

Experiencias emocionales de los niños indígenas durante la hospitalización. Un abordaje cualitativo de las brechas culturales

Emotional experiences of indigenous children during hospitalization. a qualitative approach to cultural gaps

Ángela Rosario Esteves Villanueva ^{1, a} 0000-0003-1413-6171
Duverly Joao Incacutipa Limachi ^{1, b} 0000-0002-0067-3147
Cleida Incacutipa Limachi ^{1, c} 0000-0003-4111-1105
Vilma Luz Aparicio Salas ^{2, d} 0000-0002-8993-0874

¹ Universidad Nacional del Altiplano, Puno, Perú.

² Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Cusco, Perú.

^a aresteves@unap.edu.pe

^b djincacutipa@unap.edu.pe

^c cleida@unap.edu.pe

^d luzlose9009@gmail.com

Recibido: 18/07/2021

Aprobado: 27/08/2021

Publicado: 15/09/2021

Resumen:

Las reacciones emocionales de los niños indígenas requieren ser abordadas desde un enfoque de salud intercultural, debido a que son motivadas por patrones culturales que difieren del sistema hospitalario. El objetivo es interpretar las reacciones emocionales de los niños indígenas en hospitalización. Metodología, enfoque cualitativo de tipo etnográfico interpretativo, realizado en un hospital público con 23 niños hospitalizados en el área de pediatría, por medio de entrevistas a profundidad. Los resultados reflejan la incomprensión de los códigos culturales, temor al abandono, rebeldía a las indicaciones del personal de salud, temor a los procedimientos y trastornos del sueño. Arribamos a la conclusión de que el niño hospitalizado aymara y quechua, por el contexto cultural de procedencia, se enfrenta a una relación desventajosa en el hospital, expresado en la incomprensión de códigos hospitalarios de parte de los niños y códigos culturales de parte del personal de salud. Por tal motivo, es fundamental reconocer la diversidad cultural, étnica y multilingüismo de los pacientes durante la atención especializada.

Palabras clave: Experiencias emocionales; hospitalización; indígena; pediatría; salud intercultural.

Abstract:

The emotional reactions of indigenous children need to be addressed from an intercultural health approach, because they are motivated by cultural patterns that differ from the hospital system. The objective is to interpret the emotional reactions of indigenous children in hospitalization. The research was carried out using the qualitative approach of an interpretive ethnographic type, carried out in a public hospital with 23 indigenous children hospitalized in the pediatric area, through in-depth interviews. The results reflect the misunderstanding of cultural codes / fear of abandonment, rebellion to the instructions of health personnel, fear of procedures, sleep disorders. We come to the conclusion that the Aymara and Quechua hospitalized child, due to the cultural context of origin, faces a disadvantageous relationship in the hospital, expressed in the misunderstanding of hospital codes on the part of the children and cultural codes on the part of the hospital staff. For this reason, it is essential to recognize the cultural and ethnic diversity and multilingualism of patients during specialized care with an appropriate and inclusive social approach.

Keywords: Emotional experiences; hospitalization; indigenous; pediatrics; intercultural health.

Introducción

Los pueblos indígenas viven en todas las regiones del mundo, poseen, ocupan y utilizan gran parte del territorio planetario (Berger, 2019). Son herederos y practicantes de culturas únicas, tienen formas prácticas de relacionarse con otras personas y el medio ambiente (UNESCO, 2019). Conservan características sociales, culturales, económicas y políticas distintas a las de las sociedades dominantes (CEPAL, 2020). Esa diversidad y multidimensionalidad de su racionalidad le ha permitido encontrar soluciones a problemáticas de salud en su entorno, validado a través de la experiencia.

América Latina también se caracteriza por ser una de las regiones más desiguales del mundo, por su amplia diversidad poblacional, incluyendo la indígena (Juárez-Ramírez et al., 2020). Particularmente las comunidades indígenas, enfrentan desafíos desproporcionados a sus contrapartes urbanas para acceder a los servicios de salud (Burnett et al., 2020). El centro del problema es, pues, el de la construcción de un Estado diferente, pluricultural e incluyente, donde la posibilidad de una nueva gobernabilidad implica la institucionalización del respeto y el reconocimiento a la identidad cultural, los derechos colectivos y la no exclusión de los indígenas (Sochet, 2014).

A pesar de sus diferencias culturales, estos pueblos, comparten problemas y éxitos comunes, la enfermedad y la buena salud es una de ellas y está presente en la vida de cada familia. De acuerdo a su intensidad, las enfermedades leves, por lo general, son tratadas en la misma comunidad con remedios naturales y prácticas culturales ancestrales; sin embargo, cuando la enfermedad se agrava no tienen mayor opción que acudir a los hospitales, donde las distancias sociales se agravan por las barreras del lenguaje (Baeza, 2021).

La hospitalización normalmente resulta una situación brusca para el niño, con estresores que superan su capacidad adaptativa y pueden tener consecuencias de diverso orden (Lulgjuraj & Maneval, 2021). También, puede influir en la salud emocional y el desarrollo conductual del paciente. Hay evidencias en que, el medio hospitalario y la enfermedad rompen con la dinámica del cuidado parental, generando cambios en la vida del niño. Así mismo, los efectos de la hospitalización son especialmente pronunciados en niños

que provienen de hogares con un bajo nivel socioeconómico, debido a que estos experimentan mayores alteraciones emotivas y conductuales (Silva & Uchofen, 2012). Del mismo modo, los efectos combinados de la hospitalización y la separación de su hogar pueden causar angustia y trauma psicológico durante y después del período de hospitalización (Lulgjuraj & Maneval, 2021). Porque ellos afirman que el hogar podría estar ubicado en cualquier lugar de la Madre Tierra, entonces es más que una simple estructura física y conecta a una persona con todo lo que la rodea, incluidas las personas, plantas, animales, así como los antepasados, las historias y tradiciones (Bowra & Mashford-Pringle, 2021).

Para un niño quechua o aymara, las condiciones hospitalarias les resulta extraño, generalmente por el trato que reciben, el tipo de infraestructura del hospital, el atuendo que llevan los médicos y enfermeras, los instrumentos médicos que utilizan. Por otro lado, sienten abandono de su familia, no encuentran la razón del quedarse solo para sanar. En la relación médico-niño aymara o quechua se visualiza temas más complejos como: relación interpersonal de verticalidad, diferencia cultural entre lo urbano y lo rural y prejuicios que influyen en la recuperación de un paciente menor de edad. La hospitalización, por lo referido, no es necesariamente un espacio restaurador de los niveles óptimos de salud (Berger, 2019).

La perspectiva del niño hospitalizado es poco abordada en las investigaciones, más aún, en una sociedad gerontocrática se invisibiliza este punto de vista. Abordar el aspecto cultural de los pacientes y el de sus familias, ayudará en la comprensión del tema y nos permitirá plantear políticas de salud intercultural donde pueda involucrarse a la familia y comunidad, para proporcionar cuidados congruentes con la cultura (Andina Díaz et al., 2021). Considerando además que los estudios han demostrado que el afecto, la comunicación, la amabilidad. Intervenciones no farmacológicas, que parecen triviales y de poca complejidad, tienen la capacidad de mejorar significativamente el estado de confort (Souza M G et al., 2021), y por ende en la recuperación del paciente.

En ese sentido, el estudio permite comprender, desde la perspectiva de los niños, las experiencias emocionales vividas durante la hospitalización, desde una investigación cualitativa. Como resultados se revelan que la gran mayoría de

los niños estudiados presentaron alteraciones emocionales durante la hospitalización, los mismos que se manifiestan en su temor y desconfianza al personal de salud, temor al abandono de sus padres, estrés, rebeldía y trastornos en el sueño.

Metodología

El presente estudio se realizó desde un enfoque cualitativo interpretativo, centrado en el entendimiento del significado de las realidades subjetivas construidas desde el punto de vista de los actores estudiados (Hernandez et al., 2010), en este caso de los niños aymaras y quechuas en su condición de pacientes.

Los criterios de inclusión fueron: niños con lengua materna quechua o aymara, procedentes de comunidades rurales, con hospitalización mayor a 3 días, sin dolor (en el momento de la entrevista). El muestreo fue intencional, teniendo en cuenta los casos disponibles de acuerdo a los criterios de inclusión, bajo esta perspectiva se contó con 23 participantes con edades comprendidas entre los 9 a 14 años de edad.

La recolección de los datos, en notas de campo, se realizó por medio de la entrevista a profundidad (de 30 a 40 minutos) y la observación participante realizadas durante el periodo de hospitalización. Respecto a las entrevistas, estas fueron grabadas y transcritas de manera textual y por la naturaleza del estudio, algunos niños prefirieron hablar en su idioma nativo por lo que se trabajó con un traductor para garantizar la rigurosidad testimonial del material.

La información recolectada a través de los relatos se fue analizando de forma inmediata, hasta alcanzar la saturación de la información, es decir, hasta no obtener datos nuevos y en el análisis de estos. A partir de la información suministrada se determinaron los códigos, el primer niño tuvo el código N1” y el último niño N23, y las categorías de análisis, seleccionando los textos significativos, en base a criterio temático. En cuanto al procedimiento para la interpretación de los hallazgos se utilizó la teoría fundamentada propuesta Strauss y Corbin (Strauss & Corbin, 2002): i) registro de ideas recurrentes, ii) conceptualización, iii) categorización, y iv) teorización.

La investigación se realizó en los servicios de pediatría de los hospitales del Ministerio de Salud,

Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca y Hospital Manuel Núñez Butrón de Puno. Se cuenta con el asentimiento informado de los niños y de los padres con el consentimiento informado, quienes aceptaron participar libremente en la investigación.

Resultados y discusión

La investigación refleja que el sistema hospitalario peruano está centrado en la recuperación física del paciente, mas no, en los aspectos emocionales ni sociales (Silva & Uchofen, 2012). Las estrategias para el proceso de recuperación de los pacientes pediátricos planteados por el Ministerio de Salud (MINSA) están aisladas de las particularidades socioculturales de los niños indígenas.

La relación interpersonal entre el personal de salud y el niño aymara o quechua hospitalizado es de verticalidad-sumisión, en tanto que, la autoridad máxima en el hospital es el médico, la enfermera o el asistente que lleva un atuendo e instrumentos médicos. En el concepto de los niños son desconocidos y hasta resultan agresivos, quienes se encuentran en un plano llano y de sumisión por su condición de enfermo y por su procedencia cultural. Otra característica que resalta este estudio es la diferencia cultural (urbano - rural), los niños de la ciudad son más extrovertidos y pueden comunicar con mayor facilidad sus dolencias y necesidades, mientras los niños aymaras y quechuas son más introvertidos y se les hace difícil expresar sus dolencias, además sienten que no son comprendidos.

El hospital les resulta extraño y frígido, añoran sus viviendas cálidas construidas a base de adobe con techos de paja o calamina y el piso de tierra “Mi casa es de adobe, nosotros ayudamos a construirlo con barro e ichu (paja brava), es muy caliente, no es como el hospital, quiero volver a mi casa” N2. La expresión del niño puede parecer ilógico para el médico, sin embargo, pone en relieve, no su condición económica ni social, sino su comodidad como ser humano. Dormir juntos en un solo ambiente, no significa necesariamente hacinamiento, sino comodidad, seguridad y armonía.

La percepción de desobediencia es un elemento constante en la relación servidores de salud y los niños pacientes. A menudo, la receta médica se convierte en un patrón de comportamiento

porque lleva consigo las indicaciones de consumo de medicamentos en horarios planificados. Algunos niños no cumplen con este plan y si se les exige se hacen más resistentes a aceptar, este comportamiento generalmente es interpretado como desobediencia “si no colaboras no mejorarás” es el término que se escucha cotidianamente en el hospital, sin comprender los patrones y hábitos culturales de donde procede el niño. Las familias quechuas y aymaras tienen propios procedimientos en el tratamiento de enfermedades internas o

externas, se aplican remedios naturales de acuerdo a la particularidad de la enfermedad. Estas prácticas culturales son cotidianas y asimiladas por los niños, en contraste con el procedimiento hospitalario, ordenado y sistemático. Como consecuencia, se generan reacciones emocionales como la incompreensión de los códigos culturales, incumplimiento a las indicaciones del personal de salud, miedo a los procedimientos y trastornos del sueño.

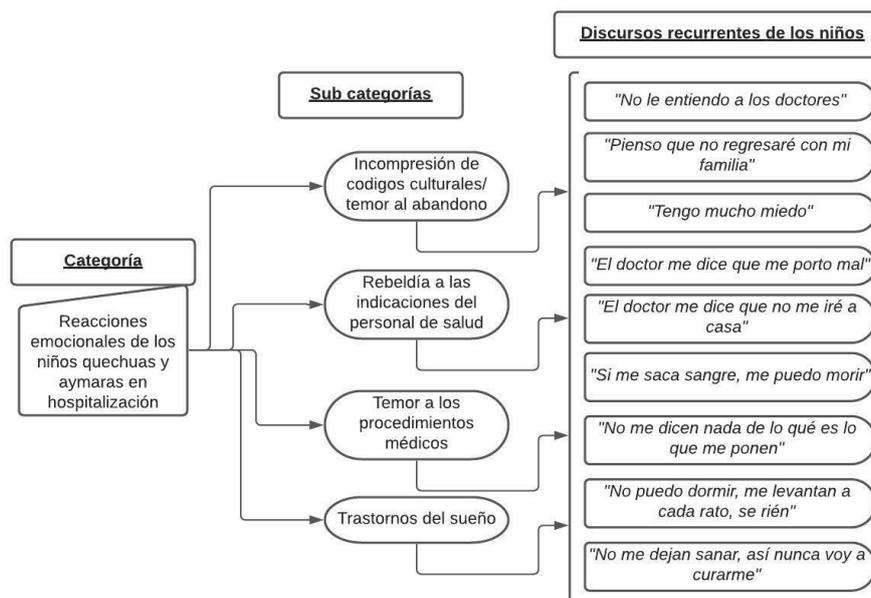


Figura 1. Organización de categorías y reacciones emocionales
Fuente: Categorías construidas a partir de los relatos recurrentes de los niños.

La incompreensión de los códigos culturales

Cualquiera sea la razón, la hospitalización de un niño, resulta siempre una situación traumática que se expresa a través del miedo a lo desconocido, temor al abandono y miedo a la muerte. Un niño por su situación de enfermo de por sí requiere mayor atención, afecto, cuidado, seguridad y tranquilidad. Sin embargo, en el hospital (ámbito del presente estudio) ocurre lo contrario; apenas ha ingresado el niño, el personal de salud retira a los padres de la habitación, aunque insistan, cierran la puerta indicando que “el niño llora porque lo ve a usted”. Esta es una actitud frecuente, buscan la manera de controlar al niño, sin la presencia del padre, para aplicar los medicamentos, sin tener cuidado de su situación emocional y los traumas que significa.

Un niño quechua o aymara enfermo, sufre su primer aislamiento al salir de su entorno familiar

y natural, el segundo aislamiento se da cuando le alejan de sus padres e ingresan en una habitación del hospital y el tercero ocurre cuando les piden a los parientes que se retire de la habitación para proceder con el tratamiento. Son muchos los cambios que experimentan los niños indígenas procedentes de las comunidades rurales, constituye una situación delicada y significativa en su estado emocional debido a su limitada capacidad de adaptación al ambiente hospitalario (Noreña & Cibanal, 2011). La angustia de no ver a los padres por mucho tiempo crece cada vez “Cuando a mi mamá le dijeron que se salga del cuarto tuve mucho miedo” N21, “pensé que ya no regresaría, por eso lloré” N6. No importa la edad, un niño quechua o aymara, siente soledad, ya que, en el ámbito de procedencia, comparte su vida con sus parientes, vecinos, animales y plantas en hermandad. El hospital, aunque haya muchas personas, es un ámbito desconocido, en el que cada quién vive en lo suyo sin interactuar.

En las comunidades indígenas, la llegada de un niño representa la continuidad de la cultura (Alarcón et al., 2018). Asimismo, el niño es un ser humano que asume responsabilidades desde muy pequeño y con capacidades para la vida en su entorno. Sin embargo, por el desconocimiento de la realidad sociocultural del niño de parte del personal de salud, puede llevar a prejuizar y a cuestionar el estado emocional que experimenta, “Me dicen que ya estas grande para llorar, mira cómo no lloran los otros niños que son más chiquitos” N1. Los procedimientos en el tratamiento de enfermedades en sus hogares están acompañados de cariño, cuidado y un comportamiento de solidaridad; su cuerpo es invulnerable a diferencia del espacio hospitalario que lo someten a diversas intervenciones, sin tener cuidado de los traumas que pueda ocasionar al niño. El tratamiento a un niño, sea indígena o no, requiere un pensamiento crítico – empático por parte del personal de salud (Lima & Lima, 2015), que tenga la capacidad de ponerse en la situación del niño y comprender la lógica humana y cultural del paciente.

Desobediencia a las indicaciones del personal de salud

Con el tratamiento médico, las condiciones de salud se modificaron significativamente y con la aplicación de los medicamentos se controlaron y se redujeron numerosas enfermedades; sin embargo, según las explicaciones de los médicos, persiste una actitud de incumplimiento de las indicaciones médicas, no hay una cultura preventiva. Por esta razón, la actitud negativa de los niños frente a las indicaciones del personal de salud y a las recetas médicas, se interpreta como desobediencia o como desacato a las reglas establecidas.

Los niños manifiestan constantemente sus temores e incomodidades “...me agarran fuerte, me pincha con aguja en mi mano, eso me duele, me da mucho miedo” N12, un procedimiento sin antes haber informado o explicado, provoca reacciones adversas, incluso puede ser interpretado como una situación agresiva a la individualidad. Otro niño señala que, cuando despertó “había mucha sangre en el tubo (gotero), me asusté pensé que se estaba saliendo sangre de mi mano por eso me lo jalé. El Doctor, me dijo, te estas portando mal, así no te iras a tu casa...” N17, esta es otra reacción a una situación desconocida, erróneamente interpretado como desobediencia o mal comportamiento.

Cuando el paciente pediátrico es un niño aymara o quechua la situación es doblemente compleja, no sólo por los procedimientos hospitalarios, también por las condiciones del ambiente físico. Los niños pasan su día a día en un espacio libre en relación con la naturaleza y su estadía en el hospital resulta verdaderamente un castigo “aquí en el hospital estamos cerrados solo en un cuarto, no se puede salir ni jugar, tampoco se puede conversar con otros” N13; Las visitas al niño son restringidas por normas hospitalarias. “La espalda me duele por estar postrado mucho, las camas son incómodas, las pastillas son agrias, saben a limón con sal” N14. Estos eventos a menudo críticos a los que se enfrenta el niño le genera estrés, que trasciende a toda la familia, desarticula la relación padre – niño (Astudillo et al., 2019).

En la cultura aymara y quechua, el estar “bien” o “mal”, son dos categorías que están presentes en la vida. El tratamiento del mal (enfermedad) es más práctico con elementos de la naturaleza: mates, frotaciones, parches elaboradas con hierbas medicinales y otros productos naturales. Un tratamiento, de las enfermedades respiratorias, dolores abdominales, fiebres u otro tipo de dolencias son satisfactorias hasta entretenidos para un niño, por eso su recuperación es más pronta de lo usual. Sin embargo, al ser hospitalizado se somete a otras reglas, procedimientos y restricciones que forman parte de un mecanismo de poder muchas veces prejuicioso y contradictorio a sus costumbres.

Miedo a los procedimientos hospitalarios por la diferencia cultural

El objetivo de los procedimientos hospitalarios es controlar, aliviar, reducir, eliminar el dolor o el mal que se presenta en el paciente. Así los procedimientos más comunes son el análisis de muestras de orina, sangre y control de temperatura, y los más complejos están relacionados con la administración de los medicamentos vía intravenosa o la cirugía, que culturalmente no son comprendidos por el niño indígena, ellos tienen formas diferentes de abordar la enfermedad que en sus actividades lúdicas, recrean alguna experiencia de curación (Incacutipa Limachi, 2021).

Es necesario comprender que, desde la lógica de la cultura quechua y aymara, estos procedimientos invasivos, están vinculados a la ruptura de la integridad del cuerpo-alma de las personas y asociado a la muerte, expresado en los valores,

las prácticas culturales y la concepción del cuerpo como algo íntegro "...Me da miedo cuando me tocan y me sacan sangre, pienso que me puedo morir" N11. El cuerpo humano no es un objeto, "es la expresión, y en la corporeidad descansan las raíces de la individualidad, de la intimidad y del sentido de la moral; que se proyecta en la inviolabilidad de la personalidad, el mundo donde la privacidad, integridad, respeto y confidencialidad se hacen patentes" (Moreno-Altamirano, 2010).

Si bien los padres son quienes dan el consentimiento para los procedimientos, sin embargo, se debe buscar la alianza terapéutica con el niño, desde la comprensión del valor de la vida, los procedimientos necesarios y el uso de los medicamentos para la sanación de su cuerpo y su espíritu "no me dicen nada de lo que me ponen ni de lo que me van a hacer..." N5. Cuando el niño tiene claro en qué consisten los procedimientos y logra encontrar el beneficio de los mismos, tolera mucho mejor y le genera menos estrés, de esa manera logra el control de la situación y se minimiza el dolor (De Mula et al., 2018).

Trastornos del sueño durante el tratamiento de la salud

En la cultura andina, el dormir bien significa descanso del cuerpo y el espíritu, más allá de un hábito o necesidad biológica. Los niños hospitalizados mencionan que no pueden dormir porque su descanso ha sido interrumpido por ruidos al que no están acostumbrados, asistencia médica no programadas en la memoria del paciente e intervenciones que complican el proceso del sueño, "... no puedo dormir, hay mucha bulla, me despiertan en cualquier momento para darme medicamentos" N4. Estas alteraciones del sueño pueden tener implicancia en la salud general del paciente y su calidad de vida, provocando insomnio, trastornos del movimiento periódico de las extremidades, trastornos respiratorios y el trastorno comportamental del sueño, además de somnolencia excesiva diurna, fatiga creciente, alteración del estado de ánimo, irritabilidad, malestar social (Marín et al., 2008).

Así mismo, "descansar bien", significa compartir la noche junto con sus hermanos, se sienten acompañados y protegidos, su ausencia significa temor a la soledad, miedo a los sonidos y los pasos, al que no están acostumbrados "tengo miedo, allá en mi casa todos dormimos juntos en un cuarto;

yo duermo con mi hermanito menor en la misma cama" N22. Otro niño manifestó "El niño de la otra cama, toda la noche se estaba moviendo y gritando, me dio miedo, no pude dormir" N8, y cuando se le preguntó al niño de la cama 24, señaló "una sombra negra me estuvo atacando y me asusté mucho..." (N5). Los trastornos que los niños enfrentan no solo son interrupciones frecuentes durante su descanso, sus sueños también sufren alteraciones, como una reproducción de los momentos de temor que pasan durante el día. Aunque el cuerpo haya descansado, el espíritu, estuvo muy afligido.

Para la cultura andina, el cuerpo y el espíritu, debe guardar conexión y equilibrio, los sobresaltos durante la noche, el temor o miedo constante, son muestra de que alguno de ellos está intranquilo, enfermo y separado uno del otro, si el cuerpo físico está sano, entonces es necesario curar lo espiritual. Una práctica común y efectiva de sanación en la cultura aymara y quechua, es el ritual de "llamado del ánimo", que consiste en traer de vuelta el espíritu y unir con el cuerpo, ésta práctica es realizada por un yatiri o curandero, quien, por la forma del sueño, en un momento preciso y utilizando un conjunto de elementos culturales como ropa, fruta preferida del niño, coca, campanita, entre otros sana al paciente y estabiliza psicológicamente.

Desde la perspectiva científica, se denomina como trastornos en el sueño al insomnio, pesadillas, somnolencias, que se manifiestan a través del estrés, ansiedad y depresión que siente el paciente y requiere un conjunto de evaluaciones psicológicas y médicas para su tratamiento. La frecuencia de los trastornos va en aumento en la población general y se debe a múltiples factores, entre ellas la duración y calidad del sueño (Carrillo-Mora et al., 2018). Por lo tanto, es necesario que el personal de salud tenga una actitud autocrítica en la aplicación de los procedimientos y el tratamiento de los pacientes menores de edad.

La primera barrera cultural del niño es el uso del idioma. Por su origen, aprendió desde la infancia el aymara o el quechua, utilizado en su cotidianidad familiar y comunal, cuando ingresa al hospital, su mundo cotidiano cambia, porque el personal del hospital se comunica con él mediante el uso del español, algunas veces con términos complejos que no le permite asimilar el mensaje con claridad; por lo tanto, el no comprender la realidad del niño resulta una actitud de exclusión. En los protocolos y procedimientos de los hospitales predomina

la cultura “moderna”, lo cual lejos de generar confianza abre una brecha que muchas veces se vuelve insalvable.

Asimismo, la incompreensión de la cultura aymara o quechua, por parte del personal de salud, expresado en el ambiente hospitalario, incluso en el uso del lenguaje gestual. Este tipo de lenguaje que no es necesario decirlo verbalmente, es claramente comprendido por el niño. La permanencia del niño en el entorno hospitalario es pobre en estímulos, su espacio de movimiento se encuentra reducido, en el mejor de los casos, a una habitación, lo cual hace que extrañe su mundo animado, la naturaleza viva y vasta, donde todos los seres tienen vida, su cosmovisión, una vivencia muy fluida, sin que exista entre ellos y el mundo un muro que los separe.

Por su condición, desconoce la enfermedad, no comprende su dolor y no entiende por qué sus padres lo abandonan en un ambiente extraño (Mezarina, 2017). En una primera instancia, estar en un contexto diferente ya le genera temor, adicionalmente la capacidad adaptativa del niño en el momento de la hospitalización le causa estrés (Lima & Lima, 2015). Así mismo, la separación con la familia, el alejamiento de sus seres queridos, el pensamiento de no volver a verlos más, la sensación de abandono, influyen directamente en la recuperación de su salud, agudizando la angustia, tristeza y desamparo, que repercuten en la adherencia al tratamiento médico (Anguiano et al., 2014).

Así mismo, los niños por lo general, son más vulnerables a la separación de sus padres, ya que no entienden el motivo de esta situación y la interpretan como un abandono o un castigo, algunos muestran actitudes de protesta, rechazo y desesperación, como afirma Serradas (Serradas, 2008). “El daño sufrido por el niño privado de su madre será proporcional al período en que transcurre esta privación”. Ellos no comprenden lo que es la enfermedad en términos clínicos, no saben qué tiempo van a estar separados de sus familiares, amigos, juguetes, escuelas, casa. El niño enfermo y hospitalizado necesita de su familia, del juego, de las actividades escolares, de la orientación y de la atención individualizada (Lizasoain & Ochoa, 2003). Y si a esto añadimos sus primeros contactos con el hospital y con otras personas que visten diferente, otra cama, otros horarios de alimentación, otra rutina, etc., todo

muy extraño para ellos, se sienten muy tristes y abandonados. Por lo que la presencia de los familiares, principalmente de los padres durante el proceso de hospitalización es fundamental para favorecer la mejoría del niño.

De esta manera el niño que se encuentra inmerso en el núcleo familiar, se ve influenciado por el mismo, por lo que el abordaje debe ser situacional, puesto que no hay “niños enfermos” sino “familias enfermas”, en donde cada uno de los integrantes aporta un ingrediente a la situación de enfermedad. La formación de la enfermera no solo debe ser en conocimientos específicos, sino también una disposición especial que involucre en su contexto a niños y cuidadores (Velandia et al., 2019).

Los hallazgos en relación a la desobediencia a las indicaciones del personal de salud, generan un importante impacto psicológico, manifestado a través de alteraciones comportamentales. La niñez es una etapa donde los sistemas biológicos y psíquicos no han alcanzado su madurez, por lo que la capacidad interpretativa acerca de la hospitalización está asociada al castigo; de hecho, ya resulta un castigo estar encerrado en una habitación. “Cuando a un niño no se le informa o prepara sobre la experiencia hospitalaria que va a vivir, es posible que piense que la causa de su enfermedad y la hospitalización se deba a una mala conducta realizada en casa” (Velásquez, 2018).

La aparición del miedo a algún procedimiento, es una reacción que el niño percibe como amenazante o peligroso, esta situación genera ansiedad, miedo y aprensión hacia el personal de salud (Zunino et al., 2018), unida al propio malestar causado por la enfermedad, podrían originar consecuencias inmediatas durante el tiempo de estancia en el hospital, así como después de la misma. La mayoría de los procedimientos provocan molestia y dolor en el niño y sobre todo mucho miedo, si a ello le sumamos que, en muchos procedimientos, además no se le explica la maniobra, se le inmoviliza para realizarla y se separa de sus referentes afectivos, la situación suele ser aterradora para el niño. Lo que nos obliga a la imperiosa necesidad de que los profesionales de la salud que atienden a niños, cuenten con las competencias necesarias (Moraes et al., 2016).

Sabiendo que la hospitalización está asociada a una interrupción del sueño el que no es refrescante ni restaurador, la pérdida de sueño impacta

indirectamente sobre el sistema inmune. Las alteraciones en el sueño influyen en los problemas de alimentación y ansiedad incrementada ante la separación (Aguilera & Whetsell, 2007). La fragmentación y pérdida del sueño en un paciente con una enfermedad repercute en la recuperación. Los profesionales que laboran en áreas hospitalarias deben minimizar los ruidos ya sea de ruedas de los carros, las bisagras de las puertas, volumen de los timbres, o las luces para que los niños no modifiquen su patrón de sueño habitual y de esta manera facilitarles el descanso nocturno, que a veces, según la interpretación del niño, parece importar poco.

Durante la hospitalización del niño, debemos considerar que el sueño es uno de los factores que más contribuyen a alcanzar el estado de bienestar físico y psicológico (Miró et al., 2005). Los niños aymaras y quechuas presentan trastornos del sueño, más que los niños de la ciudad, acostumbrados a la luz artificial y estar despiertos hasta muy tarde, contrarios a los horarios de los niños indígenas para quienes no resulta apropiado a su cultura, “en mi casa dormimos cuando oscurece, y despertamos muy temprano, aquí me obligan a estar despierto hasta tarde, luego ya no puedo dormir, de noche siento más dolor en mi cuerpo” N23, mencionan que no pueden dormir por los ruidos y procedimientos poco familiares a los que no están acostumbrados y factores ambientales que interrumpen el sueño, además manifiestan que están acostumbrados a dormir con algún familiar. Al dormir solos sienten temor y vacío familiar.

Los procesos de hospitalización infantil requieren contemplar en sentido amplio el concepto de salud y plantear un trabajo interdisciplinario (Gutierrez & Cardona, 2015), incorporando actividades lúdicas culturalmente adecuadas, mejorar la integración del niño en el espacio hospitalario a través de la participación en dichas actividades (Bermúdez, 2009). Siendo fundamental en enfermería evaluar las estrategias y habilidades relacionales empleadas para interactuar con los niños en el hospital (Mezarina, 2017), asimismo las intervenciones psicológicas deben estar encaminadas al trabajo multidisciplinario incluyendo a las familias (Villalba, 2016), ser suficientemente asertivos.

Las experiencias emocionales de los niños en hospitalización reflejan relaciones de poder entre el paciente y el personal de salud. Los resultados reafirman la importancia de contar con un sistema

de atención de salud sensible a las especificidades culturales de los pueblos indígenas (Nascimento et al., 2019), o en todo caso, adaptada a lógicas diferentes de comprensión y sobrellevar una enfermedad, lo cual redundará en una rápida rehabilitación del paciente. La cultura y las creencias desempeñan un papel clave para recuperación de los niños (Sevilla et al., 2019).

En la misma línea de la Carta de Ottawa, los servicios de salud deben tomar una nueva orientación que sea sensible a las necesidades culturales de los individuos (Cruz et al., 2018). Considerando valores, creencias y cultura, adecuar los procedimientos como estrategia institucional validada desde una perspectiva multidisciplinaria, culturalmente pertinente, creando un ambiente hospitalario humano, por sobre todas las cosas (Herrera, 2016). Incorporar en el tratamiento la activa participación de los padres o cuidadores directos que juegan un papel primordial en relación al manejo y mejoría del niño durante la hospitalización, ayudando a la adaptación al sistema hospitalario que resulta fundamental (Alfaro & Atria, 2009), ya que afecta a la dinámica de las familias y a veces de toda la comunidad, como es el caso de los niños quechuas y aymaras (Nascimento et al., 2019).

Conclusiones

En el niño quechua y aymara hospitalizado se generan reacciones emocionales diversas como el temor al abandono por que pasa su primera noche fuera de casa y el restringir la visita de los padres solo a un horario muy corto, la habitación le resulta extraña, tiene que dormir solo en una cama, diferente de lo acostumbrado, los ruidos fuera de lo común, e intervenciones que interrumpen el sueño, los niños no se ajustan a las normas y reglas del hospital lo que le ocasiona desobediencia a las indicaciones del personal de salud, la aparición del miedo al procedimiento es una reacción debido a que son percibidos como amenazantes o peligrosos; además, no les explican las maniobras que realizará el personal de salud.

La comunicación en el hospital de corte técnico, es interpretado de manera negativa dificultando la relación niño - personal de salud, por las condiciones específicas de cada contexto y el grado de adversidad, representado por el choque cultural emergente generando una brecha mayor entre el servicio de salud y la confianza desde

la población indígena. La diversidad cultural y social, exige legitimar la competencia, conciencia cultural, sensibilidad, habilidad cultural para una atención de salud segura y de calidad.

La relacionalidad intercultural como fundamento intrínseco que propicie un análisis desde la posición del personal de salud, se convierte en una condición insoslayable, en el ejercicio de la profesión construyendo una interacción proactiva con pertinencia cultural del servicio de salud. Considerar los valores, creencias y adecuar el servicio hospitalario a las condiciones culturales y lingüísticas, nos ayudarán a construir puntos de convergencia y no puntos de divergencia como actualmente ocurre.

El estudio invita a una reflexión respecto a la prestación del servicio de salud, culturalmente pertinente, con profesionales formados en la interculturalidad, que genere confianza en el concepto de hospital que construyen los niños indígenas, que permita reducir la brecha de acceso al servicio de salud.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de interés.

Referencias bibliográficas

- 214
- Aguilera, P., & Whetsell, M. (2007). La ansiedad en niños hospitalizados. *AQUICHAN*, 7(2), 207-218. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972007000200009
- Alarcón, A. M., Castro G., M., Astudillo D., P., & Nahuelcheo S., Y. (2018). La paradoja entre cultura y realidad: el esfuerzo de criar niños y niñas Mapuche en comunidades indígenas de Chile. *Chungará (Arica)*, 50(4), 651-662. [10.4067/s0717-73562018005001601](https://doi.org/10.4067/s0717-73562018005001601)
- Alfaro, A., & Atria, R. (2009). Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño hospitalizado. *Revista Pediatría Electrónica*, 6(1), 36-54. http://www.revistapediatria.cl/volumenes/2009/vol6num1/pdf/FACTORES_AMBIENTALES.pdf
- Andina Díaz, E., Martins, M. F. S. V., & Siles-González, J. (2021). Creencias y prácticas alimentarias en embarazo y puerperio: aplicación del Modelo de Tradiciones de

- Salud. *Enfermería Global*, 20(1), 98-121. [10.6018/eglobal.413651](https://doi.org/10.6018/eglobal.413651)
- Anguiano, S., Mora, M., Reynoso, L., & Zaira, C. (2014). Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados. *Eureka*, 4(1), 24-38.
- Astudillo, Á., Silva, P., & Daza, J. (2019). Nivel de estrés en padres de niños hospitalizados en unidades críticas pediátricas y neonatales. *Ciencia y Enfermería*, 25(18), 1-11. [10.4067/s0717-95532019000100214](https://doi.org/10.4067/s0717-95532019000100214)
- Baeza, B. (2021). Memoria e itinerarios terapéuticos de mujeres migrantes andinas en la cuenca patagónica del golfo San Jorge (Argentina). *Diálogo andino*, 65, 307-320. <http://dialogoandino.cl/wp-content/uploads/2021/07/23-BAEZA-RDA-65.pdf>
- Berger, D. (2019). *El mundo indígena 2019*.
- Bermúdez, M. T. (2009). Actividades lúdicas en el hospital. *Padres y Maestros*, 0(327), 7-10.
- Bowra, A., & Mashford-Pringle, A. (2021). More than a structure: Exploring the relationship between Indigenous homemaking practices and wholistic wellbeing. *Wellbeing, Space and Society*, 2, 100007. [10.1016/J.WSS.2020.100007](https://doi.org/10.1016/J.WSS.2020.100007)
- Burnett, K., Sanders, C., Halperin, D., & Halperin, S. (2020). Indigenous Peoples, settler colonialism, and access to health care in rural and northern Ontario. *Health & Place*, 66, 102445. [10.1016/J.HEALTHPLACE.2020.102445](https://doi.org/10.1016/J.HEALTHPLACE.2020.102445)
- Carrillo-Mora, P., Barajas-Martínez, K. G., Sánchez-Vázquez, I., & Rangel-Caballero, M. F. (2018). Transtornos del sueño: ¿qué son y cuáles son sus consecuencias? *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 61(1), 6-21. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000100006&lng=es&nrm=iso&tln=es
- CEPAL, C. E. para A. L. y el C. (2020). *Los pueblos indígenas de América Latina – Abya Yala y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible Tensiones y desafíos desde una perspectiva territorial*.
- Cruz, O., Hernández, D. E., & Pérez, M. (2018). Mejorar el bienestar en los niños hospitalizados, una necesidad de salud. *Revista de Salud Pública*, 20(5), 646-648. [10.15446/rsap.v20n5.61637](https://doi.org/10.15446/rsap.v20n5.61637)
- De Mula, B., Quintana, M., Rimbau, J., Martínez, A., Úriz, M. S., Rivera, C., & Garolera, M. (2018). Ansiedad, miedos hospitalarios y

- alteraciones conductuales en la hospitalización infantil. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 46(2), 42-50.
- Gutiérrez, K., & Cardona, T. (2015). *Jugar para sanar: La mediación de los padres a partir del juego y del juguete en el proceso de hospitalización del niño en el Hospital Infantil Santa Ana*. Corporación Universitaria Lasallista.
- Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, M. del P. (2010). Metodología de la investigación. En *Metodología de la investigación* (5to ed.). The McGraw-Hill. -ISBN 978-92-75-32913-9
- Herrera, T. (2016). Ansiedad en la hospitalización del paciente pediátrico. *Revista de Enfermería de Salud Mental*, 0(4), 15-21. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6147423>
- Incacutipa Limachi, D. J. (2021). El juego del niño indígena aymara y los saberes previos como fundamento para la educación intercultural. *RIDE Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 11(22). [10.23913/ride.v11i22.887](https://doi.org/10.23913/ride.v11i22.887)
- Juárez-Ramírez, C., Villalobos, A., Saucedo-Valenzuela, A. L., & Nigenda, G. (2020). Barriers for indigenous women to access obstetric services within the framework of integrated health services networks. *Gaceta Sanitaria*, 34(6), 546-552. [10.1016/j.gaceta.2019.05.015](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.05.015)
- Lima, G., & Lima, M. (2015). La ansiedad en la hospitalización de los niños: una propuesta para un diagnóstico de enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(5), 963-970. [10.1590/0104-1169.0372.2637](https://doi.org/10.1590/0104-1169.0372.2637)
- Lizasoain, O., & Ochoa, B. (2003). Repercusiones de la hospitalización pediátrica en el niño enfermo. *Osasunaz*, 0(5), 75-85.
- Luljguraj, D., & Maneval, R. E. (2021). Unaccompanied Hospitalized Children: An Integrative Review. *Journal of Pediatric Nursing*, 56, 38-46. [10.1016/j.pedn.2020.10.015](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.10.015)
- Marín, H., Franco, A., Vinaccia, S., Tobón, S., & Sandin, B. (2008). Trastornos del sueño, salud y calidad de vida: una perspectiva desde la medicina comportamental del sueño. *Suma Psicológica*, 15(1), 217-239. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134212604009%0ACómo>
- Mezarina, N. I. (2017). Conocimiento y participación de los padres en el cuidado del menor de cinco años, Instituto Especializado de Salud. *Cuidado y salud: Kawsayninchis*, 3(1), 267-276. [10.31381/cuidado_y_salud.v3i1.1423](https://doi.org/10.31381/cuidado_y_salud.v3i1.1423)
- Miró, E., Cano, M. del C., & Buela, G. (2005). Sueño y calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología*, 0(14), 11-27. <https://www.redalyc.org/pdf/804/80401401.pdf>
- Moraes, M., Zunino, C., Duarte, V., Ponte, C., Favaro, V., Bentancor, S., Benítez, A., & Bernadá, M. (2016). Evaluación de dolor en niños hospitalizados en servicios de salud públicos y privados de Uruguay. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 87(3), 198-209.
- Moreno-Altamirano, L. (2010). Enfermedad, cuerpo y corporeidad: una mirada antropológica. *Gaceta Médica Mexicana*, 146(2), 150-156.
- Nascimento, Y., Da Costa, I., Mendonça, M. A., & Moreira, A. (2019). Inequidades étnico-raciales en las hospitalizaciones por causas evitables en menores de cinco años en Brasil, 2009-2014. *Cadernos de Saude Publica*, 35(3), 1-14. [10.1590/0102-311x00001019](https://doi.org/10.1590/0102-311x00001019)
- Noreña, A. L., & Cibanal, L. (2011). La experiencia de los niños hospitalizados acerca de su interacción con los profesionales de enfermería. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 19(6), 1-8.
- Serradas, M. (2008). Los derechos de los niños hospitalizados: Un compromiso ineludible. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 71(2), 59-66. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=367935542006>
- Sevilla, E., Ramos, A., & Franco, A. (2019). Percepción de riesgo sobre lesiones no intencionales en niños y niñas, México. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 17(2), 1-22. [10.11600/1692715x.17208](https://doi.org/10.11600/1692715x.17208)
- Silva, G., & Uchofen, V. (2012). *Las vivencias de los niños hospitalizados desde sus dibujos y testimonios: un estudio cualitativo con enfoque de resiliencia y los derechos del niño hospitalizado*. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/deed.es>
- Sochet, M. S. (2014). ¿Exclusión o inclusión indígena? *Estudios Políticos*, 31(31), 87-106. [10.1016/s0185-1616\(14\)70572-4](https://doi.org/10.1016/s0185-1616(14)70572-4)
- Souza M G, S., García Jaramillo, R., & Borges, M. (2021). Confort de los pacientes en cuidados paliativos: una revisión integradora. *Enfermería Global*, 20(61), 420-434.
- Straus, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y*

- procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada* (Universida).
- UNESCO. (2019). Cuando bebas agua, recuerda la fuente. En *La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura*.
- Velandia, M. L., Bautista, G. O., Amaya, C., Arevalo, J. A., & Bayona, N. (2019). Incertidumbre en los cuidadores de niños hospitalizados en unidades de: cuidado intensivo neonatal – cuidado intensivo pediátrico (UCIN-UCIP). *Cultura de los cuidados*, 23(55), 256-269. [10.14198/cuid.2019.55.22](https://doi.org/10.14198/cuid.2019.55.22)
- Velásquez, L. (2018). *Niños hospitalizados. Guía de intervención psicológica en pacientes infantiles*.
- Villalba, M. (2016). *Factores psicosociales asociados a la ansiedad en niños y adolescentes hospitalizados en la fundación HOMI*. Fundación Universitaria los Libertadores.
- Zunino, C., Notejane, M., Bernadá, M., Rodríguez, L., Vanoli, N., Rojas, M., Benech, L., & Mimbacas, I. (2018). Dolor en niños y adolescentes hospitalizados en un centro de referencia. *Revista Chilena de Pediatría*, 89(1), 67-73. [10.4067/S0370-41062018000100067](https://doi.org/10.4067/S0370-41062018000100067)