preparación de procedimientos terapéuticos. Es indicado para cualquier niño o niña en situación de estrés y puede ser desenvuelto por profesionales de diversas áreas, siendo enfermería una de ellas. Tiene como objetivo aplicar la tecnología de juguete terapéutico para la humanización del cuidado de Enfermería, orientar su actuación en función de las necesidades de los pacientes pediátricos.

Tiene **Carácter Municipal** con 36 horas de duración, del 25 al 26 de marzo de 2022

Sede: Complejo Científico Ortopédico Internacional CCOI “Frank País”.

Por lo que he decidido: Otorgar 1 créditos académicos a los cursistas.

Para la confección del certificado a los profesores se tendrán en cuenta las horas impartidas correspondientes.

OBSERVACIONES: El programa se replicará cuantas ediciones se consideren, durante el año de vigencia de este Dictamen.

DrC Jannette Rodríguez González
Decana

Fecha: 15 de marzo 2022

Anexo 3

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA.

ICBP VICTORIA DE GIRÓN. PLAYA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA.

PROGRAMA

Tipo de actividad: Taller: Aplicaciones del Juguete Terapéutico en servicios de pediatría ortopédica y traumatológica

Coordinador: Lic. Ledia Lázara Ramos García, especialidad Ortopedia. Profesora asistente. Aspirante a Investigador.

Centro de trabajo: Complejo Científico Ortopédico Internacional CCOI “Frank País”.

Correo electrónico: lediarg@gmail.com

Teléfonos: Móvil: 54135352

COLECTIVO DE PROFESORES QUE IMPARTIRÁN EL Taller

Nombre y apellidos	Categoría docente
Ledia Ramos García	Profesor Asistente

Matricula propuesta: 20 profesionales de Enfermería

Centro acreditado: ICBP Victoria de Girón

Especialidad que propone: Ortopedia

Fecha propuesta: 25 y 26 de marzo 2022

Lugar donde se impartirá: Complejo Científico Ortopédico Internacional CCOI “Frank País”.

Desarrollado a tiempo: Completo. Parcial

Total de horas: 16 horas

Nivel: Municipal.

Dirigido a: Profesionales de Enfermería.

Fundamentación: La humanización del cuidado está dentro de las tendencias actuales de las ciencias de la Enfermería y al respecto se valoran diferentes perspectivas, una de ellas es el empleo de tecnologías que contribuyan a este objetivo, como es el caso del JT. Su empleo ha sido estudiado en varios servicios de pediatría, como la oncología, la cirugía, cuidados intensivos, entre otros.

Aplicar el JT en los servicios pediátricos de la ortopedia y traumatología es también una necesidad, dada las circunstancias de los pacientes que pueden permanecer encamados por largo periodos de tiempo y la recurrencia de las cirugías. De ahí el objetivo con el que se desarrolla este taller en el empleo del juguete terapéutico para la humanización del cuidado de enfermería en servicios de pediatría ortopédica y traumatológica.

La hospitalización es un proceso estresante que genera ansiedad para los infantes y las familias, es un entorno desconocido, en muchas ocasiones poco acogedor, el niño tienen que adaptarse a las condiciones hospitalarias las cuales son difíciles, se cambia las rutinas de

vida y pueden dificultar el enfrentamiento a la enfermedad por lo que es juguete terapéutico ayuda en momentos de estrés y disminuye los efectos negativos de la hospitalización y fortalece la triada pediátrica

El “juguete terapéutico” (JT) es una tecnología del cuidado utilizada por los profesionales de enfermería para mejorar la calidad de la atención. Se realiza con el objetivo de disminuir la ansiedad, miedo y dudas asociadas a una situación no habitual en la vida de infantes y para auxiliar en la preparación de procedimientos terapéuticos. Es indicado para cualquier niño o niña en situación de estrés y puede ser desenvuelto por profesionales de diversas áreas, siendo enfermería una de ellas. (1)

Objetivos Generales:

1- Aplicar la tecnología de juguete terapéutico para la humanización del cuidado de Enfermería, orientar su actuación en función de las necesidades de los pacientes pediátricos.

2-Desarrollar el sistema de capacidades intelectuales, actitudes y conductas de los profesionales que le permitan enfrentarse de forma activa, consciente, independiente y creadora a la solución de los problemas mediante el juguete terapéutico.

3-Mostrar disposición y destreza en la aplicación de la tecnología de juguete terapéutico para brindar una atención de calidad e humanizar la atención de enfermería.

Plan temático

Programa.

TEMA. Humanización del cuidado de enfermería mediante Juguete Terapéutico en servicios de pediatría ortopédica y traumatológica

Número de horas: 12

Objetivo: Aplicar en la práctica asistencial la tecnología de juguete terapéutico

Contenido: Introducción, concepto, modalidades, aplicaciones y ventajas.

Sistema de evaluación: clase práctica

Plan Calendario

Tema o Contenido	Formas de Org. de la Docencia	No. de Horas presenciales	Estudio Independiente	Total	Profesor
Tema. Introducción, modalidades, aplicaciones y ventajas	Conferencia	8	16	24	Lic. Ledia Ramos García
	Clase práctica	4	8	12	
TOTAL		12	24	36	

Temas y Total de Horas a Impartir por Profesor

Profesores	Horas de docencia
Lic. Ledia Ramos García	12
Total	12

Estrategia Docente

El taller está conformado por una conferencia y una clase práctica ,donde se inicia con los antecedentes del juguete terapéutico ,su surgimiento, definición, modalidades, aplicación y ventajas para los infantes hospitalizados.

Este taller se desarrolla de manera presencial en unos 4 días para los servicios de pediatría ortopédica y traumatológica,8 horas de conferencia y 4 de práctica en los servicios.

La evaluación será frecuente. La frecuente se desarrollará durante las actividades docentes teóricas o prácticas y la práctica en los servicios.

Requisitos de Ingreso.

- Ser enfermero de los servicios de pediatría.
- Estar vinculado al área de Ortopedia y Traumatología.

Medios de enseñanza:

El proceso docente tendrá un enfoque activo, con una metodología dinámica y formas de enseñanza donde se integran un mínimo de conferencias y diálogos docentes. Se realizarán intercambios que utilizarán como escenario docente el aula y las sala.

Materiales:

Computadora, pizarra, muñecos, material gráfico y de arte.

Sistema de Evaluación.

Artículo 25. Al concluir cualquier actividad de superación profesional de las formas definidas en los artículos precedentes, el estudiante recibe un certificado, si satisface las exigencias del programa. Las evaluaciones se expresan con las calificaciones de Excelente (5), Bien (4), Aprobado (3) o Desaprobado (2)

Bibliografía Recomendada.

- 1- Sartori Claus MI, Soares Maia EB, Basso de Oliveira AI, Landim Ramos A, Moreira Dias PL, Wernet M. La inserción del juego y los juguetes en las prácticas de enfermería pediátrica: investigación convergente asistencial. Esc Anna Nery. 2021; 25(3):e2020038. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0383>
- 2- Ribeiro CA, Borba RIH, Maia EBS, Carneiro F. O brinquedo terapêutico na assistência à criança: o significado para os pais. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. 2006;6(2):75-83. DOI: <https://doi.org/10.31508/1676-3793200600009>
- 3- Koller D. Child Life Council Evidenced-Based Practice Statement: Therapeutic Play in Pediatric Health Care: The essence of child life practice. Rockville, MD: Child Life Council [Internet]. 2008 [access: 15/03/2022]. 53-8. Available from: https://www.childlife.org/docs/default-source/research-ebp/ebp-statements.pdf?sfvrsn=6395bd4d_2
- 4- Aranha BF, Souza MA, Pedroso GER, Maia EBS, Melo LL. Utilizando o brinquedo terapêutico instrucional durante a admissão de crianças no hospital: percepção da

- família. Rev Gaúcha Enferm. 2020; 41:e20180413. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20180413>
- 5- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 295, de 24 de outubro de 2004. Dispõe sobre a utilização da técnica do Brinquedo/Brinquedo Terapêutico pelo Enfermeiro na Assistência à criança hospitalizada. Brasília, DF[Internet]. 2004. [acesso: 27/05/2022]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2952004_4331.html
 - 6- Caleffi Ferreira CC, Rocha PK, Andersa J.C, Jatoba de Souza A.I, Berumén Burciagab V, da Silva Serapião L. Contribuição do brinquedo terapêutico estruturado em um modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2016; 37(2):e58131. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58131>
 - 7- Da Cruz D, Virgínio N, Maia F, Martins D, de Oliveira A. Brinquedo terapêutico: revisão integrativa. Revista de Enfermagem UFPE on line [Internet]. 2013 [acesso: 15/03/2022]; 7(5):1443-8. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11631>
 - 8- Martins MR, Ribeiro CA, Hirooka de Borba RI, Vieira da Silva C. Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2001; 9(2):76-85. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692001000200011>
 - 9- UNICEF. Convención sobre los Derechos del Niño. Unicef Comité Español [Internet]. 2015 [acesso: 15/03/2022]. 1-56. Disponible en: <https://www.unicef.es/publicacion/convencion-sobre-los-derechos-del-nino>
 - 10- Tavares Souza M, Dias Silva M, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein (São Paulo). 2010; 8(1):102-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
 - 11- Santos da Costa CM, Pimenta de Mattos CA, Nobre Cuce MR. Estrategia PICO para la construcción de la pregunta de investigación y la búsqueda de evidencias. Rev Latinoam Enfermagem. 2007; 15(3):508-11. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>
 - 12- Mendes Dal Sasso K, Silveira de Campos Pereira RC, Galvão CM. Revisión integradora: método de investigación para la incorporación de evidencias en la salud y la enfermería. Texto Contexto Enferm, Florianópolis [Internet]. 2008 [acesso: 15/03/2022]; 17(4):758-64. Disponible en: <https://www.readcube.com/articles/10.1590/S0104-07072008000400018>
 - 13- Sousa CS, Barreto BC, Santana GAS, Miguel JVF, Braz LS, Lima LN, Melo MC. O brinquedo terapêutico e o impacto na hospitalização da criança: revisão de escopo. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. 2021; 21(2):173-80. DOI: <https://doi.org/10.31508/1676-379320210024>
 - 14- Esteves Veras Fontes A, Melo Santana LD, Sabino da Silva A, Silva Gusmão MV, Cristino Saturnino J, Rocha Pessoa Ellen. Jugando em el hospital: retrato de enfermeiros que trabajan em uma unidad pediátrica. Rev Enferm Atenção Saúde. 2021; 10(1):e202104. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v10i1.3938>
 - 15- Rainato MS, Rocha EL, Ferrari RAP. Brinquedo terapêutico: percepção da equipe de enfermagem na perspectiva da fenomenologia social. Revista Saúde (Sta. Maria). 2020; 46(2):e35112. DOI: <https://doi.org/10.5902/2236583435112>
 - 16- Castilla Peón MF. Bienestar infantil: ¿es posible medirlo? Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [Internet]. 2014 [acesso: 15/03/2022]; 71(1):61-4. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462014000100010&lng=es

- 17- Coelho HP, de Souza G dos SD, da Silva Freitas VH, dos Santos IRA, de Alencar Ribeiro C, de Lima Silva JMF, et al. Efectos del juguete terapéutico instructivo en la terapia intravenosa en niños hospitalizados. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2021 [acceso: 15/03/2022]; 37(2):e3743. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3743>
- 18- Cardoso NR, Prado PF, Souza AAM, Figueiredo ML. Experiencing the surgical process; the child's perception and feelings. Rev baiana enferm. 2017; 31(3):e17648. DOI <https://doi.org/10.18471/rbe.v31i3.17648>
- 19- Melo LL, Pedroso GER, Garcia APRF. O brincar de irmãos de crianças hospitalizadas após visita hospitalar. Rev enferm UFPE [Internet]. 2019; 13:e240898 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.240898>
- 20- Gjørde LK, Hybschmann J, Dybdal D, Krogh Topperzer M, Arnborg Schrøder M, Louise Gibson J, et al. Play interventions for paediatric patients in hospital: a scoping review BMJ Open. 2021; 11:e051957. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051957>
- 21- Yayan EH, Zengin M, Düken ME, Suna YG. Reducción del dolor infantil y la ansiedad de los padres en el período posoperatorio: un modelo terapéutico en una muestra turca. Revista de enfermería pediátrica. 2020; 51:e8-e33. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.07.004>
- 22- Delfini G, Pereira RROO, Melo LL, Garcia APRF. The act of playing as a signifier for the application of the dramatic Therapeutic Toy performed by the nurse: theoretical reflection. Rev Bras Enferm. 2022; 75(2):e20210062. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0062>
- 23- Maia EBS, La Banca RO, Rodrigues S, Pontes ED, Sulino MC, Lima RAG. A força brincar-cuidar na enfermagem pediátrica: perspectivas de enfermeiros em grupos focais. Texto Contexto Enferm. 2022; 31:e20210170. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0>
- 24- Santos VLA, Almeida FA, Ceribelli C, Ribeiro CA. Understanding the dramatic therapeutic play session: a contribution to pediatric nursing. Rev Bras Enferm. 2020; 73(4):e20180812. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0812>
- 25- Pedrinho LR, Shibukawa BMC, Rissi GP, Uema RTB, Merino MFGL, Higarashi IH. O brinquedo terapêutico na atenção primária: contribuições para a sistematização da assistência de enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2021; 30:e20200616. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0>
- 26- Maia EBS, Ohara CVS, Ribeiro CA. Ensino do brinquedo terapêutico na graduação em enfermagem: ações e estratégias didáticas utilizadas por professores. Texto Contexto Enferm. 2019; 28:e20170364. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0364>

Minicurriculo del Claustro

Profesor: Ledia Lazara Ramos García

Categoría docente: Profesor asistente

Centro de trabajo: Complejo Científico Ortopédico Internacional “Frank País”

Cargo: Supervisora

Experiencia laboral: 30 años

Especialidad: ortopedia

Maestría: 1 en curso

Postgrados recibidos: Cursos, diplomados, maestría, doctorado

Postgrados impartidos: Diplomado

Publicaciones: 3 y 3 en curso

Investigaciones: 1



REPUBLICA DE CUBA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

☎ (537) 6438782-83
FAX (537)
✉ info@ensap.sld.c
100 e/ E y Perla Calle
Boyeros La Habana
<http://www.ensap.sld.u>

Anexo 4

La Habana, 10 de enero 2020

”Año 62 de la Revolución”

AVAL

Atte. Consejo Científico “Facultad Manuel Fajardo”

A solicitud de la Lic. Ledia García Ramos, enfermera especializada que presta servicios en el Complejo Científico Ortopédico Internacional “Frank País”, certificamos que el proyecto de investigación institucional titulado: “Juguete terapéutico en la cura de herida quirúrgica en servicios de pediatría ortopédica.” que ella elaboró y presentó constituye una tarea del proyecto “Gestión del Programa Nacional de Atención Materno Infantil en el contexto cubano actual. 2018-2021” el cual está APROBADO por el Programa Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación No. 2 “Organización, eficiencia y calidad de los servicios” mediante el número de registro 1902072.

Y para que así conste firmo la presente,

Dra. María Cecilia Santana Espinosa

Coordinadora del proyecto “Gestión del Programa Nacional de Atención Materno

Infantil en el contexto cubano actual. 2018-2021

Anexo 5

Carta informativa y Consentimiento Dialogado

Carta Informativa

Título de la Investigación: Humanización del cuidado de enfermería mediante juguete terapéutico en servicios de pediatría ortopédica y traumatológica

Investigadora Principal: Lic: Ledia Lázara Ramos García

Complejo Científico Ortopédico Internacional “Frank País”. Supervisora del Departamento de Enfermería

Propósito General de la Investigación: Humanizar el cuidado infantil mediante el juguete terapéutico, durante la hospitalización en el servicio de pediatría del Complejo Científico Ortopédico Internacional “Frank País

Esta investigación responde a uno de los temas del primer Programa Doctoral de Enfermería en el Complejo Ortopédico Internacional “Frank País” aprobado por la dirección del centro con la colaboración de la Escuela Nacional de Salud Pública y la Facultad Finlay Albarrán.

Procedimientos

Se aplicará la escala facial de las emociones a los infantes y adolescentes, ante y después de las sesiones de Juguete terapéutico con la dinámica D.E.C, al ingreso y al egreso. Se les realizará una entrevista que se le realizará una entrevista que será grabada para su posterior análisis, esto tiene el objetivo de explorar como le gustaría a los niños y adolescentes que las enfermeras les cuidaran, su opinión sobre la atención recibida por parte de las enfermeras.

La información obtenida tendrá carácter confidencial, sólo será empleado con fines científicos, respetándose el anonimato de las personas participantes.

Las personas que acepten participar en la investigación tendrán plena libertad de retirarse de esta cuando así lo estimen conveniente y deseen.

Beneficios Esperados:

Los resultados permitirá ayudar al niño a expresar sus sentimientos, sus temores, angustias y frustraciones, disminuir la ansiedad y el miedo a lo desconocido, es una intervención eficaz para hacer frente a los efectos negativos de la hospitalización prolongada, lo prepara para el procedimiento invasivo y doloroso que se le va a realizar, le brinda la oportunidad mediante el juego de que adquiera el conocimiento a lo desconocido, fortalece la relación del niño con los profesionales de enfermería.

Consentimiento Dialogado

Declaración de la voluntariedad

He entendido el propósito del estudio que se va a realizar en el CCOI “Frank País” , estoy de acuerdo en aportar la información que conozco para ayudar al desarrollo de la investigación. De esta manera, yo acepto voluntariamente a participar en el estudio, entendiéndolo claramente que se tiene el derecho y la libertad de abandonarlo en cualquier momento sin que ello me afecte de manera alguna.

Firma del padre o madre

Firma de la investigadora

Anexo 6

Carta informativa y Consentimiento Dialogado

Carta Informativa

Título de la Investigación: Humanizar el cuidado infantil mediante el juguete terapéutico, durante la hospitalización en el servicio de pediatría del Complejo Científico Ortopédico Internacional “Frank País

Investigadora Principal: Lic: Ledia Lázara Ramos García

Complejo Científico Ortopédico Internacional “Frank País”. Supervisora del Departamento de Enfermería

Propósito General de la Investigación: Humanizar el cuidado infantil mediante el juguete terapéutico, durante la hospitalización en el servicio de pediatría del Complejo Científico Ortopédico Internacional “Frank País

Procedimientos

Se aplicará la escala facial de las emociones a los infantes y adolescentes, ante y después de las sesiones de Juguete terapéutico con la dinámica D.E.C, al ingreso y al egreso Se le realizará una entrevista que se le realizara grabada para su posterior análisis, esto tiene el objetivo de explorar como les gustaría que le cuidaran las enfermeras y sobre la opinión de atención recibida por parte de las enfermeras.

La información obtenida tendrá carácter confidencial, sólo será empleado con fines científicos, respetándose el anonimato de las personas participantes. La información obtenida tendrá carácter confidencial, sólo será empleado con fines científicos, respetándose el anonimato de las personas participantes.

Las personas que acepten participar en la investigación tendrán plena libertad de retirarse de esta cuando así lo estimen conveniente y deseen.

Beneficios Esperados: Los resultados permitirá ayudar al niño a expresar sus sentimientos, sus temores, angustias y frustraciones, disminuir la ansiedad y el miedo a lo desconocido, es una intervención eficaz para hacer frente a los efectos negativos de la hospitalización prolongada, le brinda la oportunidad mediante el juego de que adquiera el conocimiento a lo desconocido, fortalece la relación del niño con los profesionales de enfermería.

Consentimiento Dialogado

Declaración de la voluntariedad

He entendido el propósito del estudio que se va a realizar. He leído la información sobre el estudio, y me han brindado la oportunidad de preguntar sobre cualquier duda que me pudo surgir. Además, puedo contactar a la investigadora principal, en el momento que así lo desee, dado que ella me ha brindado sus datos personales. De esta manera, yo acepto voluntariamente que mi hijo(a) participe en el estudio, entendiéndolo claramente que tiene el derecho y la libertad de abandonarlo en cualquier momento sin que ello me afecte de manera alguna.

Nombre del niño/a: _____

Nombre y Firma del tutor legal: _____

Firma de la investigadora: _____ Fecha: _____

Nota: En caso que desee comunicarse con la Investigadora Principal del estudio, puede hacerlo a la siguiente dirección: lidialazara@infomed.sld.cu

Anexo 7

Carta informativa y Consentimiento Dialogado

Carta Informativa

Título de la Investigación: Humanización del cuidado de enfermería mediante juguete terapéutico en servicios de pediatría ortopédica y traumatológica

Investigadora Principal: Lic: Ledia Lázara Ramos García

Complejo Científico Ortopédico Internacional “Frank País”. Supervisora del Departamento de Enfermería

Propósito General de la Investigación: Humanizar el cuidado infantil mediante el juguete terapéutico, durante la hospitalización en el servicio de pediatría del Complejo Científico Ortopédico Internacional “Frank País

Esta investigación responde a uno de los temas del primer Programa Doctoral de Enfermería en el Complejo Ortopédico Internacional “Frank País” aprobado por la dirección del centro con la colaboración de la Escuela Nacional de Salud Pública y la Facultad Finlay Albarrán

Procedimientos

Las enfermeras del servicio aplicarán la escala facial de las emociones a los infantes y adolescentes, ante y después de las sesiones de Juguete terapéutico con la dinámica D.E.C, al ingreso. Al egreso se volverá aplicar otra dinámica de DEC. Se les realizará una entrevista, la cual que será grabada para su posterior análisis, con objetivo de explorar sobre las demandas de cuidado que pueden solicitar, a los familiares para conocer sobre su opinión de como fue el atención ofrecida por los profesionales de enfermería.

La información obtenida tendrá carácter confidencial, sólo será empleado con fines científicos, respetándose el anonimato de las personas participantes.

Las personas que acepten participar en la investigación tendrán plena libertad de retirarse de esta cuando así lo estimen conveniente y deseen.

Beneficios Esperados:

Esta investigación nos permitirá la introducción de la tecnología brasilera en los servicios de ortopedia pediátrica del CCOI “Frank País”, dadas sus ventajas nos permite humanizar y elevar la calidad de la atención a los infantes y familias mediante una investigación documentada y probada, redundará en la aplicación en la práctica de evidencias para la mejora de la atención de salud. Fortaleciendo la relación del niño –familiar – profesional de enfermería y con ello la contribución en la comprensión por parte de infantes y familia.

Consentimiento Dialogado

Declaración de la voluntariedad

He entendido el propósito del estudio que se va a realizar en el CCOI “Frank País” , estoy de acuerdo en aportar la información que conozco para ayudar al desarrollo de la investigación. De esta manera, yo acepto voluntariamente a participe en el estudio, entendiendo claramente que se tiene el derecho y la libertad de abandonarlo en cualquier momento sin que ello me afecte de manera alguna.

Nombre y apellidos del profesional

Fecha:

Firma

Firma de la investigadora


Anexo 8
Segunda ronda de validación
Escala facial de emociones


 **Me siento muy feliz porque:**
.....
.....


 **Me siento feliz porque:**
.....
.....


 **Me siento triste porque:**
.....
.....

 **Me siento muy triste porque:**
.....
.....

 **Me siento enojado porque:**
.....
.....

 **Me siento nervioso porque:**
.....
.....

 **Me siento con dudas porque:**
.....
.....

 **Me siento asustado porque:**
.....
.....

 **Me siento preocupado porque:**
.....
.....

 **Me siento sorprendido porque:**
.....
.....

 **Me siento cansado porque:**
.....
.....