

# Cultura hospitalaria

## *y el proceso narrativo en el niño enfermo*

Verónica Miriam Guzmán Sandoval,  
Jorge Torres Hernández, Arturo Plascencia Hernández,  
Juana de la Luz Castellanos Morfin y Roque Quintanilla Montoya

### Resumen

Las experiencias traumáticas que viven las niñas y los niños hospitalizados impactan su percepción de bienestar así como la manera en la que construyen su realidad durante el internamiento. Lo anterior se inscribe en la cultura hospitalaria, visión institucional que influye en la forma de percibir a los usuarios e interrelacionarse con ellos, de tal manera que el hospital se convierte en un transmisor de significados que fortalecen o debilitan el papel de los pacientes y sus familiares. La narración de los sucesos experimentados durante un internamiento médico conforma un proceso activo y cotidiano de reconstrucción de lo vivido. El objetivo de la investigación fue analizar el proceso narrativo de niñas y niños del servicio de infecto pediatría y ortopedia para conocer cómo perciben el hospital, así como analizar el impacto de la narrativa en la reestructuración y en la resignificación de la experiencia traumática.

**Metodología:** se trabajó con cinco niños y niñas con edades entre 7 y 14 años, internados en el área de infectología pediátrica y ortopedia del hospital civil “Fray Antonio Alcalde” de Guadalajara, México. Las sesiones de trabajo fueron individuales y consecutivas, con una duración de una hora y media. Para la exploración se usaron dos guías de entrevista: la primera comprendió vida previa a la hospitalización y experiencia hospitalaria; la segunda exploró indicadores de ansiedad y estrategias de enfrentamiento al estrés. La narración de cada niño se analizó mediante la metodología de Bertaux. **Resultados:** la edad de los participantes, el tiempo de internamiento, las hospitalizaciones previas, la capacidad de afrontamiento y la duración del apoyo psicológico recibido, fueron los factores que impactaron en la percepción de la cultura

hospitalaria. Se observó que el proceso narrativo permitió a los participantes salir de la trama saturada y mirar desde otra óptica las problemáticas, además de identificar aspectos positivos de la hospitalización como: acompañamiento familiar constante; apoyo del personal médico y paramédico; aprendizajes adquiridos; así como la importancia del hospital en su recuperación. El proceso narrativo es asociado a un proceso cultural a través del cual los pacientes modifican y resignifican sus experiencias traumáticas para afrontar con salud su plan de vida.

**Palabras clave:** Cultura hospitalaria, Niño enfermo, Proceso narrativo

### **Abstract – Hospital Culture and the Narrative Process in Children**

This article focuses in the traumatic experiences of girls and boys hospitalized, which impact their perception of wellness, as well as how do they construct their reality during the internment. This is part of the hospital culture, institutional vision that influences the way for users to perceive and interact with them, then that the hospital becomes a transmitter of meanings which strengthen or weaken the role of patients and their families. The narrative of the events experienced during a medical placement shapes an active and daily process of reconstructing of the reality. The goal of the investigation was to analyze the narrative of girls and boys in infectious orthopaedics and paediatrics services to know how they perceive the hospital, and analyze the impact of narrative in the restructuring and resignification of the trauma experience. **Methodology:** we worked with five children and girls with ages between 7 and 14 years, interned in the field of infected pediatrics' and orthopedics of the civil hospital Fray Antonio Alcalde in Guadalajara, Mexico. The working sessions were individual and consecutive, with a duration of one hour and a half. For the exploration two interview guides were used, the first one covered life prior hospitalization and the hospital experience; the second one explored indicators of anxiety and strategies for confronting stress. The narrative of each child was analyzed using the methodology of Bertaux. **Results:** the factors that affected the perception of the hospitable culture were: the age of the participants, the internment time, previous hospitalizations, the capacity for confrontation and the duration of the received psychological support. It was observed that the narrative process allowed to the participants to go out of his saturated plot and to view the problematics from other perspectives and to identify positive aspects of the hospitalization like: constant familiar accompaniment, support of the medical personnel and paramedic, acquired learning and the importance of the hospital in his recovery. Thus the narrative is associated with a cultural process through which patients modify and resignify their traumatic experiences in order to cope with their health plan for life.

**Key words:** Hospital Culture, Sick Child, Narrative Process

**Verónica Miriam Guzmán Sandoval.** Mexicana. Maestra en Ciencias, área de Psicología Aplicada, por la Universidad de Colima. Profesora de asignatura categoría “B” en la Facultad de Psicología de la Universidad de Colima. Premio Estatal de la Juventud 2006, “Prof. Gustavo Alberto Vázquez Montes”, por el Instituto Colimense de la Juventud y Premio Peña Colorada 2005. Áreas de interés: estrés infantil, niños hospitalizados, cultura hospitalaria, calidad de vida, aplicación y evaluación de programas para población infantil vulnerable; yoloxochitl80@hotmail.com

**Jorge Torres Hernández.** Mexicano. Maestro en Ciencias, área de Psicología Aplicada, por la Universidad de Colima. Profesor Investigador de Tiempo Completo, Asociado “C”, de la Facultad de Psicología de la Universidad de Colima. Médico cirujano y partero por la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional. México, D. F. Diploma de Psiquiatra general por la Secretaría de Salud. México, D. F. Diploma de Psicoterapeuta sistemático por el Instituto de Psicoterapia Sistemática de Occidente (IPSO). Guadalajara, Jalisco. Áreas de interés: calidad de vida, psicopatología del adulto y del niño, cultura hospitalaria, síndrome de indefensión y el proceso narrativo; jtorresh@ucol.mx

**Arturo Plascencia Hernández.** Mexicano. Jefe del departamento de Infecto Pediatría del Hospital Civil “Fray Antonio Alcalde” de Guadalajara, Jal. Coordinador de Especialidades en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. Médico especialista en infecto pediatría. Áreas de interés: Infecto pediatría, infecciones nosocomiales; aplascenciah@yahoo.com.mx

**Juana de la Luz Castellanos Morfín.** Mexicana. Médico especialista. Especialidad en Pediatría Médica en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en Monterrey Nuevo León. Especialidad en Neonatología en el Hospital Universitario “Dr. E. González” en Monterrey Nuevo León. Jefa del Servicio de Pediatría del Hospital Regional Universitario de Colima de 2001 al 2009. Diplomas A.H. ROBINS DE MEXICO, durante el 1o, 2o, y 3o, año de la Carrera de Médico Cirujano y Partero en Colima Col. Premio Peña Colorada. Áreas de interés: Calidad de vida en neonatos y niños hospitalizados, programas para el fomento de apego en los neonatos, manejo conservador del enfisema lobar congénito; jcastellanos90@hotmail.com

**Roque Quintanilla Montoya.** Mexicano. Doctor en Psicología de la Salud, por la Universidad de Guadalajara. Profesor Investigador Titular “C”, en el Departamento de Psicología Aplicada del Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. Coordinador de Investigación del Departamento de Psicología Aplicada y del Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Áreas de interés: Psicología de la salud, afrontamiento, psico-socialidad del suicidio, concepto de muerte en menores con y sin tentativa suicida, representaciones sociales del suicidio; roque@cucs.udg.mx

Los hospitales son instituciones importantes y necesarias para la sociedad; tanto, que desde tiempos antiguos han sido vistos como sitios de sanación, por lo que poseen enorme importancia en la vida diaria de la comunidad. Sin embargo, la percepción hacia estos sitios ha sufrido modificaciones, sobre todo, a raíz de la aparición de hospitales de tercer nivel de atención, llamados de *especialidades*. El ambiente hospitalario posee una cultura propia que no se repite en otros ámbitos de la vida diaria, y dado que ocurre generalmente intramuros, es poco frecuente que se hable o se investigue sobre ella. En México existen pocas investigaciones que exploren los factores ambientales y culturales que se inscriben en la relación médico-paciente, los cuales determinan la percepción de los usuarios hacia dichas instituciones y su percepción de bienestar.

Los objetivos del presente artículo son analizar cómo perciben los niños y las niñas el hospital a partir de la narrativa, además de analizar su impacto en la reestructuración y en la resignificación de su experiencia. El artículo está compuesto por cinco apartados: el primero aborda la cultura hospitalaria; el segundo, el proceso cognitivo de los niños y la relación que tiene con la narrativa y su cosmovisión; el tercero, la metodología –que comprende objetivos, unidades de análisis, método, población, aspectos éticos, instrumentos y procedimiento–; y el cuarto, que contiene los resultados y el análisis de los mismos; el quinto presenta las conclusiones.

## Cultura hospitalaria:

### *hacia una conceptualización*

Desde hace muchos años la función asistencial de los hospitales se ha modificado de manera paulatina, debido a los cambios socioeconómicos y a la sobredemanda en los servicios de dichas instituciones. Antiguamente el hospital era representado en el imaginario social como un lugar de sanación milagrosa, al que podían llegar enfermos y menesterosos. Los hospitales en la Nueva España, por ejemplo, eran concebidos como un “espacio de vida práctica en el que se vincula a la sociedad” (Mora y Alemañy, 2000:43). En sí, eran lugares de reunión, de atención a enfermos y a desvalidos, pero también de fiestas, de procesiones y de culto. En esta forma de atención médica la comunidad tenía un rol central en el proceso de salud y enfermedad.

En los hospitales modernos la comunidad suele tener una participación menor o en ocasiones inexistente, entonces el papel de los usuarios de los servicios se ha vuelto pasivo, de allí que se considere a las personas que

se enferman como pacientes. El rol activo, en consecuencia, lo asume el personal médico por un principio de atención mecanicista que separa a la enfermedad de la persona, y que hace que recaiga en aquél casi toda la responsabilidad de la sanación.

Los cambios socioeconómicos que ha tenido nuestra sociedad han puesto en dificultades a las unidades de salud pública de nuestro país para otorgar atención a miles de usuarios, lo cual incide en la eficacia de la atención que se les brinda y en la calidad de vida que guardan las personas hospitalizadas, especialmente los niños ya que requieren, por el estado evolutivo en que se encuentran, permanecer en un ambiente emocionalmente protegido. Si bien es cierto que muchos hospitales de México cuentan con tecnologías de punta y con procedimientos médicos avanzados que ayudan a las personas a sanar, también lo es que dicha atención dista mucho de los objetivos y de las funciones sociales que tuvieron los hospitales de otras épocas. Justo es decir que las necesidades, los tipos de enfermedades y las demandas actuales de los usuarios han tenido que ver en ello. Muchas de las enfermedades contemporáneas requieren tratamientos médicos prolongados y costosos, por lo que las unidades de salud se ven rebasadas en su capacidad de atención. Si el nivel de la demanda de los servicios repercute en la calidad de éstos, es decir: a mayor demanda, menor calidad en el servicio, entonces ¿qué podría hacerse para que los servicios que prestan las unidades de salud a la comunidad no se vean afectados por este factor?

La calidad de la atención y la infraestructura hospitalaria son elementos que impactan directamente en la percepción que los usuarios tienen acerca del hospital (Ortega, Mercado y Estrada, 2005). Por consiguiente, la conformación del hospital y el diseño de sus áreas contribuyen a crear su imagen y la percepción que los usuarios tengan de él. En ese sentido el hospital se convierte en un transmisor de significados y envía mensajes que fortalecen o debilitan el papel de los pacientes y de sus familiares. Desafortunadamente, la percepción que suelen tener amplios sectores de la población acerca de los hospitales, es que son lugares en los que el enfermo suele tener sufrimiento físico y emocional (Benavides, *et al.*, 2000; Serradas, 2003; Aguilera y Whetsell, 2007).

Ante esta situación, organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998) han puesto énfasis en el rescate del enfoque comunitario que tenían los hospitales en el pasado, para mejorar la calidad de vida y contemplar a los usuarios como agentes proactivos ante el proceso de salud-enfermedad. Al hablar de la calidad de vida se entiende que es un constructo psicológico, social, económico y antropológico, producto

de la interacción de la persona con el medio ambiente (Schalock y Verduzco, 2003). La OMS pone en relieve la atención integral de las personas al promover una visión holística, en la que el ser humano sea visto como un ente biológico, psicológico y social, y consecuentemente, espiritual (Suls y Rothman, 2004). En este sentido la OMS (1998) señala:

Un hospital promotor de la salud no solamente ofrece servicios médicos y de enfermería de alta calidad, sino que también desarrolla una identidad corporativa que promueva la salud mediante una estructura y cultura para ello (OMS, 1987).

En suma, los hospitales son instituciones complejas debido a su constitución, que comprende la infraestructura que los conforman, la diversidad en los recursos humanos y la heterogeneidad de los usuarios. La cultura en general y la cultura hospitalaria en lo particular, pueden estudiarse desde los modelos funcionalista e interpretativo, ambos fundamentados en la Antropología Cultural (Heidtmann, Vagheti, de Souza, Rosete y Camargo, 2006). Desde el modelo funcionalista, que fundamenta el presente trabajo, la cultura es vista como un instrumento que sirve para atender las necesidades biopsicológicas del ser humano y como una variable interna capaz de adaptar a la persona a su estructura social (Smircich, 1983). La cultura también puede entenderse como un conjunto de mecanismos de control, de reglas o de instrucciones que ordenan el comportamiento de los seres humanos, en los cuales se denota un conjunto de significados transmitidos históricamente e incorporados en símbolos y conceptos, con los que las personas se comunican, desarrollan sus conocimientos y actividades en la vida diaria (Geertz, 1989). En sí, la cultura involucra todos aquellos “aspectos simbólicos y expresivos de las relaciones sociales” (Wuthnow, 1987: 4).

La cultura se transmite de una generación a otra mediante la socialización y está conformada por seis elementos principales: creencias, valores, normas y sanciones, símbolos, lenguaje y tecnología (Gelles y Levine, 2000: 91). En suma, la cultura hospitalaria bajo dichas perspectivas se contempla como una visión institucional que influye en la forma de percibir a los usuarios e interrelacionarse con ellos, de conformar los servicios, los espacios y el mobiliario, así como la forma de llevar a cabo los procedimientos médicos. El concepto que se tiene de cultura hospitalaria bajo estos paradigmas queda inconcluso debido a que el hospital también es el reflejo de los procesos culturales de la sociedad en la que está inmerso; a pesar de que los hospitales se rijan bajo un modelo biomédico, no serán idénticos (Van der Geest y Finkler, 2004). Habrá aspectos que compartan

o prevalezcan de un hospital a otro, sin embargo, cada hospital tiene una cultura hospitalaria *sui generis*. Callen, *et al.* (2007) encontraron diferencias entre las actitudes del personal de salud y la cultura hospitalaria en distintos nosocomios. Existió una correlación entre las actitudes positivas y la cultura hospitalaria asociada a la infraestructura del hospital.

Para fines de este trabajo se va entender por cultura hospitalaria al conjunto de normas, creencias, valores, símbolos y lenguaje que determina la interrelación entre el personal de salud y los usuarios, así como la constitución del espacio físico de interacción. Como ésta se encuentra en todas partes del hospital y pasa desapercibida para las personas que allí se encuentran, se introyecta de manera inconsciente y con el tiempo; mediante un proceso de aculturación, se vuelve natural (Gelles y Levine, 2000). Por lo tanto, la cultura hospitalaria determina el tipo de roles que se deben seguir, las actitudes que se asumen por parte de cada actor, la atención, los servicios que se ofrecen, los simbolismos que se emplean, y hasta el uniforme que usa el personal, todo lo cual conforma una identidad. Además, como la cultura hospitalaria está presente en todo momento, en muchas ocasiones es vista como un entidad física y autónoma; es decir, al evaluar la eficacia en la organización de los servicios de salud se pueden aceptar los problemas o las fallas, pero se responsabiliza de ello directamente a la cultura, como si ésta se tratara de una entidad ajena a los actores que la conforman (Heidtmann *et al.*, 2006).

## El proceso narrativo

### *en la niñez*

La hospitalización es una contingencia en la vida de los infantes, lo cual se torna complejo por la cultura hospitalaria que prevalece en los nosocomios. Las experiencias traumáticas que viven los niños y las niñas hospitalizados impactan en su percepción de bienestar y en la forma en la que construyen su realidad durante su internamiento. Muchas veces esa realidad se viven como amenazante, lo que obliga a las niñas y a los niños a hacer cambios constantes en sus esquemas cognitivos para otorgarle significado a las nuevas experiencias, así como a no condicionar las actitudes ni las emociones que tienen hacia sí mismos y hacia las personas que los rodean (personal médico y paramédico). Para comprender el mundo infantil es necesario saber cómo se configuran sus experiencias y cómo les otorgan significado, por lo que se han planteado diversas formas para entender los procesos implicados.

En los niños y las niñas los esquemas conocidos permiten percibir al mundo que los rodea, definirlo simbólicamente y, en consecuencia, comprenderlo en la medida en que organizan la información cotidiana. En concordancia con ello, Inhelder y Cellérier opinan que “todo sistema cognitivo tiende a reducir, asimilar, redescubrir lo desconocido y lo ininteligible en términos de esquemas muy familiares” (1983:142). Los infantes en general piensan acerca de las cosas como objetos simbólicos, comprenden y se adaptan al mundo por medio de esquemas y crean tantos como sean necesarios para darle significado a sus experiencias y poderlas integrar entonces a sus historias de vida.

Un esquema adaptativo, entonces, tiene que ser flexible, de tal manera que permita la incorporación de nuevos aprendizajes (Neimeyer, 1996). En ese sentido, un proceso activo y cotidiano de reconstrucción de lo vivido es la narración de los sucesos, con la que se discriminan y comparan experiencias para darles significado y crear maneras de ver el mundo en que vivimos (Payne, 2000). El significado de todo lo que viven los niños y las niñas, incluyendo los sentimientos, debe significarse para ser transmitido y entendido por otros, y la narración es una forma eficaz de conseguirlo. La narrativa es, por tanto, una forma cotidiana de organizar lo vivido, ya que se construye una historia lógica bajo un orden temporal que permite encontrar nuevos significados a las experiencias difíciles. El proceso narrativo se complementa con la escucha; en la investigación se usaron las narraciones de los propios participantes, como información vívida y situada que constituyó el factor primordial en la reestructuración y comprensión de sus experiencias, la cual propició la autoescucha y la escucha de la entrevistadora.

Ya en el proceso narrativo, todo relato tiene un inicio que es la experiencia anclada al pasado, una trama o un nudo, que es lo que se cuenta en el presente y un final o desenlace, que es lo que se espera que suceda en el futuro. La narrativa posee una estructura y un orden; la estructura y el orden conforman el *contenido* de la misma, el cual hace referencia a las temáticas recurrentes de las que se habla y la *calidad*, que alude a las tonalidades emotivas de la experiencia vivida (White y Epston, 1993); el orden conforma los factores *lógico, cronológico y configuracional* de la historia (Ramos, 2001:67).

La temporalidad es una dimensión crítica que permite dar sentido a la historia del infante (*orden lógico*) y otorga credibilidad a lo narrado porque las experiencias están supeditadas a esta dimensión; así se vuelve significativa en la medida que describe los rasgos de la experiencia humana. La



persona para detectar un cambio en su entorno necesita tener pruebas de que su vida progresa; a través de la narrativa (*orden cronológico*), encuentra estrategias para organizar los eventos por medio de secuencias coherentes, como lo son el pasado, presente y el futuro. Bremond (citado en Ramos, 2001:68) menciona que “lo importante de la serie de acontecimientos no es el que ocurran, sino cómo afecta a la organización de la vida que tenía la persona antes de que acontecieran”. En los niños y las niñas hospitalizados, la trama narrativa está llena de experiencias traumáticas producto de la enfermedad y el internamiento, y tiene una lógica en función del impacto que provoca en la vida del menor hasta el grado de transformarla totalmente. Al momento de contar la historia los infantes hacen saltos en el tiempo; el salto hacia atrás se llama *analepsis*, que certifica lo inevitable del suceso que se está relatando. Sirve para volver al origen de la problemática y reorientarlos para encontrar un mejor camino; el salto hacia delante tiene una contraparte que anticipa los hechos presentes para visualizar el futuro, llamado *prolepsis*: sirve como anticipación para apuntar el desenlace de la situación que se está narrando.

Un acontecimiento vivido por sí mismo carece de sentido y lo adquiere en la medida en que se imbrican los sucesos con la totalidad del relato, de allí la importancia del *orden configuracional* en la narrativa. Al respecto, Ramos señala que

conforme los hechos se van acumulando se constituye una pendiente narrativa, es decir, un eje direccional que va apuntando a cómo puede acabar la historia, a menos que pase algo o alguien haga algo diferente a través de un proceso (2001:74).

Así, el relato que prevalece a la hora de asignar significados a los sucesos vividos, determina en gran medida la naturaleza de las vivencias y de las acciones de los niños y de las niñas (White y Epston, 1993:12). Por ello, el encadenamiento de los acontecimientos traumáticos debe dar dirección a la narración de los infantes, como un eje sobre el cual transcurran todos los procesos que está viviendo y predecir el final de la historia.

El pensamiento narrativo alude a un proceso cognitivo que ocurre todo el tiempo. Los niños y las niñas necesitan *reestructurar* la historia que cuentan mediante la incorporación de los sucesos nuevos a los esquemas ya existentes (Inhelder y Cellérier, 1996). Al incorporar las experiencias nuevas a los esquemas que rigen la conducta del infante se da la *acomodación*, que es un proceso en el que se alteran los esquemas para permitir la *asimilación* de eventos nuevos que no tienen consonancia con los esque-

mas predeterminados, pero que no pueden ser ignorados o distorsionados (Piaget, 1964). El proceso de asimilación y de acomodación da origen a un *equilibrio*, es decir, a la adaptación del infante a un problema desconocido como resultante de un cambio de ideas acerca del mundo y de un esquema más adaptativo.

Todos los niños que se hospitalizan tienen que adaptarse a las demandas novedosas del medio ambiente. En primera instancia, emplean estrategias e ideas cotidianas para resolver la problemática que viven, y miden el impacto de ésta en función de su capacidad para resolver la demanda; en el momento en que perciben que no funciona, asimilan lo vivido y cambian su comprensión del evento, de tal manera que el suceso nuevo está en armonía con las creencias anteriores. Pareciera un proceso automático, sin embargo, no sólo es un evento novedoso al que se tienen que enfrentar durante su hospitalización, sino también a una infinidad de demandas que serán mayores en la medida en que perdure su internamiento. La cantidad de estresantes vulnera a los niños y a las niñas y los expone a la aparición de síntomas de ansiedad y depresión.

## Método

La investigación se llevó a cabo con una muestra conformada por cinco niños y niñas internados en el área de Infectología pediátrica y Ortopedia del Hospital Civil de Guadalajara “Fray Antonio Alcalde”. El grupo de trabajo tuvo un promedio de edad de 11.5 años. De los cinco participantes, tres fueron niñas y dos, niños. La moda del diagnóstico fue lesiones en cadera (secundarias a traumatismos). Los criterios de inclusión se centraron en que fueran pacientes con cuadros clínicos agudos, que su capacidad cognitiva no estuviera afectada por lo enfermedad (orientación en tiempo y espacio), con rango de edad entre 7 y 14 años, con un promedio de 8 días de estancia y que tuvieran un acompañante. Las sesiones de trabajo fueron individuales y consecutivas, con una duración de una hora y media en promedio. A partir de ello, los objetivos particulares planteados fueron:

Describir y analizar la experiencia hospitalaria de los participantes;

- Describir su estado emocional durante la hospitalización;
- Analizar la construcción de sus tramas narrativas durante el internamiento;
- Analizar el impacto de la narrativa en el proceso de reestructuración y resignificación de sus experiencias traumáticas.

Para la recolección de los datos se siguió estrictamente los preceptos de bioética (Garduño, 2001), con respeto a los derechos y la dignidad de los participantes. En este sentido, los participantes tuvieron derecho de decidir cómo y cuándo narrar sus experiencias, derecho a ser escuchados, a tomar en cuenta su opinión y a ser tratados como niños (Benavides, 2001). En la investigación generamos información de primera mano, generada bajo un proceso sistemático y riguroso; asimismo, se obtuvieron los permisos institucionales necesarios para incursionar en el hospital; también se gestionaron los acuerdos pertinentes con las autoridades.

Las unidades de análisis fueron: a) *Cultura hospitalaria*, concebida como la visión institucional que influye en la forma de percibir a las personas hospitalizadas e interrelacionarse con ellas; b) *Experiencia hospitalaria*, vista como el conjunto de sucesos objetivos y subjetivos, vividos por una persona durante un período de confinamiento en un área hospitalaria; c) *Proceso narrativo*, definido como el ejercicio dialógico de los acontecimientos o vivencias hospitalarias de los niños; d) *Reestructuración*, que es el encadenamiento de experiencias en orden temporal que permite la evaluación cognitiva y emocional de cada suceso para asimilar lo vivido; y e) *Resignificación*, que es el nuevo significado que se le otorga a cada experiencia para permitir equilibrar lo vivido.

El procedimiento se llevó a cabo de acuerdo a la metodología propuesta por Freeman, Epston y Lobovits (2001) para la exploración narrativa; misma que consideramos acoplarla a las necesidades de los menores hospitalizados. Se realizaron en promedio ocho entrevistas continuas a cada participante, dependiendo del día de estancia y del proceso narrativo. Se eligió esta metodología porque permite emplear un lenguaje sencillo y cotidiano para narrar. Asimismo, utiliza metáforas, juegos y relatos como una forma de elicitar la narración de los niños, por consiguiente es una metodología dinámica que propicia un clima cálido y divertido (Alonso *et al.*, 2006).

Primero se invitó a cada niña o niño a hablar de su experiencia de la forma en que quisiera hacerlo (metáforas, dibujos, historias y a través de cuentos); después se acordó con el menor la manera en que quería contar su experiencia hospitalaria, la facilitadora lo introdujo a una conversación exteriorizadora de sus habilidades, virtudes y todo aquello que lo describiera positivamente; enseguida, por medio de preguntas reflexivas, se invitó a cada infante a contar su experiencia de enfermar. La entrevista empleada de tipo terapéutica tuvo como finalidad primordial favorecer el proceso narrativo para que la niña o el niño reestructurara y resignificara

su experiencia. Cada historia narrada siguió una estructura cronológica como ya se mencionó antes y el papel de la facilitadora consistió en usar la narración del pequeño para encaminarlo hacia la reestructuración de su experiencia. Cuando alguno de ellos tuvo dificultades para hablar de su experiencia, se empleó una técnica lúdica (el dibujo o la narración de un cuento) que permitiera fortalecer la empatía y la confianza, así como vencer el temor o la resistencia a narrar lo vivido. Para lograr la resignificación de la experiencia traumática (*trama*), se ayudó al niño a crear una historia alternativa (*contratrama*) a partir de su relato para cambiar elementos con el apoyo de la autoescucha y la reflexión.

Como instrumentos de exploración se diseñaron dos guías de entrevista con preguntas claves que favorecieran la narrativa. La primera guía estuvo compuesta por los siguientes tópicos: a) Vida previa a la hospitalización para conocer los antecedentes de personalidad, con énfasis en los aspectos positivos que contribuyeran a la construcción de una contratrama, siguiendo el modelo de la terapia narrativa; y b) Experiencia hospitalaria, con tópicos relacionados con el proceso de enfermar, la evaluación emocional y cognitiva de los eventos estresantes y la resignificación de la experiencia. La segunda guía exploró: a) Las sesiones de trabajo; b) Los eventos de rechazo o estresantes que provocaran miedo; y c) Estrategias de afrontamiento al estrés.

Dado el carácter histórico del proceso investigado, el análisis del material protocolar obtenido operó por ciclos. Siguiendo la metodología de Bertaux (citado en Martínez, 1999) en un primer ciclo, después de la triangulación y de la validación de la información emitida por los niños, se segmentó y se codificó dicha información en unidades temáticas para hacerse una primera categorización y delimitación de sus propiedades. En un segundo ciclo, y a partir de la información analizada, se obtuvieron nuevas categorías que conformaron la matriz narrativa, misma que sirvió para explicar la relación dinámica entre sus elementos mediante un diagrama de flujo.

## Resultados

En el proceso narrativo, la historia de cada niño y de cada niña dio curso y velocidad a la pendiente narrativa que, con sus proyecciones pasadas y futuras, determinó una evaluación cognitiva y emocional de la cultura hospitalaria. Eso permitió, a su vez, a los menores identificar los eventos que conformaron su experiencia hospitalaria desde el inicio hasta el final de su estancia. Las experiencias hospitalarias que conformaron sus tramas estuvieron matizadas por un estado físico depauperado: dolor, pérdida del

apetito y sufrimiento físico. La hospitalización, como factor central, trajo consigo para los y las participantes del estudio, nuevos retos que afrontar, entre ellos las curaciones y las cirugías. Por tal motivo, los niños y las niñas, en su primera aproximación, configuraron una percepción negativa hacia el hospital. Erikson (1963) confirmó que el hospital es percibido como no seguro. Empero, la percepción de aquéllos que tuvieron una experiencia previa de hospitalización fue menos negativa, porque reconocían al hospital como un lugar donde podían aliviarse; esto les permitió adaptarse mejor a las contingencias y tener una idea más clara sobre el valor de la vida y la sanación: “*No es lo mismo cuando uno es principiante a cuando ya estuviste aquí*” señaló un niño. Dicha experiencia previa proporcionó además creencias positivas acerca del trabajo médico en la recuperación: “*Todo mal trae un bien*”, –expresó una de las niñas hospitalizadas, en algún momento. Estos niños y niñas tenían presente el costo-beneficio de la hospitalización, focalizando la ganancia (la salud). En este sentido, Costa (2000) comprobó que los niños con experiencia previa en hospitalización, desarrollan estrategias más efectivas para afrontarlo. Se encontró también que los niños de mayor edad tuvieron más capacidad para evaluar los eventos hospitalarios y pudieron tener una mejor reestructuración de la experiencia traumática.

Los niños y las niñas percibieron a la cultura hospitalaria en general como intimidante, y las definidoras que destacaron fueron: limitaciones en la movilidad, procedimientos clínicos dolorosos y trato despersonalizado. Estos elementos promovieron la confluencia de estresores que los condujeron a que se mostraran vulnerables y a que sus capacidades de afrontamiento se vieran disminuidas; sufrían, en fin, de una alteración mixta de ansiedad y de depresión, compatible con un Trastorno Adaptativo (Breviario. Criterios Diagnósticos, 2003). Entonces, un niño con actitud entusiasta y optimista, que gustaba de jugar y de divertirse, según lo encontrado en la guía de “vida previa”, con el tiempo de internamiento y el impacto de la cultura hospitalaria, transformó paulatinamente su estado emocional, hasta presentar cuadros depresivos o ansiosos. El impacto de la hospitalización sobre el estado emocional de los niños y de las niñas estuvo también matizado por los antecedentes de la enfermedad. Aquéllos que estuvieron hospitalizados por enfermedades asociadas a accidentes, presentaron mayor sintomatología de ansiedad y depresión, debido a que tenían resentimiento, culpa o sensación de injusticia por lo traumático del evento. Se trata de emociones que predisponen la aparición de dicha sintomatología (Montt y Hermosilla, 2001).

Los tratamientos dolorosos constituyeron uno de los elementos de la cultura hospitalaria que tuvo mayor impacto en los menores, ya que fueron una de las principales fuentes de estrés porque después de un tiempo de exposición, las respuestas condicionadas fueron muy negativas, hasta convertirse en eventos fóbicos en algunos casos. Durante una entrevista (fragmento) una niña lo exponía así:

Entrevistadora: *¿Qué sientes cuándo vienen las enfermeras?*

Niña: *¡Miedo! Porque... ¡Ay! ¡Ya me van a picar!... ¡Lloro mucho!*

E.: *¿Qué podrías hacer para enfrentar ese miedo?*

Niña: *Por más que quiero aguantarme a no llorar para cuando me piquen, ¡No puedo!*

Un elemento relacionado con la estructura hospitalaria y sus normas fue la limitación forzada en la movilidad. La postración, el aislamiento y la falta de espacios recreativos dentro del hospital, repercutieron directamente en la percepción de bienestar de niños y niñas, al sentir pérdida de independencia, enfado, ansiedad y miedo. De manera indirecta estos factores agravaban el malestar físico, que de por sí se encontraba agudizado por la enfermedad. Al preguntarle a una participante en el estudio cuál había sido la experiencia más difícil que había pasado durante su internamiento contestó: “*Estar acostada*”.

La experiencia hospitalaria suele vivirse como difícil porque el aislamiento y el confinamiento en una cama restringen la independencia y la socialización. Existen casos en los que la enfermedad misma impide el movimiento y otros en los que las normas hospitalarias o el diseño de las áreas limitan la recreación de los pequeños. En este sentido, la conformación del hospital fue el tercer elemento de la cultura hospitalaria que impactó en el estado anímico de niños y niñas. El ambiente hospitalario fue percibido por los pequeños como monótono, rutinario e intimidante por tener pasillos largos, paredes monocromas sin decoración y camas incómodas. Los y las participantes manifestaron sentir miedo a la oscuridad por las noches y a que “*algo extraño*” saliera de alguna oquedad en la pared. También dijeron sentirse saturados del inacabable blanco de muebles y muros; de olores desagradables, que provenían de una comida con sabores a los que no estaban acostumbrados; de materiales de curación y de las medicinas. Tenía esa connotación de “*enfermedad*” que refiere Mora y Alemañy (2000). Al preguntar a un niño acerca de su experiencia en el hospital comentó:

E.: *¿Te gusta el hospital?*

Niño: *No (y hace cara de desagrado).*

E.: *¿Qué te gustaría que hubiera en el hospital para agradarte?*

Niño: *Una almohada. Que no hubiera esos fierros en la cama; además me gustaría que hubiera un radio para escuchar música.*

Ortega, Mercado y Estrada (2005) enfatizan que el estrés que sufren las personas hospitalizadas proviene, principalmente, de un entorno físico inadecuado. La falta de mobiliario para el entretenimiento, así como de objetos de comodidad hace del confinamiento a la cama una tortura, y más cuando la estancia en el hospital es prolongada.

Otro de los factores que maximizó la percepción de incomodidad y que provocó enfado y desesperación en todos los participantes, fue la despersonalización en el trato que tuvo una parte del personal médico hacia ellos. Esta despersonalización en el trato que se traduce en una falta de interés para dar información y en el uso de un lenguaje técnico ininteligible, conlleva a un desconocimiento e incomprensión del paciente acerca de su enfermedad y de su tratamiento. Al respecto una niña refirió:

E.: *¿Qué es lo más feo que viviste?*

Niña: *Que no sabía qué me iban a hacer.*

Los factores señalados se presentaron durante todo el internamiento, lo que mermó la capacidad de afrontamiento de los pequeños, haciéndolos vulnerables y provocando un círculo vicioso entre el estado físico, las emociones y la percepción que se tenía del hospital. Su estado anímico fluctuó y la percepción subjetiva de incapacidad para resolver problemas alteró su evaluación cognitiva.

Con la ayuda permanente de sus familias, todos los participantes lograron identificar los sentimientos y los pensamientos vividos, lo que promovió la aceptación de dichas experiencias para después de asimilarlas, darles un nuevo significado. Se construyó así un proceso dialéctico entre el significado de las experiencias y su valoración emocional; al reconocer el origen de su malestar, cada participante pudo salir de su problema (trama saturada) para mirarlo desde otro ángulo. A este respecto Best (2002:420) menciona que “la solución de todo problema comienza con la aceptación de que éste existe”. La reinterpretación de la experiencia traumática permitió a cada niño y niña, en alguna medida, la posibilidad de acceder a un nuevo

significado de lo vivido, facilitó su asimilación y el acomodo de su plan de vida, la revaloración de los vínculos afectivos y de los roles filiales, así como la planeación a futuro para su incorporación a la vida cotidiana.

Algo interesante del proceso reinterpretativo que llevaron a cabo los pequeños, es que lograron focalizar los aspectos positivos de la cultura hospitalaria. Pudieron darse cuenta de la importancia del hospital en su recuperación y se mostraron esperanzados cuando sabían qué hacer para ayudar en su recuperación o en la de otros. Un niño dijo al respecto:

E.: *¿Qué le podrías decir a alguien como tú que esté hospitalizado?*

Niño: *Que no tenga miedo, porque no ayuda. Que le eche ganas. Es que no es lo mismo cuando uno es principiante a cuando ya estuviste aquí.*

La trama de los y las participantes se vio afectada negativamente en un principio por la percepción que tenían aquéllos del hospital, y la focalización de las experiencias desagradables minimizó los aspectos positivos de la hospitalización por un proceso de saturación. En las narraciones de todos los participantes se observó que la capacidad cognitiva lógico-abstracta se encontró minimizada, lo que produjo una menor habilidad para discernir entre la fantasía y la realidad, imbricada hasta convertirse en una sola. Al respecto una niña mencionó:

E.: *¿Qué pensaste cuando te trajeron al hospital?*

Niña: *...yo pensé que estaba soñando. Abrí los ojos y pensé que era un sueño y los volví a cerrar. Pero después de unas horas que me desperté, me di cuenta que sí era real.*

A este respecto Bruner (citado en Ramos, 2001) señala que el pensamiento narrativo busca verdades contingentes y conexiones particulares de los hechos basándose en una lógica comprensiva, que le permite a la mente infantil hacer asequible lo que siente. Un niño menciona:

E.: *¿A qué o a quién crees que le debes que tú estés bien?*

Niño: *Yo creo que a los santos. Toda mi familia les rezó; los de Vallarta también.*

E.: *¿A quién más crees que se lo debes?*

Niño: *A mi familia, porque me daban mucho apoyo y ánimo. A las enfermeras que me aplicaron medicamentos y a ti que venías a platicar conmigo.*



Al final de la experiencia, salir de la trama fue un proceso natural que ocurrió cuando el dolor había cesado y se estaba por ir a casa; culminó así la pendiente narrativa y se completó el espacio semántico, es decir, el tipo de lenguaje con el que el niño o la niña dio significado a lo vivido. El siguiente diagrama de flujo relaciona de manera diacrónica el proceso narrativo que vivieron todos los participantes y su relación con la cultura hospitalaria.

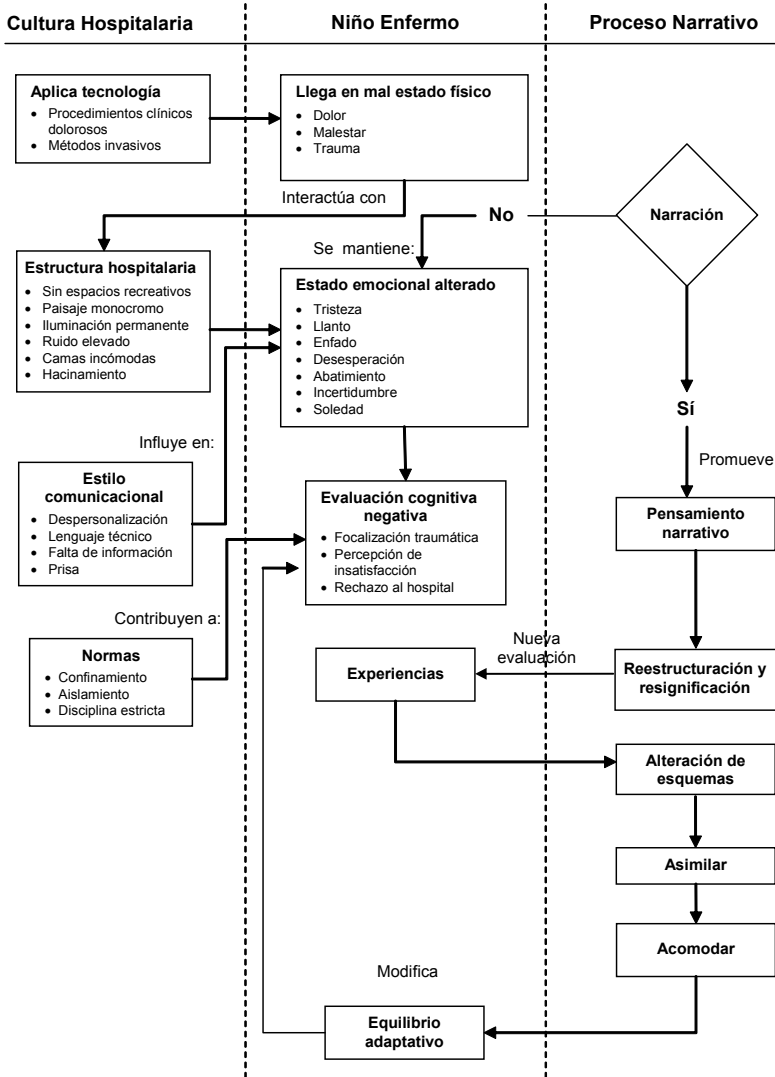
La Figura 1, en la página siguiente, representa la interacción dinámica de los factores que interactúan durante la hospitalización del niño enfermo, en la que se puede observar cómo los elementos de la cultura hospitalaria inciden en la salud del pequeño y la capacidad que tiene la narración de promover cambios cognitivos que lo llevan a desarrollar un equilibrio adaptativo, frente a su experiencia traumática subjetiva.

## Discusión

Las dolencias físicas, producto de la enfermedad o de intervenciones médicas, matizan la percepción que los niños y las niñas tienen acerca del hospital e impactan la valoración cognitiva de la vivencia hospitalaria. Cuando el malestar físico es intenso y se aúna a ello la monotonía ambiental, el aislamiento y el confinamiento en una cama, se potencian los efectos traumáticos, lo cual hace percibir a los pequeños que los estímulos dañinos son mayores y más intensos de lo que realmente pudieran ser. Al respecto, White y Epton (1993) refieren que las personas se centran en la trama (problemática) no alcanzan a percibir con claridad los factores que la mantienen, las soluciones posibles y los aspectos positivos de la vivencia. La edad y las experiencias previas de hospitalización son factores que promueven una mejor percepción del hospital así como una focalización de los aspectos positivos.

Con la narración de lo vivido los participantes salieron de su trama saturada y miraron desde otra óptica al hospital y su cultura; lograron así identificar aspectos positivos de la hospitalización como fueron: el acompañamiento familiar constante, el apoyo del personal médico y paramédico, los aprendizajes adquiridos y la importancia del hospital en su recuperación. En un caso específico, una niña refirió que le gustaría estudiar para doctora para así poder ayudar a otros niños. Si bien es cierto que en un principio la narrativa de todos los niños estuvo saturada de eventos traumáticos y la cultura hospitalaria se percibió como difícil, al encadenar ellos los sucesos, ordenaron e identificaron sus problemáticas para encontrar soluciones más eficaces y presentar mayor optimismo con respecto a su recuperación. Te-

**Figura 1**  
**Interacción dinámica de los factores**  
**que interactúan durante la hospitalización del niño enfermo**



ner una trama saturada no significa que la percepción no pueda cambiar o validarse. La percepción puede modificarse en el momento en que niños y niñas enlazan sus experiencias bajo un orden temporal, lo que permite dar sentido y credibilidad a lo narrado (Ramos, 2001).

Finalmente, con la investigación se comprobó que la narrativa permite reestructurar y resignificar las experiencias hospitalarias, modificar la percepción que se tiene del hospital, que pasó de ser negativa a una percepción más positiva, en la que se reconoció con mayor claridad el costo-beneficio de la hospitalización. Es importante poner empeño en el cuidado de la calidad de vida de los menores hospitalizados por parte de todos los involucrados en el proceso. Se considera que falta mucho por hacer en este aspecto, ya que debe flexibilizarse el modelo biomédico que sostuvo la cultura hospitalaria explorada, e incorporar en su lugar un modelo holístico que permita un abordaje multidisciplinario y una visión integradora de la salud, en la que la salud física y emocional tengan el mismo peso en la recuperación de los niños y de las niñas. Asimismo, es necesario promover la expresión emocional, para resignificar la percepción que se tenga acerca del hospital, tornándola más realista y evitar la propagación de mitos respecto a los roles que tiene cada actor en la cultura hospitalaria.

## Conclusiones

En la presente investigación se encontró que los factores que impactaron en la percepción de los niños y las niñas acerca de la cultura hospitalaria, fueron la edad, el tiempo de internamiento, la hospitalización previa, la capacidad de afrontamiento y la duración del apoyo psicológico recibido. Entonces, un niño o niña con poca edad, que tenga un internamiento prolongado y pobre apoyo familiar, entiéndase: padres con pocas habilidades o recursos emocionales, así como poco o nulo apoyo psicológico institucional, tendrá, consecuentemente, una menor percepción positiva de bienestar y una mayor percepción negativa hacia el hospital, lo cual impactará directamente a la idea que se tenga sobre la cultura hospitalaria.

Es innegable que la cultura hospitalaria, por sus reglas, lenguaje, valores y formas de interrelación, configuran un entorno físico que en primera instancia resulta intimidante para los niños y las niñas (Erikson, 1963). La restricción física que conlleva la hospitalización, el lenguaje ininteligible y las curaciones fueron los principales factores estresantes para los infantes y los factores que influyeron en su percepción. Si bien el propio hospital conforma la cultura hospitalaria para garantizar el funcionamiento de la institución y el cumplimiento de sus objetivos, también la construyen y

refuerzan las personas que asisten al hospital. La imagen que se tiene del hospital y del personal, específicamente de los médicos, es alimentada por el imaginario social, ya que los padres de los niños y las niñas perciben al médico como una persona que posee el poder de sanar y de decir, mientras que al hospital lo conciben como un lugar de sanación. Depositán en el médico una gran responsabilidad en él: la salud, por lo que no se toleran equivocaciones. Las creencias y los valores que existen por parte del personal del hospital y de los usuarios conforman, en conjunto, la cultura hospitalaria (Geertz, 1989; Stock, 2006).

Estas ideas y percepciones de la cultura hospitalaria son transmitidas de generación en generación, y son aprendidas y replicadas por las personas que en ella interactúan, mediante un proceso de aculturación. Estos elementos matizan la visión institucional y de la sociedad que influye en la calidad de los servicios de salud. La cultura hospitalaria en el personal del hospital determina la forma de percibir a los usuarios e interrelacionarse con ellos, de conformar los espacios y los servicios así como la forma de llevar a cabo los procedimientos médicos. Y en los usuarios produce, en ocasiones, una percepción distorsionada, ya sea idealizada o negativa de la institución como de los profesionales de la salud. Por dichas razones sería beneficioso que el personal, tanto directivo como operativo, pudiera hacer una evaluación frecuente de los elementos de la cultura hospitalaria, para determinar cuáles favorecen o perjudican la calidad de vida y la percepción de los usuarios, con el objetivo de hacer programas psicológicos que permitan expresar las emociones tanto de los niños y niñas, como de sus padres, para que se configure una percepción más realista de dicha institución. Debe hacerse un trabajo conjunto para construir una cultura hospitalaria que rescate el rol activo de la sociedad dentro de los hospitales y esto lleve a una mejora de las instituciones de salud.

Debido a que en este artículo sólo se expuso la percepción que tienen los niños y las niñas acerca de la cultura hospitalaria, sería importante, para futuras investigaciones, explorar la percepción que tiene el personal de salud sobre la cultura hospitalaria, lo que permitiría hacer una distinción entre la percepción del personal que tiene mayor antigüedad y el de recién ingreso, como los residentes de los distintos servicios, para evaluar así el grado de aculturación.

**Recibido: 28 de enero de 2008    Aprobado: 31 de diciembre de 2009**

## Referencias bibliográficas

- Aguilera, P. y Whetsell, M. (2007). “La ansiedad en niños hospitalizados” en: *Aquichán*, 7 (2), pp. 207-218.
- Alonso, L. *et al.* (2006). “Una experiencia de pedagogía hospitalaria con niños en edad preescolar”, en: *Educere*, 10 (34), pp. 455-462.
- Balbi, J. (2004). *La mente narrativa*. Argentina: Paidós, pp. 311-339.
- Benavides, G. y Montoya, I. (2000). “La experiencia de la hospitalización en la infancia”, en: Costa, M. (ed). *El juego y el juguete en la hospitalización infantil*, pp. 33-59; España: Nau llibres.
- Benavides, L. (2001). “Los derechos del niño (reflejos y consecuencias en el área de la salud)”, en: Garduño, A (ed). *Temas de Pediatría. Bioética*, pp. 235-266; México: McGraw-Hill Interamericana.
- Best, J. (2002). *Psicología cognoscitiva*. México: Thomson.
- Callen, J. L., *et al.* (2007). “Cultures in Hospitals and their Influence on Attitudes to, and Satisfaction with, the Use of Clinical Information Systems”, en: *Social Science & Medicine*, 65, pp. 635-639.
- Cellérier, G. (1983). *Guidance of Action by Knowledge. Methods of Heuristics*. Nueva York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Costa, M. (2000). *El juego y el juguete en la hospitalización infantil*. Valencia, España: Nau Libres.
- Covarrubias, K. (1998). “Etnografía: el registro del mundo social desde la vida cotidiana (apuntes metodológicos)”, en: *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, Segund Época, número 6, pp. 93-114.
- Cueli, J. y Reidl, L. (1972). *Teorías de la personalidad*. México: Trillas.
- (2003). *DSM-IV-TR. Breviario. Criterios Diagnósticos*. México: Mason.
- Delval, J. (2001). *Descubrir el pensamiento de los niños. Introducción a la práctica del método clínico*. España: Paidós.
- Erikson, F. (1963). “Viewponints on Children’s in Hospital”, en: *Hospital*, 37, pp. 47-48.
- Fadiman, J. y Fragor, R. (1998). *Teorías de la personalidad*. México: Oxford.
- Gelles, R. y Levine, A. (2000). *Sociología con aplicaciones en países de habla hispana*. México: McGrawHill.
- Freeman, J., *et al.* (2001). *Terapia narrativa para niños*. España: Paidós.
- Garduño, A. (2001). *Temas de Pediatría. Bioética*. México: McGraw-Hill.
- Geertz, C. (1989). *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC.
- Heidtmann, H., *et al.* (2006). “Um referencial teórico-metodológico de Geertz como uma possibilidade para o estudo da cultura das organizações hospitalares”, en: *Cuadernos de administración*, 24 (32), pp. 240-250.
- Hernández, R., *et al.* (2003). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Inhelder, B. y Cellierier, G. (1996). *Los senderos de los descubrimientos del niño. Investigaciones sobre la microgénesis cognitivas*. España: Paidós.
- Iza, A. y Salaverry, O. (2000). “El hospital Real de San Andrés”, en: *Anales de la Facultad de Medicina*, 2 (3), pp. 247-252.
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica*. España: Paidós.

- Martínez, M. (1999). *La investigación cualitativa etnográfica en educación. Manual teórico y práctico*. México: Trillas.
- Mora, F. y Alemañy, A. (2001). La Modernidad en los Hospitales del siglo XV y XVII en América Latina. *Elementos: Ciencia y Cultura*, 25 (42), pp. 41-45.
- Montt, M. E. y Hermosilla, W. (2001). Trastorno de estrés post-traumático en niños. *Revista Chilena de Neuro Psiquiatría*, 39(2), pp. 110-120.
- Neimeyer, G. (1996). *Evaluación constructivista*. España: Paidós.
- Nieto, J., *et al.* (2004). *Psicología para las ciencias de la salud*. España: McGraw Hill Interamericana.
- O'Connor, K. y Schaefer, C. (1997). *Manual de terapia de juego: Avances e innovaciones*. Vol. 2. México: Manual Moderno.
- Organización Mundial de la Salud. (1987). *Aprender juntos a trabajar juntos por la salud*. Informe de un grupo de estudio de la OMS sobre educación multi-profesional del personal de salud: el criterio de equipo. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (1998). *Promoción de la salud. Glosario*. Recuperado de la Red Mundial el 20 de agosto de 2004 de <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp-glossary-sp.pdf>
- Ortega, P., *et al.* (2005). *Estrés ambiental en instituciones de salud. Valoración y psicoambiental*. México: UNAM.
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa. Una introducción para profesionales*. España: Paidós.
- Piaget, J. (1964). *Six Études de Psychologie*. París: Editions Gonthier.
- Ramos, R. (2001). *Narrativas contadas, narraciones vividas*. España: Paidós.
- Sánchez, R. (2001). *La observación participativa. Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. México: Porrúa.
- Schalock, L. y Verduzco, M. (2003). *El concepto de calidad de vida: significado, importancia y nuestro enfoque*. México: Trillas.
- Serradas, M. (2003). "La pedagogía hospitalaria y el niño enfermo: Un aspecto más en la intervención socio-familiar", en: *Pedagogía*, 24 (71), pp. 447-468.
- Smirich, L. (1983). "Concepts of Culture and Organization Analysis Administration", en: *Science Quarterly*, (28), pp. 339-358.
- Suls, J. y Rothman, A. (2004). "Evolution of the Biopsychosocial Model: Prospects and Challenges for Health Psychology", en: *American Psychological Association*. Recuperado de la Red Mundial el 16 de septiembre de 2004, de <http://www.health-psych.org/>
- Stock, G. N., *et al.* (2006). "Organizational Culture, Critical Success Factors, and the Reduction of Hospital Errors", en: *International Journal of Production Economics*, 106, pp. 368-392.
- Van der Geest, S. y Finkler, K. (2004). Hospital Ethnography: Introduction Social, en: *Science & Medicine*, 59, pp. 1995-2001.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. España: Paidós.
- Wuthnow, R. (1987). *Meaning and Moral Order: Explorations in cultural Analysis*. Berkeley: University of California Press.