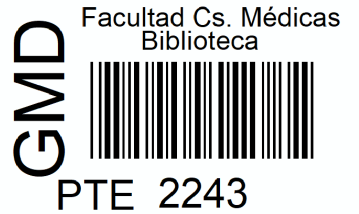


UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



Proyecto de tesina

“Información del personal de enfermería sobre ludoterapia y su implementación durante la administración de cuidados paliativos a pacientes pediátricos con enfermedad oncohematológico”

Por: Yamile Ma. Noel Ratto.

Director: Lic. Sandra Gagliardi

Docente Asesor: Lic. Córdoba Natali.

Rosario, 3 de Diciembre de 2019

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina.

***"Se puede descubrir más cosas de una persona
en una hora de juego,
que en un año de conversación."***

(Platón)

Agradecimientos.

- ≈ A mi Mamá, Abuela y Mari que sin ellas mis tiempos dedicados al proyecto hubiesen sido muy acotados y por estar siempre presentes ante mis necesidades.
- ≈ A mi hermano Alex por ser el ejemplo de que siempre hay que seguir estudiando.
- ≈ A mis mentoras Sandra, Cecilia, Cinthia y Gabriela por transmitirme sus conocimientos y ayudándome durante el proceso.
- ≈ A los docentes de la cátedra que siempre tuvieron paciencia ante mis dudas recurrentes.
- ≈ Y sobre todo a mi marido y a mi hijo por ser mis motores y motivos para alcanzar mis metas.
- ≈ Gracias a Todos ellos.

Resumen

El presente proyecto pretende argumentar que la implementación de actividades lúdicas en el marco hospitalario son de vital importancia en la atención durante los cuidados paliativos en el niño. Para ello, primeramente se realizó una revisión conceptual sobre el dolor, la hospitalización y los tratamientos farmacológicos actualmente utilizados y cómo podría utilizarse el juego dentro de las instituciones hospitalarias dirigido a favorecer el bienestar del niño oncológico hospitalizado. El objetivo general es identificar qué relación existe entre el nivel de información sobre Ludoterapia y las características personales del personal de enfermería que brinda atención en el área de pediatría oncológica en una institución pública de la ciudad de Rosario durante el año 2020. El tipo de estudio que se llevará a cabo es de tipo no experimental, observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. La unidad de análisis seleccionada será cada enfermero asistencial de la sala de Hematología Oncología y Trasplante del Hospital de Niños Público de la Ciudad de Rosario. Para realizar la recolección de datos se aplicarán dos tipos de encuestas, una aplicada a las variables simples, y otra para la variable compleja. Para la medición de la última se desarrolló un cuestionario adaptado a las dimensiones: Conocimiento Teórico, Experiencia Previa y Nivel de Adaptación. Teniendo en cuenta las respuestas se calificarán en bueno, regular o escaso nivel de información de Ludoterapia. Se aplicará estadística descriptiva, calculando distribución de frecuencia, porcentaje, mediana y moda (medidas de tendencia central); los datos obtenidos se representarán en gráficos circulares y en gráficos de barra simple y adosada.

Palabras Claves: hospitalización, cuidados paliativos, ludoterapia, cáncer infantil, personal de enfermería.

Índice General

	Pág.
Resumen y Palabras claves	4
Índice General	5
Introducción	6
Estado actual de conocimiento	6
Planteamiento del problema en estudio	8
Hipótesis y objetivos.....	8
Marco Teórico	10
Material y Métodos	26
Tipo de estudio.....	26
Sitio o contexto de la investigación	26
Población y muestra.....	27
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	28
Personal a cargo de la recolección de datos.....	32
Plan de análisis	32
Plan de trabajo y cronograma de actividades	34
Anexos	35
I. Guía de convalidación de sitio	36
II. Instrumento de recolección de datos.....	37
III. Resultados del estudio exploratorio	40
IV. Resultados de la prueba piloto del instrumento	42
Bibliografía	43

Introducción

Estado actual de conocimiento.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define al cáncer como “la multiplicación rápida de células anormales que se extienden mas allá de los límites normales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo y propagarse a los órganos, proceso denominado metástasis siendo este ultimo la causa principal de muerte por cáncer”. (Adhanom Ghebreyesus, Tedros, 2016).

Se denomina cáncer infantil a la enfermedad neoplásica que aparece antes de cumplir los 15 años de edad. A nivel mundial representa entre un 0,5% y un 4,6%* de la carga total de morbilidad y en Argentina la incidencia es de un total de 130-140 casos por 1.000.000 niños menores de 15 años. De la población de Argentina (que es de 10.224.978), dentro de este rango de edad hay 1.412 casos de cáncer infantil por año, registrados entre los años 2000 a 2016. (Gil Stella Maris, 2017).

Cuando un niño es diagnosticado con cáncer su vida cambia rotundamente desde que ingresa al hospital y comienzan los períodos de internación. Aparece el desconocimiento del entorno y de los numerosos procedimientos que se le practican, incluyendo la cantidad profesionales que los llevan a cabo. A esto se le suma la ausencia o el distanciamiento de sus seres queridos, lo que contribuye a empeorar el impacto emocional que produce en el niño el ingreso al hospital. La incertidumbre constituye además un factor agravante de estas circunstancias, puesto que el niño no sabe cuánto durará la situación en que se encuentra, qué pruebas le realizarán después, o cuándo podrá volver a su casa. Esta sensación de falta de control sobre su persona, sumado al conjunto de circunstancias mencionadas anteriormente, contribuye a un sentimiento de frustración y vulnerabilidad en el paciente, cuyas necesidades como tal no deben ser dejadas de lado por el equipo de salud. (Carreño-Moreno, Chaparro- Díaz, & Blanco-Sánchez, 2017).

Según Programa Médico Obligatorio dedicado a garantizar las prestaciones básicas médicas asistenciales, establece que con un pronóstico de sobrevida de 6 meses se deben iniciar la provisión de cuidados paliativos. (Pastrana T, 2014)

En 1982 surge el Programa Argentino de Medicina Paliativa en San Nicolás a través de la fundación Prager-Bild donde forma a los primeros profesionales. Recién a partir de 1994 se crea la primera Asociación Argentina de Medicina paliativa. En el año 2005 se

reconoce como especialidad médica y en el 2011 el Ministerio de Salud incluye la especialidad a Enfermería.

En Julio del 2012 el Congreso Nacional aprobó la Ley 26742 denominada la “Muerte Digna” que incluye: *“el derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento”*. Esta ley también regula el derecho de las personas a aceptar o rechazar tratamientos y dejar asentada una voluntad anticipada.

Los cuidados paliativos no están integrados en la red socio-sanitaria nacional y se calcula que sólo alrededor del 10% de la población con cáncer avanzado accede a este derecho, por otro lado al no estar dentro del presupuesto nacional de salud no tiene fondos para el desarrollo de programas nacionales, en Rosario se destinan fondos provinciales para este servicio.

Sobre el cuidado paliativo en el niño la OMS afirma que “es el cuidado activo, total del cuerpo, mente y espíritu del niño, y abarca también el cuidado ofrecido a la familia.

El mismo comienza cuando se diagnostica la enfermedad y continúa independientemente de que el niño reciba un tratamiento orientado hacia la curación.

El equipo de salud deberá evaluar y aliviar los dolores físicos, psicológicos y sociales de los niños. El cuidado paliativo eficaz exige un amplio enfoque interdisciplinario que incluye a la familia y utiliza los recursos disponibles de la comunidad; puede implementarse con éxito incluso cuando los recursos sean limitados”. (Adhanom Ghebreyesus Tedros, 2018)

Independientemente del pronóstico, en el hospital se administran cuidados paliativos a todos los pacientes que los requieran, ya que hay un equipo interdisciplinario conformado para tal fin.

Una de las estrategias que complementan el cuidado paliativo con los tratamientos farmacológicos es el uso de la ludoterapia:

“El juego es indispensable para el desarrollo intelectual, social y afectivo; por medio de él el niño expresa sus emociones, alegrías, tristezas, deseos, inconformidades, e igualmente aprende a compartir juguetes, a tomar decisiones, a participar, a acatar normas y reglas y a ser respetado” (González & Ramírez, 2017).

Incorporando el juego como estrategia de cuidado se contribuye a mejorar el estado emocional del niño y de la familia, a disminuir su ansiedad y lograr una mayor adaptación a la hospitalización. Además promueve una mejor comunicación e interacción entre el niño, su familia y los profesionales de salud.

La atención a través de la ludoterapia constituye una condición indispensable para que los cuidados paliativos pediátricos sean de calidad e integral, por tanto, conocerse todos los aspectos en relación a la misma hace que la relación de cuidado enfermero-paciente sea de mayor confianza y más amena posible ante las distintas intervenciones que deben realizarse durante las hospitalizaciones. (Caro, 2014)

Propósito

La finalidad del siguiente proyecto de investigación consiste en implementar un plan de cuidado con diversas estrategias como musicoterapia, clownterapia, cuentos y arteterapia a los tratamientos no farmacológicos que, en conjunto con los tratamientos farmacológicos que se utilizan actualmente, puedan aliviar los procesos traumáticos que se originan durante la hospitalización, a la vez que afianza el vínculo entre enfermero-paciente y su familia.

Planteamiento del problema en estudio.

El problema que se plantea en el siguiente proyecto es:

¿Qué relación existe entre el nivel de información sobre Ludoterapia y las características personales del personal de enfermería que brinda atención en el área de pediátrica oncológica en una institución pública de la ciudad de Rosario durante el año 2020?

Hipótesis y Objetivos

Dando respuesta al problema de investigación el objetivo general del presente trabajo es:

- Identificar qué relación existe entre el nivel de información sobre Ludoterapia y las características personales del personal de enfermería que brinda atención en el área de pediatría oncológica en una institución pública de la ciudad de Rosario durante el año 2020.

Por consiguiente, se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Identificar qué métodos utiliza actualmente el personal de enfermería para realizar Ludoterapia.
- Identificar los métodos para la implementación de ludoterapia en los cuidados paliativos.

- Identificar qué nivel de información sobre Ludoterapia tienen los enfermeros que trabajan en ese sector.
- Conocer la edad, sexo, nivel de formación académica y antigüedad en el área de los enfermeros que trabajan en el área de pediatría oncohematológico.

Partiendo de las siguientes hipótesis:

Los Licenciados en enfermería tienen mayor nivel de información sobre Ludoterapia que los Enfermeros.

El sexo femenino presenta mayor interés en la incorporación de Ludoterapia durante los cuidados paliativos.

Los profesionales entre 20 a 40 años de edad tienen mayor predisposición para realizar Ludoterapia que los mayores a 50 años.

A más años de antigüedad en la profesión de enfermería menor es la información que tienen sobre Ludoterapia.

Marco teórico.

Definición de cáncer

El cáncer data de la época de los egipcios alrededor del año 1600 a.C. Se cree que fue el médico griego Hipócrates la primera persona en utilizar la palabra “carcinós” (cangrejo) para denominar la palabra cáncer. (Gandur, 2014)

Cuando la primera autopsia fue realizada por el Dr. Giovanni Morgagni en 1761 profundizó el estudio del cáncer también conocido como “la oncología”.

John Hunter en el siglo XVIII fue uno de los primeros en sugerir que se operara un tumor. Y cuando el microscopio moderno fue inventado en el siglo XIX, se comenzó a estudiar el cáncer y así nació el “estudio patológico moderno de cáncer”. (Gandur, 2014).

El término cáncer designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo. Se puede definir como un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos que puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal, no es una enfermedad única, sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y de la célula de origen. (Gandur, 2014).

El cáncer se divide en dos tipos: sarcomas y linfomas. El sarcoma se caracteriza por su aparición en el hueso o en cualquier tejido blando (cartílago, grasa, músculos, vasos sanguíneos, tejido fibroso u otros tejidos conectivos). Los diferentes tipos de sarcoma dependen del lugar donde se origina el cáncer. Por ejemplo, el osteosarcoma se forma en los huesos, el liposarcoma se forma en la grasa y el rabdomiosarcoma se forma en el músculo. El linfoma se desarrolla en las células del sistema inmunitario. Hay dos categorías básicas de linfomas, una es el linfoma de Hodgkin, que se caracteriza por la presencia de un tipo de célula llamada célula de Reed-Sternberg; por otro lado están los linfomas no Hodgkin que están formados por células B o células T. Los linfomas no Hodgkin de células B incluyen el linfoma de Burkitt, la leucemia linfocítica crónica o el linfoma linfocítico pequeño (LLC o LLP), el linfoma difuso de células B grandes, el linfoma folicular, el linfoma inmunoblástico de células grandes, el linfoma linfoblástico de células B precursoras y el linfoma de células de manto. Los linfomas no Hodgkin de células T incluyen la micosis fungoide, el linfoma anaplásico de células grandes y el linfoma linfoblástico de células T precursoras. Los linfomas que se presentan después

de un trasplante de médula ósea por lo general son linfomas no Hodgkin de células B. (Sharpless, 2019)

Estadísticas de cáncer infantil en Argentina.

En Argentina los tipos de cáncer infantil son:

- **Leucemia (30%):** Es un tipo de cáncer de las células linfocitarias de la sangre. Según el tipo de células alteradas hay diferentes tipos de leucemia (leucemia mieloide aguda (LMA), leucemia mieloide crónica (LMC) o leucemia linfoblástica aguda (LLA), siendo ésta la más común en los niños.
- **Tumores cerebrales (19%):** Son tumores sólidos que, si son malignos, pueden extenderse o no a otras partes del cuerpo.
- **Enfermedad de Hodgkin (13%):** Afecta a los ganglios linfáticos que combaten las infecciones. Los más comunes son los que afectan a la zona del cuello. Esta enfermedad suele aparecer a medida que el niño va creciendo.
- **Linfoma no Hodgkiniano (13%):** Al igual que el anterior, afecta a los ganglios linfáticos, normalmente en el cuello, el tórax o el abdomen. A diferencia del caso anterior, éste tipo de cáncer puede aparecer en niños de cualquier edad.
- **Neuroblastoma (8%):** Se trata de un tumor que aparece en las células del sistema nervioso autónomo que se encuentran en la parte posterior del tórax y del abdomen. Éste tipo de cáncer suele aparecer antes de los cinco años.
- **Rabdomiosarcoma (5,8%):** Este tipo de cáncer se desarrolla en las células musculares y suele aparecer en la cabeza, el cuello, el tórax o el abdomen y extremidades. Suele aparecer en niños menores de cinco años.
- **Tumor de Wilms (6%):** Este tipo de cáncer afecta al riñón y aparece generalmente en niños menores de cinco años.
- **Tumores óseos (5%):** Los hay de dos tipos; osteosarcoma y sarcoma de Ewing y suelen aparecer durante la adolescencia o en periodos de crecimiento rápido del niño.
- **Retinoblastoma (3%):** Es un tumor que aparece en la parte posterior del ojo y al igual que en otros tipos de cáncer, aparece antes de los cinco años. (Gisela, 2014)

Los principales tratamientos utilizados para combatir el cáncer infantil son la **quimioterapia**, la **radioterapia**, **bioterapias** y el **trasplante de médula ósea**. Además, en muchas ocasiones, los niños diagnosticados con cáncer, se tienen que someter a algún tipo de intervención quirúrgica. Lo que tiene en común el tratamiento de los tipos de cáncer aquí mencionados es que todos ellos implican que el niño tenga que enfrentarse a un proceso de hospitalizaciones frecuentes, muchas veces prolongadas y a su posterior y extensa convalecencia. (Vázquez, 2016).

Etapas de hospitalización.

Cuando comienza la hospitalización del niño cambia su vida abruptamente. El hospital pasa a ser su espacio vital, durante días, semanas o meses. Desaparecen momentáneamente la casa, la escuela, los hermanos y los amigos. Se interrumpen actividades usuales tales como el juego, el estudio y el descanso. En el nuevo ambiente, el niño debe adaptarse a múltiples cambios. De repente tiene que interactuar con muchas personas a quienes no conoce, entre ellos están los profesionales de la salud, quienes deben realizar procedimientos que en ocasiones se tornan molestas o dolorosas.

Cuando pasa el tiempo la permanencia en un medio institucional restrictivo, como el hospital, hace que el niño asuma diferentes actitudes, como sentirse enfermo, abandonado por su familia, no entendiendo por qué debe curarse o tiene que estar aislado de otros niños y familiares, en consecuencia comienza a desarrollar el estado de estrés y ansiedad. Muchos de los niños sometidos a hospitalización se sienten con dolor, con desconcierto, depresión, miedo, rabia y aislamiento social, estos estados pueden llevar a obstaculizar el proceso de recuperación de la salud. (Serrada Fonseca, 2014)

Las fases por las que pasa el paciente oncológico pediátrico en su intento de adaptarse al proceso hospitalario como consecuencia de la separación de su familia y amigos, han sido descritas de la siguiente manera:

□ *Fase de protesta*: la cual puede durar horas o semanas, el niño tiene una fuerte necesidad de su madre y la espera basándose en una experiencia anterior en la que siempre respondía a su llanto, por ello se desespera ante esta nueva situación desconocida para él, en la que sus protestas y gritos no conducen a la aparición de la madre.

□ *Fase de desesperación*: se caracteriza por la necesidad continua de la presencia de su madre, el niño presenta un retraimiento fuera de lo normal, así como una gran tristeza. Aparentemente el paciente parece tranquilo y adaptado.

□ *Fase de negación*: el niño muestra más interés por el entorno y esto es considerado como un signo positivo, pero lo que realmente está haciendo es reprimir sus sentimientos. Además, la adaptación a una enfermedad que amenaza la vida es difícil para el niño y su familia por lo que la dinámica familiar se verá seriamente afectada. La sobreprotección de los padres afecta significativamente el sentido de control y competencia de los niños. Los niños son muy sensibles a las reacciones de su entorno y necesitan de no ser tratados de modo diferenciado. (Alexandra & Medina, 2019)

Por otra parte a este descontento se le une el aburrimiento. El medio hospitalario es pobre en estímulos, su ritmo de actividades es monótono y repetitivo llevando a que se olviden con frecuencia las necesidades fundamentales de los niños y de su interés por jugar, aprender, movilizarse, explorar, comunicarse con otras personas de su misma edad, etc. Desafortunadamente, la única alternativa que les queda muchas veces a los niños hospitalizados, es sentarse o permanecer acostado durante largas horas frente a un televisor. (Serrada Fonseca, 2014).

En la actualidad los hospitales tienen como propósito tratar de forma integral la salud de las personas, lo que significa que se tienen en cuenta no sólo la salud física sino también la **salud psicosocial**. Se considera de vital importancia que las plantas de pediatría se humanicen para que los niños se encuentren, durante su período de hospitalización, en un ambiente cálido e infantil que contribuya a su bienestar y su calidad de vida (Vázquez, 2016).

El momento de cuidados Paliativos.

La Organización Mundial de la Salud definió a los Cuidados Paliativos en el año 2007 como: *“una propuesta que mejora la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares, frente a los problemas generados por enfermedades que amenazan la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento. Implican la identificación temprana, la evaluación precisa y el tratamiento del dolor y de otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”*. (Adhanom Ghebreyesus Tedros, 2018).

El dolor se define como una sensación desagradable subjetiva, emotiva y sensorial, asociada a un daño tisular real o potencial. (Gandur, 2014)

Según la fisiopatología del dolor se puede dividir en nociceptivo que a su vez se subdivide en dolor somático el cual tiene su origen en estructuras como músculos, tendones, articulaciones, ligamentos y huesos; y visceral cuyo origen son vísceras tanto huecas como sólidas. El dolor neuropático de difícil entendimiento y difícil control se define como “dolor real o funcional que se origina en estructuras del sistema nervioso central y periférico”. (Sánchez & Jiménez, 2014)

La percepción del dolor es diferente según la edad del niño, en los recién nacidos (incluso los prematuros) reaccionan ante el estímulo doloroso con un patrón bien coordinado de respuestas (vocales, motoras y fisiológicas). Ante el inicio súbito de un estímulo doloroso, el bebé responde con un potente llanto, muecas faciales, sacudidas y rigidez de piernas, y cerrar fuertemente los puños.

Hacia los seis meses de edad, los bebés muestran ya reacciones anticipatorias de temor ante ciertos eventos dolorosos (por ejemplo, inyecciones) y pueden iniciar conductas de defensa para evitar el acontecimiento. Esta capacidad para anticipar el dolor señala con claridad la emergencia del aprendizaje y la memoria.

En el segundo año de vida, la duración del llanto y los gritos disminuye, el niño busca visualmente a su madre, cuando interpreta la imagen de la inyección se orienta hacia el lugar donde será pinchado e intenta protegerse con los brazos o las manos y es capaz de expresarse verbalmente. Gradualmente, aprenden a diferenciar y a describir dónde y cuánto les duele.

Entre los cinco y los siete años, la mayoría de los niños puede discriminar claramente la intensidad del dolor y es posible utilizar escalas cuantitativas para evaluar las sensaciones subjetivas. Aunque son capaces de localizar el dolor en una parte del

cuerpo, suelen pensar que tanto el dolor como la enfermedad están producidos como un castigo por haber hecho alguna travesura.

Hasta aproximadamente los nueve años, no entienden con claridad que el dolor puede estar generado por una enfermedad, el mal funcionamiento de un órgano o la presencia de ciertos gérmenes.

El período de la adolescencia está marcado por la maduración del funcionamiento cognitivo y por importantes cambios físicos y fisiológicos, así como por profundos cambios en la interacción social y familiar. Los niños de esta edad comprenden perfectamente que la enfermedad se localiza dentro del cuerpo. (Alexandra & Medina, 2019)

Como se menciono anteriormente, los niños que pueden expresarse verbalmente hablan directamente de su dolor, cuánto, dónde y cómo les duele, para valorarlos existen escalas como las numéricas donde 0 es ausencia de dolor y 10 es el máximo percibido; o verbal como “mucho”, “poco” o “nada”, en cambio aquellos que no pueden manifestarlo de manera verbal existen escalas visuales con dibujos, con caras o colores. (Figura 1)

Según intensidad y utilizando la Escala Numérica, puede ser:

- Leve 1 – 4.
- Moderado 5 – 7.
- Severo 8 – 10.

Figura 1. Escalas para valoración de la intensidad del dolor

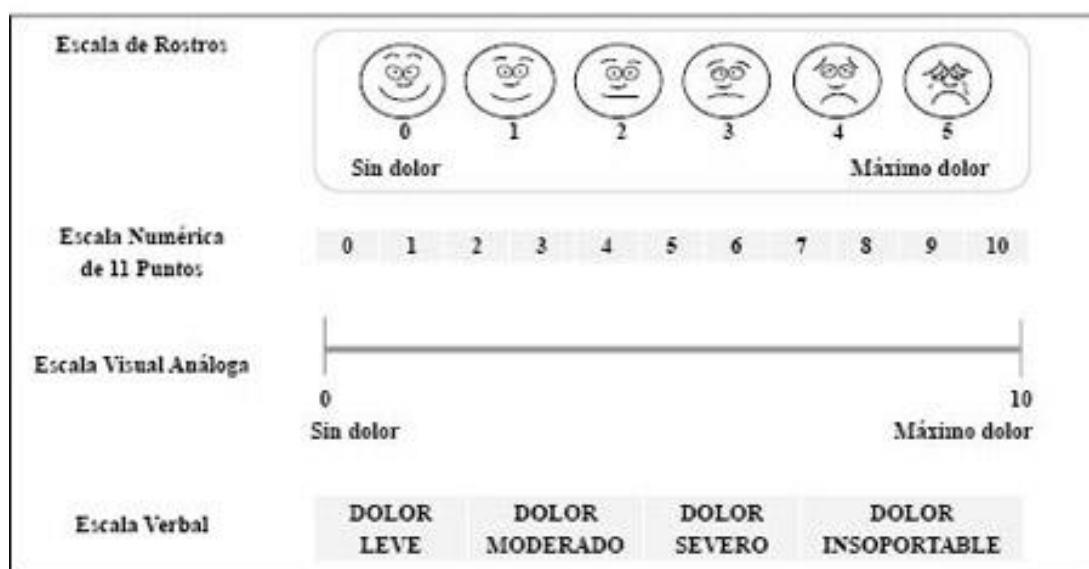


Fig. 1. Valoración de la intensidad del dolor (Lagomarsino, 2014)

Muchas veces el niño no duerme, tiene cambios bruscos en sus estados de ánimo y está irritable o inquieto. Esto es una señal que el personal de enfermería tiene que advertir y valorar; el dolor y otros síntomas pueden aliviarse con medicación que el personal médico evaluará e indicará. El objetivo es que el niño cuando esté bajo el tratamiento de cuidado paliativo esté lo más confortable posible y pueda realizar las actividades que su condición le permita. (Bild & Gómez, 2015)

La OMS creó una guía para el tratamiento del dolor a modo de escalera analgésica: el primero corresponde para dolor leve que responde a los AINES (antiinflamatorios no esteroideos), el segundo para el dolor moderado que se utiliza opioides débiles y el tercero para dolor severo que responde a opioides fuertes (Fig.1). (Gandur, 2014)

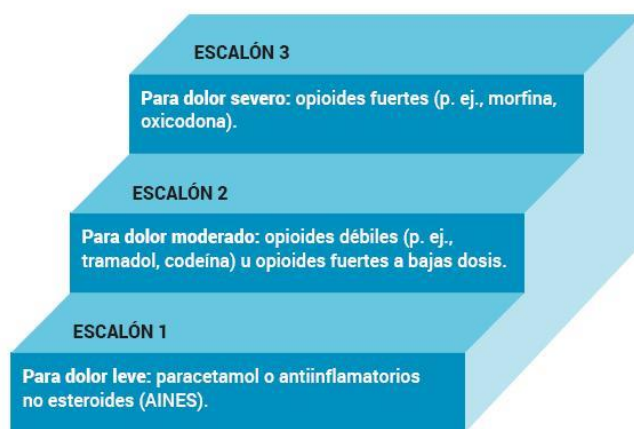


Fig. 2. Escalera analgésica de la OMS.

Los AINES se usan para aliviar el dolor leve o como adyuvante en el dolor moderado a severo. El medicamento de elección es el paracetamol porque tiene un elevado índice terapéutico en niños y un excelente poder analgésico a dosis equianalgésicas. No tiene efectos gastrointestinales ni hematológicos. El ibuprofeno se usa también con frecuencia, aunque tiene la desventaja de exponer a mayores riesgos a los pacientes debido al perfil de efectos adversos (gastrointestinales, hematológicos y renales).

El diclofenac es otro medicamento útil en episodios agudos, con excesivo efecto a nivel digestivo. El ketorolac es un medicamento muy potente, con efecto nefrotóxico por lo que sólo puede utilizarse de 3 a 5 días por vía oral o endovenosa.

Dentro de los opioides débiles la codeína y el tramadol es el medicamento de elección para el dolor moderado. La codeína se utiliza en dosis de 0,5 a 1,5 mg/kg/peso. Si con

las dosis recomendadas no se alcanza el alivio del dolor se debe pasar al siguiente escalón y usar morfina. (Bild & Gómez, 2015)

La morfina es la droga patrón de los opioides y por el momento no se ha demostrado que otros opioides tengan ventajas sobre ella. Es la más barata y sobre la que se han hecho mayores estudios. Se puede utilizar en neonatos y lactantes con la salvedad de ajustar la dosis a $1/3 - 1/4$ de la dosis usual hasta que alcancen la edad de 3 meses. Tiene la ventaja de su administración por diferentes vías: oral, sublingual, subcutánea, endovenosa, intra-rectal. La morfina no tiene dosis techo. Se debe ir administrando la dosis hasta alcanzar aquella que brinde alivio o hasta que los efectos adversos sean intolerables. (Jacob, 2014)

La espiritualidad puede entenderse como una condición fundamental del sentido de la persona. Se incluye dentro de los objetivos durante la aplicación de los cuidados paliativos, considerando que la calidad de vida del paciente no puede favorecerse en su conjunto si no se aborda la dimensión espiritual. (Pérez, Galiana, Fombuena, Oliver, & Barreto, 2018). A su vez no está únicamente relacionada con la experiencia religiosa, sino que está en sintonía con la vertiente más existencial del ser humano y en la situación de final de la vida este cuestionamiento aparece y debe ser abordado. (Redondo-Elviraa, Ibañez-del-Pradob, & Barbas-Abadc, 2017).

Las necesidades espirituales, cuando son elaboradas de forma efectiva favorecen la salud y el bienestar emocional, ayuda a la persona a tener un mejor control sintomático disminuyendo los niveles de ansiedad y depresión, durante el proceso al final de la vida impulsa a encontrar significado, mantener la esperanza y aceptar la muerte.

Por otra parte se relaciona con tres ejes fundamentales derivados de las relaciones que la persona establece consigo misma a través de la búsqueda de sentido (dimensión intrapersonal), con los demás, buscando relaciones de armonía, pero también ante el conflicto con la reconciliación (dimensión interpersonal) y con el otro, trascendiendo más allá de uno mismo (dimensión transpersonal). (Redondo-Elviraa, Ibañez-del-Pradob, & Barbas-Abadc, 2017)

Por todo esto un tratamiento efectivo para el alivio del dolor no sólo dependerá de los conocimientos y técnicas aplicados, sino fundamentalmente de la relación que se establezca entre médico, enfermero, paciente y familia. Debe ser trabajo de equipo interdisciplinario, donde cada uno de sus miembros aporta una visión del problema a

partir de su profesión y de su subjetividad, y comparten el objetivo común del alivio del dolor y el sufrimiento.

Ludoterapia como una alternativa.

La ludoterapia, terapia de juego o terapia lúdica fue desarrollada inicialmente a finales del siglo XX, hoy en día la terapia lúdica incluye un gran número de estrategias, todas ellas aplicando los beneficios terapéuticos del juego, cuyo objetivo es que el niño encuentre múltiples oportunidades para la expresión y autocontrol de sus emociones, la expansión de la conciencia, el reconocimiento de sus propios recursos y potencialidades. La terapia de juego proviene de la escuela psicoanalista y está centrada en el niño, por tanto, acepta del niño, lo que éste quiera dar durante la terapia. Es una forma de ayuda, de una manera no invasiva, ni agresiva que trabaja tanto consciente como inconscientemente. (Alexandra & Medina, 2019)

Los talleres lúdicos ofrecen experiencias que responden a algunas necesidades específicas de los niños hospitalizados. A través de este tipo de terapia el niño tiene la posibilidad de manifestar sus emociones, liberar sentimientos y frustraciones, reduciendo las vivencias dolorosas y atemorizantes (Formoso, 2019). Cuando el niño se encuentra inmerso en el juego o en cualquier actividad, obtiene placer y aumenta su autoestima; esto contribuye a darle recursos para sobrellevar las incomodidades de la enfermedad, favorece su desarrollo global y mejora su calidad de vida.

Se realizan varias actividades lúdicas como talleres artísticos y de manualidades. La terapia del juego está basada en el juego como medio natural de autoexpresión del niño.

La actividad lúdica es una actividad placentera en sí misma, que permite al niño explorar y comprender su mundo. (Aquino Martínez, 2016) Especialmente, estimula el desarrollo sensorio-motriz, intelectual, social, moral, de la creatividad y de la autoconciencia del niño. (Serrada Fonseca, 2014)

Se considera que es a través de las actividades lúdicas que el niño expresa sus preocupaciones, interactúa con el medio que le rodea, libera sentimientos reprimidos que no es capaz de exteriorizar de otro modo, de manera que el juego ayuda al niño a desarrollar estrategias de afrontamiento adaptativas, tanto en contextos cotidianos como en situaciones estresantes como durante la hospitalización.

Dadas estas características, podría decirse que el juego puede aportar al adulto información relevante sobre el estado de ánimo y necesidades del niño. (Serrada Fonseca, 2014)

El niño aprende a explorar, desarrollar y dominar las destrezas físicas y sociales a través del juego. A nivel social aprende a relacionarse con otras personas y comprende lo que puede aceptar o no; a nivel sensorial y físico se puede demostrar si existen limitaciones en el niño; a nivel emocional permite descubrir el sentido de confianza, de identidad, puede expresar sus sentimientos sin temor a castigo y le ayuda a controlar sus frustraciones e impulsos, y finalmente a nivel cognitivo con el juego el niño aprende diversas formas de poder solucionar un problema o acontecimiento que se dé en su ambiente. El pensamiento representativo surge con el juego simbólico y dramático; el abstracto con las actividades que le permita solucionar problemas. (Aquino Martínez, 2016).

Tipos de Ludoterapia

Clownterapia

“Clown” pertenece al inglés y significa payaso, de tal forma que se refiere a la terapia con payasos, por lo tanto, esta estrategia tiene un enfoque artístico, divertido y bromista, muy bueno para ser utilizado con los niños. Tiene como objetivo introducir el juego y el humor en el ámbito hospitalario, haciendo que el niño se sienta especial y único. (Caires, Esteves, Correia, & Almeida, 2014)

El payaso crea una nueva realidad, basada en la imaginación de cada uno, lo cual no pretende esconder o distorsionar esta realidad, sino ofrecer una nueva perspectiva, que disminuyan el dolor y el sufrimiento del niño de forma indirecta.

La Clownterapia busca la humanización de la atención promoviendo el bienestar de las personas y el equipo multidisciplinario, involucrándolos en todas las actividades para minimizar el sufrimiento de los niños hospitalizados. (Hiolanda, 2014)

Los payasos interactúan tanto con los niños como con los padres, usando el juego, la espontaneidad, la ligereza, el humor y la creatividad para aliviar así el estrés de la hospitalización y para proporcionar a los niños otra vía para expresar sus sentimientos y otra forma de interacción social. Los sentimientos negativos de los acompañantes pueden provocar estos mismos efectos en el paciente, por lo que si el payaso actúa sobre la familia, en definitiva está actuando en el paciente. No obstante, las acciones

no solo deben limitarse al niño y a la familia, sino que tiene como meta reestructurar el hospital, sus funciones, las personas; creando un mundo de felicidad, informal y libre de estrés, lo cual es también beneficioso para el equipo sanitario. (Caires, Esteves, Correia, & Almeida, 2014)

Se puede pensar que la presencia de los payasos hospitalarios contribuye y es promotor de los procesos de catarsis, y que la risa y el humor tengan un efecto liberador de las tensiones asociadas a su situación. Por lo tanto, la presencia de los payasos permite al niño la liberación de emociones negativas y esto resulta favorable para su recuperación (Caires, Esteves, Correia, & Almeida, 2014).

Con esta técnica se ha visto que se consiguen mejoras respecto al humor, la comprensión del proceso de hospitalización y los procedimientos realizados y la relación interpersonal entre el niño y el equipo (Hiolanda, 2014).

Es importante recordar que los niños hospitalizados tienen generalmente poco control sobre su proceso de enfermedad. Esto se tiene en cuenta en la clownterapia ofreciéndoles la oportunidad de elegir si quieren ser visitados por los payasos o no, de tal forma que este aspecto es sumamente valioso para ellos ya que adquieren el poder de tomar sus propias decisiones. El niño siente que su ayuda es necesaria para el payaso, y de hecho es necesario, lo que refuerza la sensación de confianza y autoestima en él mismo. (Sato, Ramos, & Costa., 2016)

Cuando el hospital recibe payasos médicos existen vivencias que crean un rechazo en el personal sanitario y acompañantes, debido a que la mayoría de estos son voluntarios y se piensa que tienen una falta de metodología y formación sanitaria, de forma que en ocasiones generan consecuencias negativas, como el aumento de infecciones nosocomiales por transmisión de bacterias de una habitación a otra. Por ello, es de vital importancia que las personas ajenas al equipo de salud que llevan a cabo estas intervenciones reciban una formación previa. (Sato, Ramos, & Costa., 2016).

En el efector donde se realiza el estudio concurren los Payadoctores, en forma programada y regular, y para su intervención requieren del pase de sala con el personal de Enfermería. Son personas que realizan esta actividad voluntariamente, están organizadas y tienen una coordinación. Además reciben formación previa y permanente desde su organización. Y hacen seguimiento personalizado de los pacientes.

El cuento.

Entre las muchas actividades que se pueden realizar durante la hospitalización y que no ofrece ninguna limitación para el niño, se destaca la narración. Contar una historia no solo genera diversión e imaginación, si no que a través de ella se puede educar, desarrollar el razonamiento y puede ayudar a resolver conflictos, a la vez que promueve el bienestar físico, emocional y psíquico de las personas involucradas (López & Ortín, 2016)

Favorece la adaptación al proceso de hospitalización, ya que escuchar cuentos estimula la imaginación y provoca un cambio en el estado de ánimo de los niños, permitiendo crear un ambiente menos hostil y de menor soledad.

Además cuando el niño participa en la historia, tanto con la lectura como con la audición, juega y es capaz de imaginar, crear y experimentar el carácter del cuento como si se tratara de él mismo, identificándose con los personajes que hacen frente a diversas situaciones y al final las superan (Perez & Rubio, 2014).

Cuando hay una implicación plena en la historia, se va a producir la catarsis, proceso por el cual el niño se libera de ciertos sentimientos. Esto se realiza con el fin de que tras la narración y a través de una reflexión con ayuda de la persona que realiza esta técnica, el niño interpreta que el sufrimiento es temporal y que es capaz de concluir que al igual que el protagonista de su cuento, sus problemas pueden ser resueltos (Perez & Rubio, 2014).

Se pueden encontrar varios beneficios del cuento, como el alivio de los efectos físicos y psicológicos de la enfermedad, favorecer la evasión y generar así una sensación de bienestar y felicidad. A su vez, favorecerá la relación entre la familia y el niño y ayudará a la prestación de los cuidados de enfermería (López & Ortín, 2016).

Arteterapia

La arteterapia utiliza la imaginación y la creatividad, pudiendo usar la pintura, el dibujo, la música o el teatro. Es una forma de atención complementaria a los tratamientos sanitarios, permitiendo un cuidado más humanizado. Está diseñada para minimizar el estrés en el proceso de hospitalización. Además de esta forma se permite que el niño tenga un mayor entendimiento de la situación, eliminando sus inquietudes. (González Romo, Reyna Martínez, & Cano Rodríguez, 2015)

Dentro de esta terapia se encuentran: los títeres, el teatro, los dibujos y la musicoterapia.

El uso de títeres es una técnica que aporta seguridad al niño, quien lo toma como un objeto de apego y además se puede utilizar para disminuir miedos durante las intervenciones. Un ejemplo es la utilización de títeres antes de una venopunción, en el cual el niño se ve sometido en varias ocasiones durante la hospitalización. A través del títere se hace una representación de lo que se le va a realizar, para qué, su importancia y los materiales que se van usar. Como consecuencia de esto el niño puede adquirir un comportamiento más tranquilo, menos miedoso y sin movimientos bruscos.

El teatro sirve como expresión corporal, por ejemplo a través de una dramatización se puede explicar al niño la técnica de lavado de manos y que lo repita. Con esto podemos observar y enseñar técnicas tanto al niño como al familiar, además permite al paciente expresar sus sentimientos y miedos. Por otro lado, dentro de la arteterapia cabe destacar la utilización de los dibujos, que son una herramienta útil para que los niños relaten sus experiencias y sentimientos sin palabras.

La música tiene un efecto bien documentado en aliviar ansiedad, depresión y el dolor en enfermedades somáticas. La música reduce el dolor al aliviar la ansiedad y distraer la atención de estímulos negativos, ayudando a sobrellevar así el estrés emocional. (Marcelo C. Miranda, 2017)

Los poderes terapéuticos del juego son beneficiosos ya que estimulan comunicación, regulación emocional, mejora de la relación juicio moral, manejo del estrés, fortalecimiento del yo, preparación para la vida y autorrealización.

Sin importar la edad, el juego tiene muchos beneficios. Es divertido, educativo, creativo, alivia el estrés y fomenta las interacciones y la comunicación entre enfermero-paciente.

Cuando los niños juegan, aprenden a tolerar la frustración y a regular sus emociones; logran comunicarse cuando no tienen las palabras para expresar sus necesidades y esperar que los adultos entiendan el lenguaje, el juego es el lenguaje del niño y sus juguetes son las palabras. (Alexandra & Medina, 2019)

Teórica de Enfermería.

El posicionamiento teórico para este estudio está basado en la teoría de las cualidades interpersonales y transpersonales de Jean Watson la cual se orienta hacia lo existencial, fenomenológico y espiritual inspirada en la Metafísica, las Humanidades, el Arte y la Antropología. (Machín, 2015).

La teoría de Watson también llamada la Teoría del Cuidado Humano se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación dinámica entre la persona cuidada y el cuidador. Su teoría tiene un enfoque filosófico (existencial-fenomenológico), con base espiritual, cuidado como un ideal moral, y ético de la enfermería que tiene como finalidad proteger y realzar la dignidad humana; la experiencia, percepción y la conexión mostrando interés profundo a la persona. (Guerrero-Ramírez, Riva, & Cruz-Ruiz, 2016).

La autora elabora su teoría a través de siete supuestos durante los cuidados enfermeros:

- El cuidado sólo se puede demostrar y practicar eficazmente de forma interpersonal.
- El cuidado está condicionado a factores de cuidado, destinados a satisfacer necesidades humanas, el cuidado tiene destino, efectos y objetivos.
- Cuando es efectivo promueve la salud y el desarrollo individual o de la familia.
- Las respuestas del cuidado aceptan a las personas no sólo por lo que son sino por lo que pueden llegar a ser.
- Un entorno de cuidado posibilita el desarrollo de aptitudes a la vez que permite a la persona elegir la mejor opción para sí misma en un momento preciso.
- El cuidado genera más salud que curación. El cuidado integra el conocimiento biofísico y el de la conducta humana para producir o promover la salud y para ofrecer ayuda a quienes están enfermos. Por lo tanto, la ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia de la curación.
- La práctica del cuidado es central en la enfermería. Un individuo debe ser acompañado en las fases de toma de decisiones y no sólo ser un receptáculo de

información. El acompañar es necesario para que, paulatinamente, el individuo descubra cómo, desde una situación particular, puede encontrar la mejor solución desde su propia realidad. Enfermería, entonces, debe focalizarse en un acompañar sensible pero responsable, basado en el conocimiento y en la práctica de una actitud terapéutica. (Urra, Jana, & García., 2014).

El pensamiento de Watson pretende a que el cuidado enfermero esté focalizado en una visión integral de mente-cuerpo-espíritu, por esto su relación en los cuidados paliativos centrados en la ludoterapia para contribuir al bienestar del niño, considerando al bienestar expresado en risas y recreación que junto a los cuidados básicos son eje central en el cuidado paliativo. (Urra, Jana, & García., 2014)

Desarrollo del conocimiento.

Según el origen del conocimiento se considera las siguientes categorías:

- 1) Conocimiento perceptivo: es el resultado de la acumulación de la experiencia, o casos, en la memoria histórica (o perceptiva) de la persona. Son datos que se acumulan en la memoria por las experiencias que la persona vive.
- 2) Conocimiento abstracto: está compuesto tanto de reglas acerca del comportamiento de los diferentes elementos del problema como por los efectos de diferentes tipos de acciones sobre la solución del mismo. Contiene modelos que se pueden aprender de libros o que se pueden transmitir por procedimientos sencillos.
- 3) Conocimiento experimental: es el resultado de la inducción sobre los datos del conocimiento perceptivo.
- 4) Conocimiento tácito: es aquel no codificable, cargado de subjetividades, valores, intuiciones, que se adquiere con la experiencia y no por estudios formales.
- 5) Conocimiento explícito: es aquel escrito en manuales, libros, etc., y se adquiere a través de estudios formales. (Avendaño Pérez & Flores Urbáez, 2016)

Enfermería es una disciplina y una ciencia en construcción, con un conocimiento que evoluciona de manera independiente. Dicho conocimiento ha sido construido con el fin de dar respuesta a los fenómenos de interés y problemas presentes en la práctica profesional; todo con el fin de mejorar la calidad de vida de individuos, familias y comunidades.

Sin embargo, existen dificultades a la hora de aplicar dicho conocimiento en el escenario práctico, durante la práctica existe una brecha entre el saber teórico y el

hacer práctico. Una forma de ir transformando esta situación es compartir y aceptar los nuevos conocimientos, adaptarse a la evolución de los cambios, esto quiere decir asumir actitudes diferentes a las que se está acostumbrado sin que altere el objetivo que es mejorar la calidad del cuidado de las personas. (Borré-Ortiz, y otros, 2015)

Material y métodos.

Tipo de estudio.

El abordaje metodológico es cuantitativo, a su vez el tipo de estudio será no experimental, observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.

Será no experimental u observacional, ya que las variables se estudiarán tal y como se presentan en la realidad; descriptivo ya que se determinará cómo es la situación de las variables, la presencia o ausencia de algunas de ellas.

El estudio será de corte transversal ya que las variables se medirán simultáneamente, en un período de tiempo, realizando una única medición.

Será un estudio prospectivo porque la recolección de los datos se llevará a cabo, según van ocurriendo los hechos durante el año 2020.

Sitio o contexto de la investigación.

Para la selección del sitio se realizó el Estudio de Convalidación de Sitio (ver anexo I), el cual tiene como objeto reunir toda la información a fin de realizar una caracterización básica del contexto o sitio en los asuntos pertinentes a la investigación. Este estudio de convalidación se constituye como el primer control de validez interna del Diseño.

El Hospital seleccionado por reunir los criterios de elegibilidad, es un Hospital Público Pediátrico, de tercer nivel de complejidad de la ciudad de Rosario, en el cual se encuentran las variables de estudio y la población de interés. El mismo cuenta con una dotación total de 17 enfermeros, de los cuales 10 son licenciados y 5 están cursando la licenciatura en enfermería. La sala se distribuye en 6 habitaciones para la internación y dos más para trasplante de células precursoras hematopoyéticas y un sector de Hospital de Día, donde se realizan tratamientos ambulatorios, extracciones de sangre, punciones lumbares, transfusiones, etc. que funciona de lunes a viernes de 7 a 13 hs. La dotación de enfermería es de dos enfermeros/as para Hospital de día, dos enfermeros/as por turno en el área de internación, y un enfermero por turno en la unidad de trasplante.

Población de estudio.

La población de estudio estará constituida por todos los enfermeros asistenciales, de la sala de Hematología Oncología y Trasplante del Hospital de Niños Público de la Ciudad de Rosario.

La unidad de análisis será cada uno de los enfermeros asistenciales de la sala mencionada anteriormente y serán excluidos quienes reúnan los siguientes criterios:

- Enfermeros y licenciados que participen simultáneamente como voluntariado del hospital en técnicas de juegos.
- Enfermeros y Licenciados que tenga menos de un año en el área.

Tamaño de la población.

La población la conformarán todos los enfermeros que reúnan los criterios de inclusión y exclusión antes mencionados. Según datos aportados por el estudio exploratorio del sitio se estima una población aproximada de 17 enfermeros asistenciales en el período del estudio. Por tal razón, no se realiza muestreo y se tomará el total de la población.

Validez externa: El presente estudio presenta limitaciones como, la selección de solo un sitio de estudio y la no realización de muestro probabilístico debido a que el número de enfermeros es reducido, por lo que los resultados no se pueden generalizar a otros efectores.

Los resultados servirán como parámetro para evaluar el nivel de información sobre Ludoterapia en profesionales de enfermería según sexo, edad, nivel de formación y años de antigüedad en la profesión; y serán generalizados sólo a la población de estudio.

Principios éticos

En cualquier investigación se debe considerar el principio ético de respeto hacia la población seleccionada para estudio. Esto implica necesariamente que se deberá contar con la autorización correspondiente (Consentimiento Informado) y dejar establecido de antemano si los resultados podrán exponerse con la identificación de la institución o conservando el anonimato. El principio de respeto a la dignidad humana, es importante ya que se considera que el participante tienen derecho a decidir en forma voluntaria si participa o no en el estudio, el momento en que quieren retirarse de ese estudio y de rehusarse a dar información. Principio de Justicia, incluye el derecho del participante a un trato justo y a preservar su intimidad.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La recolección de datos se realizará mediante la técnica encuesta, utilizando como instrumento de medición un cuestionario constituido por cada indicador seleccionado para medir las variables en estudio. (Ver anexo II)

Para las variables *nivel de formación y sexo*, el participante deberá marcar lo que corresponda. Para la variable *edad y antigüedad en el área de oncología* será el dato que el participante refiera.

Para la variable *nivel de información de Ludoterapia* se desarrolló un cuestionario adaptado a las dimensiones: Conocimiento Teórico, Experiencia Previa y Nivel de Adaptación (Ver Anexo II), con un total de 14 preguntas se destinan ocho para medir el nivel de conocimiento, dos para conocer la experiencia previa y cuatro para evaluar la adaptación, marcarán con un tilde una de las respuestas comprendidas entre: “Bastante, Regular o Nunca”. Luego teniendo en cuenta cada respuesta se calificará de acuerdo al porcentaje obtenido.

La ventaja de aplicar esta técnica es que permite recolectar datos objetivos y precisos, de forma rápida y eficaz, a su vez tiene un bajo costo. El instrumento seleccionado se encuentra relacionado a las variables de interés y permitirá obtener datos que permitan medir la presencia o ausencia de las mismas.

La desventajas son los sesgos que pueden presentarse en el instrumento, como puede ser que el entrevistador, quien puede dar pistas sutiles que pueden influenciar al entrevistado y como efecto generar falsos resultados. Además puede presentarse el sesgo de las respuestas, donde el entrevistado dará las respuestas que cree que el entrevistador pretende obtener, también puede deberse a que el mismo conoce la temática y los resultados esperados del estudio.

Validez interna:

- Se realizará previamente una prueba piloto a 8 enfermeros en el área de oncología para evaluar si el cuestionario contiene preguntas comprensibles y claras, además si las opciones de respuestas son suficientes o si se deben ampliar, como también si es necesario reformular tanto las preguntas y las respuestas en su totalidad.
- Se verificará que los cuestionarios no sean demasiado extensos.
- Se verificará que la cantidad de preguntas sean suficientes.
- Se verificará que el enunciado de las preguntas sea comprensible.

Amenazas:

- Instrumentación: pueden haber cambios en los instrumentos de medición, en el caso que el cuestionario sea muy extenso y que el personal de enfermería no entienda los enunciados.
- Interacción entre los sujetos y el investigador: falta de objetividad, puede haber desacuerdo entre el investigador y los tratamientos que se utilizan en la institución.
- Administración de pruebas: la prueba piloto puede influir en las respuestas de los participantes ya que se encuentra en Rosario un único hospital con área de oncología pediátrica exclusiva.

Operacionalización de las variables:

- *Edad: variable cuantitativa, simple, independiente. Escala de medición: razón.*
- Nivel de formación: variable cualitativa, simple, independiente. Escala de medición: nominal.

Indicador:

- Enfermero.
- Licenciado en enfermería.

- Sexo: variable cualitativa, simple, independiente. Escala de medición: nominal.
Indicador:
 - Mujer.
 - Hombre.
- Años de antigüedad en el área de oncología: variable cuantitativa, simple, independiente. Escala de medición: razón.
Indicador:
 - Será los años de antigüedad en el área de oncología según refiera el participante.
- Nivel de información de Ludoterapia: variable cualitativa, dependiente, compleja.
Escala de medición: ordinal.

Variable	Definición	Dimensión	Indicador
Nivel de información de Ludoterapia	La terapia lúdica incluye un gran número de estrategias, todas ellas aplicando los beneficios terapéuticos del juego, cuyo objetivo es que el niño encuentre múltiples oportunidades para la expresión y autocontrol de sus emociones, la expansión de la conciencia, el	Conocimiento teórico.	¿Conoce el concepto de Ludoterapia? ¿Conoce las diferentes técnicas de Ludoterapia? ¿Puede reconocer los beneficios de la Ludoterapia en niños oncológicos durante los cuidados paliativos? ¿Conoce los beneficios que tiene el personal de enfermería si realiza Ludoterapia? ¿Reconoce que se implementa la Ludoterapia durante los cuidados paliativos? ¿Puede reconocer los efectos que produce la narración en los niños durante la hospitalización?

	reconocimiento de sus propios recursos y potencialidades.	Experiencia previa.	¿Reconoce el concepto de Arteterapia? ¿Puede identificar cuál es el objetivo cuando se utiliza títeres durante los cuidados paliativos? ¿Alguna vez le ofreció a un niño hospitalizado herramientas para dibujar? ¿Utilizo alguna vez Musicoterapia durante alguna práctica de Enfermería?
		Nivel de Adaptación.	¿Usted cree que el personal de Enfermería deba aplicar Ludoterapia durante los cuidados paliativos? ¿Usted cree que el personal de Enfermería deba capacitarse sobre la Ludoterapia? ¿Usted cree que existen dificultades para que el personal de Enfermería implemente Ludoterapia durante los cuidados paliativos? ¿Usted está dispuesto a realizar Ludoterapia?

Prueba piloto.

La prueba piloto se realizó en el mismo hospital (Ver anexo III), a un total de 8 enfermeros que se desempeñan en el Hospital de día donde realizan prácticas ambulatorias y en el cual cumplen con los criterios de inclusión/exclusión definidos. La prueba piloto se debe realizar para poder identificar aspectos que puedan resultar poco claros y confusos del instrumento, y así poder realizar los ajustes necesarios. El instrumento de medición deberá alcanzar los tres requisitos básicos: validez, confiabilidad y precisión.

Personal a cargo de la recolección de datos.

Los datos serán recolectados por la propia autora, el instrumento se aplicará en el office de enfermería del área asignada. El tiempo de aplicación del mismo será durante un mes, con un tiempo de realización máximo de 20 minutos para los participantes. Se llevará a cabo en días hábiles, de 5 a 7 hs y de 17 a 19 hs, para poder contar con la asistencia del personal de enfermería en los cuatro turnos.

Plan de análisis.

Se realizará el agrupamiento de los datos obtenidos por variable seleccionada y sus correspondientes dimensiones (tabulación).

El proceso de tabulación se codificará en computadora mediante la utilización de un software estadístico SPSS. Se establecerá un índice para medir cada variable.

. Sexo: al indicador Hombre se le asignará el símbolo **(1)**, al indicador mujer el símbolo **(2)**.

. Nivel de formación: al indicador Enfermero se le asignará el símbolo **(1)**, y al indicador Licenciado en enfermería, el símbolo **(2)**.

La variable *edad y años de antigüedad en el sector*, será la que el participante indique, se calcularán medidas de tendencia central (moda, mediana y promedio aritmético) y luego se calificará en rangos de: menor a 1 año, de 1 a 10 años, y mayor a 10 años.

La variable *Nivel de información* se reconstruirá de la siguiente manera:

El cuestionario medirá las tres dimensiones “Conocimiento teórico, Experiencia previa y Nivel de Adaptación”, para la primera dimensión habrá ocho indicadores, para la

segunda dos y para la tercera cuatro, correspondientes a cada uno responderá con la escala de:

- Bastante: que corresponderá a 3 puntos
- Regular: 2 puntos
- Nunca: 1 punto.

El cuestionario contara con un total de catorce preguntas estableciendo un grado de corte en la escala de medición de la siguiente manera:

Nivel de información bueno: 10 - 14

Nivel de información regular: 5 - 9

Nivel de información escasa: 1 - 4

La presentación de los datos se reflejará en gráficas circulares y en gráficos de barra simple y adosada.

Esto permitirá conocer la frecuencia, el porcentaje, la mediana y la moda de cada indicador.

Para describir la relación entre las variables seleccionadas se utilizara la estadística descriptiva bivariada, los datos se presentaran en tablas de contingencia. Para determinar el grado de relación entre ambas variables se realizara el cálculo del coeficiente de correlación, el mismo será presentado gráficamente en un diagrama de dispersión.

Para llevar a cabo las técnicas estadísticas mencionadas se contara con la colaboración de un especialista en estadísticas.

Plan de trabajo y cronograma de actividades.

La ejecución del estudio requiere de una serie de actividades y recursos necesarios para ejecutarlo, recursos como, presupuesto, personal, infraestructura, materiales, tiempo, conocimientos y destrezas.

Con respecto al factor presupuestario, los costos serán sustentados por medios propios, como son los costos de los materiales necesarios para aplicar los instrumentos y la redacción de informes, impresión de los mismos y lapiceras.

Cronogramas de Actividades durante el año 2020.									
Actividades	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Nov.
Recolección de datos.	X	X	X	X					
Análisis e interpretación					X				
Tabulación de datos.						X			
Redacción del informe final.							X	X	
Impresión del informe final.									X

ANEXOS

Anexo I. Guía de convalidación de sitio.

- 1) ¿Se obtuvo la autorización del Comité de Docencia del Hospital?
- 2) ¿Cuenta con un lugar apropiado para aplicar los cuestionarios, hay suficiente luz?
- 3) ¿En qué días y horarios será conveniente realizar las encuestas?
- 4) ¿Cuál es el promedio de niños a los que se le realizan cuidados paliativos?
- 5) ¿Cómo se distribuyen dichos pacientes en las salas del hospital?
- 6) ¿Cómo son las salas donde se hospitaliza el niño oncológico?
- 7) ¿El hospital cuenta con un comité de cuidados paliativos que aborde a los niños oncológicos?
- 8) ¿Se realizaron capacitaciones para el abordaje de Ludoterapia en niños oncológicos?
- 9) ¿Cuál es la dotación total de enfermería? ¿y la dotación por turno?
- 10) ¿Ingresaron enfermeros asistenciales nuevos al hospital en el último año?
- 11) ¿Los enfermeros forman parte de ese equipo?
- 12) De haber un comité de cuidados paliativos, ¿se coordinan para estar presentes las 24 horas, todos los días del año para actuar en casos en donde el niño quiera realizar Ludoterapia?
- 13) De estar presentes, ¿existe un protocolo diseñado de cuidados paliativos? ¿el mismo incluye terapia de juegos?

Anexo II. Instrumento de recolección de datos.

Los siguientes cuestionarios serán aplicados por la enfermera Ratto Yamile, para la realización del Proyecto de Tesina, de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario. Se solicita la colaboración del personal de enfermería garantizando su anonimato. Se agradece la participación en el mismo.

Indique lo que corresponda:

Edad: ____

Sexo:

- . Hombre.
- . Mujer.

Nivel de formación:

- . Enfermero profesional.
- . Licenciado en enfermería.

Indique la cantidad de años que pertenece en el área de oncología: ____

Marque con una cruz la respuesta que más lo representa.

1) ¿Conoce el concepto de Ludoterapia?

Bastante () Regular () Nunca ()

2) ¿Conoce las diferentes técnicas de Ludoterapia?

Bastante () Regular () Nunca ()

3) ¿Puede reconocer los beneficios de la Ludoterapia en los niños oncológicos durante los cuidados paliativos?

Bastante () Regular () Nunca ()

4) ¿Conoce los beneficios que tiene el personal de enfermería si realiza Ludoterapia?

Bastante () Regular () Nunca ()

5) Cuándo realiza cuidados paliativos ¿implementa las técnicas de Ludoterapia?

Bastante () Regular () Nunca ()

6) ¿Puede reconocer los efectos que produce la narración en los niños durante la hospitalización?

Bastante () Regular () Nunca ()

7) ¿Reconoce el concepto de Arteterapia?

Bastante () Regular () Nunca ()

8) ¿Puede identificar cual es el objetivo cuando se utiliza títeres durante los cuidados paliativos?

Bastante () Regular () Nunca ()

9) ¿Alguna vez le ofreció a un niño hospitalizado herramientas para dibujar?

Bastante () Regular () Nunca ()

10)¿Utilizó alguna vez Musicoterapia durante alguna práctica de Enfermería?

Bastante () Regular () Nunca ()

11)¿Usted cree que el personal de enfermería deba aplicar Ludoterapia durante los cuidados paliativos?

Bastante () Regular () Nunca ()

12)¿Usted cree que el personal de enfermería debe capacitarse sobre Ludoterapia?

Bastante () Regular () Nunca ()

13)¿Usted cree que existen dificultades para que el personal de enfermería implemente Ludoterapia durante los cuidados paliativos?

Bastante () Regular () Nunca ()

14) ¿Usted está dispuesto a realizar Ludoterapia?
Bastante () Regular () Nunca ()

Acta de Consentimiento Informado.

Yo.....acepto participar, de forma voluntaria y anónima, en el proyecto de investigación cuyo propósito es implementar e incorporar un plan de cuidado con diversas estrategias como musicoterapia, clownterapia, cuentos y arteterapia a los tratamientos no farmacológicos que, en conjunto con los tratamientos farmacológicos que se utilizan actualmente, puedan aliviar los procesos traumáticos que se originan durante la hospitalización, a la vez que afianza el vínculo entre enfermero-paciente y su familia; dirigido por la Profesional de Enfermería Ratto Yamile, cursante de la cátedra de Tesina, de la carrera Licenciatura en Enfermería, de la Universidad Nacional de Rosario, con el objetivo de identificar qué relación existe entre el nivel de información de Ludoterapia y las características personales del personal de enfermería que brinda atención en el área de pediatría oncológica.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio, habiendo satisfecho mis dudas respecto a esta investigación.

Declaro haber sido informado/a que mi participación no involucra ningún daño o peligro para su salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro saber que la información entregada será confidencial y anónima.

Declaro saber que la información que se obtenga será analizada por el investigador responsable y será utilizada sólo para este estudio.

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes.

Nombre Participante

Nombre Investigador

Firma

Firma

Fecha:.....

Fecha:.....

Anexo III. Resultados del estudio exploratorio

El sitio seleccionado fue un Hospital de niños público de tercer nivel de complejidad de la ciudad de Rosario. Se obtuvo la correspondiente autorización del Comité de Docencia de dicho efector. Se valoró la presencia de las variables de interés y de la población, la misma cumple con los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

Según los datos recolectados, el total de capacidad ocupacional es de 8 camas útiles, de los cuales dos están destinadas a trasplante de medula ósea.

La sala cuenta con dos accesos, al ingresar por la puerta con orientación al sur se observa un pasillo donde se encuentra un espacio destinado al voluntariado. Ingresando por una puerta de tipo vaivén está la sala de usos múltiples donde hay juguetes, mesas y sillas, hacia la derecha hay tres consultorios médicos y la secretaría, y dos puertas de ingreso para el consultorio de “hospital de día” destinado a niños que deban realizarse tratamientos oncológicos ambulatorios, transfusiones de hemoderivados, controles mediante análisis de laboratorio, antibióticos u otra medicación, sin necesidad de permanecer internados. Siguiendo por la sala hay otra puerta de tipo vaivén y se observan un pasillo para la circulación de los familiares que tienen ventanal con vista al exterior de lado izquierdo y del lado derecho están las habitaciones destinadas a los niños. Cada habitación contiene una cama con panel de cabecera (oxígeno, aspiración y aire comprimido) e instalación eléctrica, un sillón para el acompañante, un televisor LCD y un baño privado.

En puerta con dirección al norte se mantiene cerrada para el público en general, con un timbre y solo tiene acceso personal autorizado. Al ingreso del lado izquierdo se observa la doble entrada para los consultorios médicos, secretaría y office de enfermería del hospital de día, del lado derecho hay un pasillo hacia el vestuario, este último se conecta con la única entrada a las habitaciones destinadas al trasplante de medula ósea. Al acompañante del niño que es ingresado a la Unidad de Trasplante, se le entrega un ambo del servicio, se debe duchar y luego de vestirse puede ingresar al área. Además este sector tiene una ventana con doble acceso para la transferencia de material al office de enfermería exclusivo para el trasplante de medula ósea, para la transferencia de material se abre la ventana, se coloca en un mesada, una vez cerrada el enfermero abre el otro acceso, descontamina el material con alcohol al 70 % y lo ingresa.

El office de enfermería del área de oncología se encuentra en el centro de la sala con ventanas de vidrios a su alrededor donde pueden tener vista a las seis habitaciones y la salida de emergencia del sector de trasplante de medula ósea. Dentro del mismo se observa a ambos lados una mesada para la preparación de medicación, la reserva de materiales descartables en bajo mesada y a un lado una heladera para medicación que necesite refrigerarse, dentro del mismo office hay un espacio pequeño destinado para el uso administrativo de enfermería. Saliendo del office hacia la derecha se encuentra la sala para el uso de mucamas y en el pasillo se observan cada dos puertas de habitación una bacha para lavado de manos.

El servicio de enfermería cuenta con una dotación de 17 enfermeros, de los cuales uno es enfermero jefe, 10 son licenciados y 6 son enfermeros, 5 de estos últimos se encuentran cursando la licenciatura.

La dotación se distribuye por turno de la siguiente manera: durante el turno de mañana hay un personal para el área de trasplante de medula ósea, dos para internación y dos para el hospital de día. Luego de las 13 horas quedan dos enfermeros en el área de internación y uno para trasplante de medula ósea, en el área de hospital de día funciona de lunes a viernes de 7 a 13 horas. Todos los niños que ingresan a hospitalizarse en el área reciben cuidados paliativos y tratamiento para el dolor.

El comité de cuidados paliativos está constituido por tres médicas y una enfermera, no existe un equipo interdisciplinario para el abordaje. Los mismos están presentes en el hospital de lunes a viernes solo en el turno matutino y los fin de de semanas en guardia pasiva.

La sala no presenta protocolos para realizar cuidados paliativos, tampoco presentan material bibliográfico referido a la temática.

Anexo IV. Resultado de la prueba piloto del instrumento

Durante la ejecución de la prueba piloto del cuestionario se observó que el espacio cuenta con luz apropiada pero era muy reducido, dado que el área no cuenta con una sala de reuniones, por lo tanto se utilizó el espacio destinado para el servicio de mucamas. Durante la aplicación del instrumento no se generaron elementos de confusión, los ítems eran claros, comprensibles y de fácil puntuación. Como sugerencia de la población de estudio se cambió la opción de respuesta de “poco” a “nada”.

El tiempo para responder las preguntas fue respetado, y concluyó antes de los 20 minutos pactados.

Bibliografía

- Adhanom Ghebreyesus Tedros. (19 de 02 de 2018). *Organización Mundial de la Salud*.
Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Adhanom Ghebreyesus, Tedros. (21 de marzo de 2016). *El cáncer infantil*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/cancer/es/>
- Alexandra, & Medina. (2019). *La Ludoterapia como técnica de intervención*. La Paz, Bolivia.: Tesis de grado.
- Aquino Martínez, H. E. (2016). *Programa de Terapia Lúdica*. Guatemala.: Tesis pregrado.
- Bild, R., & Gómez, I. (2015). *Acompañamiento Creativo*. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat.
- Borré-Ortiz, Miguel, Y., Lenis-Victoria, Claudia, Suárez-Villa, M., & Tafur-Castillo. (2015). El conocimiento disciplinar en el currículo de enfermería: una necesidad vital para. *Ciencias de la Salud*, 481-491.
- Caires, S., Esteves, C. H., Correia, S., & Almeida, I. (sep-dic de 2014). *Payasos hospitalarios como estrategia para mitigar la experiencia de hospitalización infantil*. Obtenido de Scielo:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712014000300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
- Caro, S. (2014). Enfermería: Integración del cuidado y el amor. *Salud Uninorte. Barranquilla* , 172-178.
- Carreño-Moreno, S., Chaparro- Díaz, L., & Blanco-Sánchez, P. (2017). Cuidador familiar del niño con cáncer: un rol en transición. *Revista Latinoamericana de Bioética*, vol. 17, núm. 2, 18-30.
- Formoso, J. B. (19 de Septiembre de 2019). *Asociación Española de terapia de Juego*. Obtenido de Asociación Española de terapia de Juego:
<http://www.terapiadejuego.es/>
- Gandur, D. N. (2014). *Manual de enfermería oncológica*. Buenos Aires: Ministerio de Salud Presidencia de la Nación.
- Gil Stella Maris. (septiembre de 2017). *sap.org.ar*. Obtenido de Sociedad Argentina de Pediatría.: <http://www.sap.org.ar/docs>

- Gisela, D. (2014). Detección temprana del cancer infantil., (pág. 19). Buenos Aires.
- González Romo, R. A., Reyna Martínez, M., & Cano Rodríguez, C. d. (2015). "Los colores que hay en mí": una experiencia de arte-terapia en pacientes oncológicos infantiles y. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 77-93.
- González, & Ramírez. (2017). La ludoteca, un espacio de encuentro para el niño. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.*, 25(1):56.
- Guerrero-Ramírez, R., Riva, M. E.-L., & Cruz-Ruiz, M. D. (2016). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson,. *Rev enferm Herediana.*, 127-136.
- Hernández, Y. N., Larrinaga, M. R., & Pacheco, J. A. (oct-dic de 2016). *Reflexiones conceptuales sobre algunas teorías de enfermería y su validez en la práctica cubana*. Obtenido de SciELO:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000400021
- Hiolanda, C. (30 de sep de 2014). *Humanización en un contexto pediátrico: el papel de los payasos en la mejora del entorno experimentado por los niños hospitalizados*. Obtenido de Scielo:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000400697&lang=pt
- Jacob, G. (2014). *Manual de cuidados paliativos para la atención primariade la salud*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: 1a ed.
- Lagomarsino, E. A. (Agosto de 2014). *Dolor en niños: el síntoma omitido*. Obtenido de www.sap.org.ar:
<https://www.sap.org.ar/docs/congresos/2012/medint/ppt/lagomarsino.pdf>
- López, P. L., & Ortín, M. R. (2016). *Estrategias de adaptación a la hospitalización en niños preescolares*. Madrid.
- Marcelo C. Miranda, S. O. (dic de 2017). *La música como una herramienta terapéutica en medicina*. Obtenido de scielo:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272017000400266&lang=es
- Moreno, D. (Septiembre de 2017). *Sociedad argentina de Pediatría*. Obtenido de https://www.sap.org.ar/docs/Congresos2017/CONARPE/Martes%2026-9/dra_Moreno_epidemiologia.pdf

- O'Connor, K. J. (2017). *Manual de terapia de juego*. Mexico: El Manual Moderno, S.A. de C.V.
- Pastrana T, D. L. (2014). *Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamerica*. Houston: 1a. edición.
- Pérez, D. R., Galiana, L., Fombuena, M., Oliver, A., & Barreto, P. (2018). Intervenciones psicológicas en espiritualidad en cuidados paliativos: una revisión sistemática. *Medicina Paliativa*, 119-212.
- Perez, H., & Rubio, R. (2014). "Érase una vez...un cuento curativo" atención educativa en población infantil hospitalizada a través de la literatura. *Educatio Siglo XXI*, 129-150.
- Redondo-Elviraa, T., Ibañez-del-Pradob, C., & Barbas-Abadc, S. (noviembre de 2017). *Espiritualmente resilientes. Relación entre espiritualidad y resiliencia en cuidados paliativos*. Obtenido de Scielo:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742017000300117
- Sánchez, B., & Jiménez, S. (2014). *Epidemiología del dolor crónico*. Obtenido de www.medigraphic.com: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2014/amf144c.pdf>
- Sato, M., Ramos, A., & Costa., C. (jun-mar de 2016). *Payasos: una revisión sobre el uso de esa máscara en el ambiente hospitalario*. Obtenido de scielo:
https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100123&lang=pt
- Serrada Fonseca, M. (2014). Integración de actividades lúdicas en la atención educativa del niño. *Educere*, 639-646.
- Sharpless, N. E. (06 de noviembre de 2019). *Instituto Nacional del Cáncer*. Obtenido de <https://www.cancer.gov/>
- Urra, E., Jana, A., & García., M. (2014). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y enfermería*, 11-22.
- Vázquez, C. D. (2016). *Los héroes también juegan*. Barcelona.