



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

IG. TERN
LIC. CALVE

FACULTAD DE PSICOLOGIA

AMBIENTES TERAPEUTICOS:
EVALUACION AMBIENTAL DE UNA SALA
DE REHABILITACION PARA NIÑOS DESNUTRIDOS

TESIS QUE PARA OBTENER EL
GRADO DE LICENCIATURA

PRESENTA

ROSA JOSEFINA DIAZ RIVERA

ASESOR:

MTRO. JAVIER URBINA SORIA

M-0034428

MEXICO, D. F.
MAYO DE 1987



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RECONOCIMIENTOS

Quisiera expresar mi agradecimiento a las personas que apoyaron este proyecto y a las que desinteresadamente le dedicaron su tiempo y esfuerzo:

La Lic. Patricia Alcázar Jiménez, quien en primera instancia se interesó y promovió el proyecto,

el Mtro. Javier Urbina Soria, porque asesorar esta tesis implicó una enorme inversión de tiempo y de trabajo,

la Mtra. Beatriz Robles de Vega, cuya intervención ante la Institución hizo posible la realización del estudio,

el M.Sc. Benjamín H. Johnson Barb, por su singular disposición para ayudar a desconocidos que hacen su trabajo más o menos bien,

y muy especialmente agradezco a la Psic. Irma Jurado Gallardo el haber dedicado su tiempo y su trabajo para alimentar la información y realizar el programa de análisis estadístico de los datos en la computadora.

CONTENIDO

	Pag.
Resumen	1
Introducción	2
1. Ambientes terapéuticos	
1.1 Antecedentes	7
1.2 Evaluación de ambientes terapéuticos	17
1.2.1 Evaluación de salas de interna- ción para infantes	19
2. Desnutrición y ambiente	
2.1 Influencia del ambiente en el problema de la desnutrición.	28
2.2 Salas de rehabilitación para niños desnutridos.	31
3. <u>Propósito del estudio</u>	37
4. Evaluación ambiental de una sala de rehabi- litación para infantes.	
4.1 Método	41
Sujetos	41
Escenario	43
Materiales	45
Conductas	47
Variables	47
Sistemas de registro y confiabilidad	48
Procedimiento	50
4.2 Resultados	54
4.3 Conclusiones	75
5. Referencias bibliográficas	104
6. Figuras	109
7. Anexos	135

RESUMEN

En este estudio se realizó la evaluación integral del ambiente de una sala de rehabilitación para infantes desnutridos, que incluyó su clima social, su ambiente físico, el impacto emocional del ambiente en sus usuarios y la estimulación que los niños reciben a través de la rutina de trabajo de la sala.

Se utilizaron dos escalas, una de evaluación ambiental y otra de impacto emocional y se realizaron observaciones sistemáticas de conductas emitidas por los niños y de interacciones entre ellos, sus padres y el personal.

Se obtuvieron perfiles que describen la percepción que los grupos tienen de la sala en once aspectos de su ambiente y una descripción de la cantidad y tipo de estimulación que el infante recibe en dicho escenario.

En nuestro país, en los últimos diez años, las deficiencias nutricionales se cuentan entre las 20 principales causas de mortalidad en niños de menos uno hasta cuatro años de edad. (SPP, 1984, 1985; SS, 1985).

El tratamiento de los episodios agudos de desnutrición obedece en primer lugar a la urgencia de superar el estado de deshidratación grave mediante la hospitalización del infante; la Organización Mundial de la Salud (1982) establece lineamientos generales para el manejo de los casos desde el momento emergente hasta la total recuperación, iniciando con el examen físico del paciente, procediendo enseguida a la rehidratación y compensación de las deficiencias nutricionales.

Para la etapa de rehabilitación en la que se corregirá el déficit de peso, la OMS establece la conveniencia de que el niño sea trasladado del hospital a un centro de rehabilitación nutricional.

donde el niño continúe recibiendo la dieta apropiada hasta que se logre su recuperación completa; para el tratamiento de los trastornos mentales y psicológicos aconseja dicha Organización que tanto los padres como el personal "deben dar al niño amor y afecto. Se le debe estimular mentalmente por medio de juegos, juguetes y libros apropiados a su edad. Debe mostrarse a los padres como enseñar a sus hijos jugando con ellos y hablándoles...". (OMS, 1982).

Estos trastornos psicológicos se manifiestan como una disminución en las funciones de coordinación motora gruesa y fina, social y verbal y persisten aún después de la recuperación puramente nutricional del niño dejando secuelas que repercutirán en el rendimiento escolar y que afectarán al individuo a lo largo de su vida, a menos que reciban el tratamiento específico adecuado.

El hecho de que los primeros cuatro años de vida del niño sean críticos para su desarrollo futuro hace al niño mucho más vulnerable a cualquier privación física o social en este período que en cualquiera otro de su vida, es por esta razón que se considera extraordinariamente valioso e irremplazable para el niño cada día transcurrido con sus oportunidades de aprendizaje y de estimulación física y social.

Así, en los últimos años se ha estudiado la aplicación de programas de estimulación temprana en niños con problema de desnutrición tanto en la sala de rehabilitación como en el ambiente familiar.

La sala de rehabilitación nutricional objeto de este estudio pone en práctica un sistema que integra los tratamientos médico y psicológico, el niño llega a ella después de haber superado la etapa crítica de deshidratación en un hospital y recibe aquí, además del tratamiento nutricional, la esti-

mulación psicomotriz adecuada a su edad de desarrollo durante un lapso de cinco a diez minutos diariamente. El niño permanece en el centro en promedio dos o tres meses hasta su recuperación. El Departamento de Psicología del Centro tiene a su cargo la aplicación de estos programas además de realizar la evaluación periódica del desarrollo de los niños y de dar sugerencias y recomendaciones a los padres y parientes de los niños sobre las maneras de estimularlos mediante el juego, la manipulación de juguetes y el trato afectuoso.

La idea del presente estudio surgió de la experiencia de servicio social en esta sala; durante la convivencia diaria con los niños, el personal, los padres de los niños y el ambiente físico de la sala se formularon muchas preguntas, ¿cómo prolongar el lapso de estimulación si se cuenta para esto con dos personas y con 35 niños?, ¿cuánta estimulación reciben los niños a través de los cuidados y de la rutina diaria de la sala?,

¿cómo emplea el niño su tiempo cuando no lo estamos estimulando?, ¿podría disponerse permanentemente el área de juego dentro de la sala o tendremos que improvisarla y levantarla cada día?, ¿cómo se sienten los padres de los niños aquí?, ¿cómo se siente el personal respecto a su trabajo? ¿entienden la importancia de hablarle al niño cuando interactúan con él? Ciertamente los objetivos de los encargados del cuidado de los niños no son los mismos que los de los psicólogos encargados de la estimulación y en ocasiones pueden interferirse entre sí.

Antes de iniciar este trabajo se consideraron dos temas: la factibilidad de establecer un nuevo sistema de trabajo en la sala con diferente organización de funciones y diferente arreglo del ambiente físico, y la necesidad, previa a cualquier propuesta de cambio, de hacer una evaluación para conocer más objetivamente lo que sucede en la sala. Este segundo tema está tratado en el documento que a continuación presento.

1. AMBIENTES TERAPEUTICOS

1.1 Antecedentes

El origen de los ambientes terapéuticos se situó en la época medieval con las órdenes religiosas que - estaban dedicadas a atender enfermos dentro de los -- conventos y monasterios; algunas de estas órdenes se dedicaron exclusivamente a la atención de los enfer-- mos y tuvieron a su cargo la construcción y adminis-- tración de los primeros hospitales; así, en su origen el cuidado de los enfermos tuvo siempre un espacio sepa-- rado de la comunidad. Desde entonces los hospitales y el oficio de enfermera se han desarrollado y moderniza-- do con el avance de la tecnología, pero en cualquier hospital, no importa cuán moderno o rudimentario sea, el paciente que no tiene una comprensión real de su en-- fermedad y de la forma en que será tratada, no puede hacer otra cosa que dejar la responsabilidad de su tra-- tamiento y sus progresos en manos de los responsables: las enfermeras y los médicos. (Canter, 1983).

La práctica de la medicina y la tecnología a su servicio han llevado a los hospitales a contemplar la

enfermedad como un problema puramente físico o químico y su curación como un asunto físico, químico o quirúrgico; en el mismo documento, Canter afirma que "a pesar de la indudable tarea de las enfermeras de proveer un contexto cálido y de cuidado dentro de los hospitales, paradójicamente, entran en procesos que las distancian de sus pacientes. Esto es porque el diseño y organización de los hospitales, que se sujetan obligatoriamente a unos requisitos funcionales y técnicos, conlleva implicaciones psicológicas y sociales. Así, los problemas asociados con esta paradoja pueden ser más rápidamente evitados si existe una comprensión de los concomitantes sociales y psicológicos de cualquier contexto físico." (Canter, 1983, p. 3).

Canter y Canter (1979) definen el ambiente terapéutico en dos formas, una: "el lugar donde se da terapia" y que se caracteriza por ser un lugar distinto e identificable a donde la gente acude a recibir terapia; la otra acepción de ambiente terapéuti

co es la de que el ambiente por sí mismo ayuda a la cura. En ambas definiciones es la estructura organizativa la que define, da forma y comunica el concepto de tratamiento de la institución; estos autores consideran varias formas o modos de conceptualizar el tratamiento:

El modelo de custodia.- En este modelo los individuos son separados o protegidos de la comunidad.

El modelo médico.- Este modelo supone que los sujetos están enfermos y que necesitan acudir a un escenario donde el tratamiento médico apropiado les será administrado para recobrar su salud. En este modelo surge la práctica antiséptica para prevenir los contagios y la deficiente higiene que prevalecía en los antiguos hospitales y surge también el papel de la enfermera.

El modelo prostético.- Surge de un intento de cambiar el concepto de tratamiento y de los sujetos como "pacientes". El modelo prostético compensa -

los déficits de conducta del individuo como unas muletas o unos lentes compensan cierta pérdida irreversible. Hay también prótesis sociales de las que el individuo se vuelve dependiente a menos que se le enseñe a manejarse sin ellas. En este modelo se encuentran los hogares para ciegos, para ancianos o para personas con deficiencia mental.

El modelo de normalización.- Este modelo trata de evitar las consecuencias negativas del modelo protético haciendo el ambiente lo más cercano a la normalidad como sea posible; intenta enseñar al sujeto a superar las dificultades e incapacidades y a ampliar el rango de actividades del sujeto. La aplicación de este modelo dependerá de la severidad de la incapacidad del sujeto.

Modelo de mejoramiento.- Este modelo sugiere que implícitamente la institución es un ambiente empobrecido y que se debe mejorar el ambiente para contrarrestar los efectos de la institución.

Modelo de crecimiento personal.- Sigue al modelo de mejoramiento pero trata de que el ambiente -

lleve al sujeto a su máximo crecimiento potencial. Este modelo tiene implicaciones de organización y de relaciones sociales entre sujeto y personal, el ambiente responde a cambios y desarrollo del sujeto.

Siguiendo su idea de que la estructura organizativa de un ambiente terapéutico define, da forma y comunica el concepto de tratamiento de la institución, Canter (1983) considera que un aspecto muy importante de los ambientes terapéuticos hospitalarios es la distribución y el arreglo físico de las salas.

Dentro del modelo médico hay dos tipos clásicos de arreglo de la sala hospitalaria, el arreglo llamado Florence Nightingale es el de una gran sala abierta con camas alrededor y una estación de enfermeras al centro; el arreglo llamado Nuffield dispone las camas en grupos y conserva la estación de enfermeras al centro con objeto de reducir los movimientos de las enfermeras en una sala grande y abierta.

En su ya citado trabajo Canter (1983) informa de un estudio realizado por Stone en 1976 en el que señala que el cambio en el diseño de la sala de hospital reflejó y alentó cambios en el papel de las enfermeras; también reporta la investigación de Trites et al (1970), quienes compararon salas de hospital diferentes solamente en su arreglo general: unas de diseño radial con corredores que partían de la estación de enfermeras ubicada en el centro, otras con diseño de doble corredor y otras con diseño de corredor simple. Encontraron que las enfermeras en las salas de diseño radial pasaban menos tiempo caminando por la sala y esta eficiencia del diseño se traducía en un mayor tiempo que pasaban con los pacientes; además, las enfermeras, los doctores y los pacientes prefirieron las salas de diseño radial sobre las otras.

Canter concluye su trabajo diciendo: "El oficio de enfermera ha recorrido un largo camino desde su inicio en los tiempos victorianos...sin embargo las -

tradiciones en las que se funda difícilmente mueren. Están celosamente guardadas en las formas físicas - que transmiten sus expectativas implícitas de una generación a la siguiente. Los nuevos procedimientos y políticas muy fácilmente olvidan las consecuencias del entorno físico. Pero solamente mediante la comprensión de la contribución del contexto físico al trabajo de la enfermera podemos esperar un avance efectivo para éste." (Canter, 1983 p. 15).

Otro de los más significativos trabajos en el campo de los ambientes terapéuticos es el que realizaron Moos y sus colaboradores (1974). Su trabajo parte del estudio multidisciplinario del impacto de los ambientes físico y social sobre los seres humanos, que él llama Ecología Social y que se basa en tres suposiciones centrales:

- 1.- Que la conducta humana no puede entenderse separadamente del ambiente en el cual ocurre.
- 2.- Que los ambientes físico y social deben estudiarse juntos, ya que ninguno puede comprenderse por sí solo.

3.- Que la Ecología Social tiene un valor de orientación explícito en virtud de que reúne y utiliza el conocimiento para promover el máximo funcionamiento humano." (p. 21).

Del trabajo de Moos se desprende una conceptualización de los ambientes terapéuticos que abarca, además de los procedimientos médicos específicos, - el clima social del ambiente, el grado en que éste contribuye al crecimiento y mejoramiento de los individuos, incluyendo no sólo a los pacientes sino a todos los participantes en él, y la organización y cambio de sistemas.

Para Moos, el ambiente terapéutico debe permitir a sus usuarios la toma de decisiones y la capacidad de operar cambios en su ambiente en aspectos tan variados como las relaciones interpersonales, el desarrollo personal, el orden, la claridad de los programas o el grado de control que la institución y ellos ejercen sobre él.

Lawton (1974) señala que el ambiente terapéutico ha tenido una forma y un diseño generales con un corredor largo con cuartos o camas a los lados y módulos para las enfermeras, independientemente de que el paciente ahí atendido sea un adolescente, un octogenario, un alcohólico o un esquizofrénico o aún un niño o un bebé; sugiere que el diseño debe tratar de maximizar la congruencia entre el individuo y el ambiente más que buscar una solución "ideal" que quede a toda clase de población y, agrega Lawton, que ya que la institución es necesaria y no se puede prescindir de ella es necesario hacer nuestro mejor esfuerzo para mejorarla. Este autor considera que uno de los criterios de diseño más relevantes es el de la competencia autopercebida, esto es, el grado en el que el ambiente facilita las tareas importantes de los usuarios. Sobre esto, formula su "hipótesis de la docilidad ambiental": "a medida que la competencia de cualquier tipo o el estatus decrecen es mayor la probabilidad de que la conducta sea influida por los facilitadores o restrictores ambientales. Así, para los grupos en desventa

ja que pueblan las instituciones, el ambiente, sea puramente física, social o psicológicamente controlado por la gente, es más significativo que para los no institucionalizados." (p. 60).

Según este autor, los requisitos que debe cubrir el diseño de un ambiente terapéutico son:

- "1) Estructuras que mantengan la conducta permanentemente,
- 2) estructuras que ejerciten conducta sana latente que pueda ser de uso permanente (rehabilitación)
- 3) estructuras que permitan libertad de operación y expansión del alcance de los aspectos sanos del individuo (auto-realización)." (p. 60).

1.2 Evaluación de ambientes terapéuticos

Canter y Canter, en la obra ya citada (1979), evalúan una serie de instituciones terapéuticas de carácter médico o cuasi-médico y que incluye grupos de pacientes de todas las edades, desde niños hasta octogenarios, y encuentran que la mayoría de dichas instituciones presenta una transferencia del modelo médico. Estos autores y en general todos los que tratan sobre ambientes institucionales (Lawton, 1974; Willems, 1976; Mehrabian, 1976; Sommer, 1976) insisten en que es necesario relacionar el diseño del ambiente con sus objetivos terapéuticos particulares y sus actividades específicas y que para esto se necesita una definición del tipo particular de pacientes, aún más, consideran que el edificio o el diseño más moderno puede resultar ineficiente cuando su organización administrativa es arcaica y cuando la comunidad que trabaja en él y lo usa no apoya con su práctica diaria el concepto de rehabilitación o de tratamiento del que surgió.

Por su parte, Moos y sus colaboradores (1974) siguieron tres métodos de evaluación: 1) el de la evaluación de la percepción subjetiva del clima organizacional, 2) el método de evaluar las dimensiones estructurales de la organización y 3) el de caracterizar al ambiente identificando los rasgos personales y conductuales de sus habitantes. Desarrollaron una escala para medir el clima social de programas psiquiátricos según lo perciben los pacientes y el personal del programa. Como resultado de las evaluaciones, establecieron tres tipos básicos de dimensiones que caracterizan y discriminan entre los diferentes ambientes: dimensión de relaciones interpersonales, dimensión de desarrollo personal y dimensión de mantenimiento y cambio de sistemas.

De las puntuaciones de sus escalas, obtuvieron perfiles que caracterizan los programas de tratamiento, y de la discusión de estos perfiles con el personal y pacientes de las instituciones, se han logrado cambios importantes en los programas de tratamiento.

1.2.1. Evaluación de salas de hospitalización para infantes.

Los estudios que encontramos sobre evaluaciones de salas de hospitalización para infantes, en general cuestionan los programas de intervención y de estimulación que en ellas se practican. A continuación se reseñan brevemente sus hallazgos:

Estudios sobre estimulación sensorial en la sala.

Glass, Avery, Kolinjavadi, Keys, Sostek y Friendly (1985), investigaron el efecto de la exposición de los infantes prematuros recién nacidos a la iluminación ambiental en dos salas de cuidado intensivo y encontraron que la incidencia de retinopatía fue muy alta.

Lawson, Daum y Turkewitz (1977), midieron el nivel de iluminación, de sonido y la cantidad de contacto físico de los niños en una unidad de cuidado intensivo para recién nacidos y encontraron que la densidad de los eventos ambientales fue alta y que esto no apoyó la afirmación de que había carencia de estimulación, más bien, la

naturaleza de la estimulación podía ser nociva para el desarrollo de la integración sensorial y de las respuestas de orientación ya que muchos de los eventos ambientales no se daban conjuntamente en varias modalidades sensoriales. Concluyeron los autores que los infantes tenían un patrón de estimulación inadecuado y no una escasa cantidad de estimulación y que ese patrón era claramente deficiente para proveer oportunidades de integración intersensorial y de conductas de orientación.

En otro estudio, Lawson, Turkewitz, Platt y McCarton (1985), compararon dos salas de cuidado intensivo para infantes prematuros, una de ellas diseñada como un corredor y la otra con diseño abierto. Consideraron manejo de los infantes y nivel de iluminación relacionándolos con estados conductuales de los infantes tales como ojos cerrados actividad, ojos abiertos actividad, llanto, etc. Encontraron que los dos ambientes difirieron en la ocurrencia y distribución de estados conductuales y en su distribución a través

del tiempo y que estas diferencias fueron atribuibles a los eventos ambientales, siendo que las conductas de llanto fueron más frecuentes en la sala corredor y las conductas de ojos abiertos y quieto fue menor en la sala abierta. Concluyeron que no existe una caracterización definida de las salas de cuidado intensivo y que los estados conductuales en los que el niño está alerta para tomar información pueden afectar el desarrollo cognitivo así como la conducta de llanto puede afectar las interacciones con los cuidadores y la conducta social.

Gottfried, Wallace, Sherman, King y Coen (1981), informan de una investigación sobre la cantidad, calidad, organización y ritmo diurno de la estimulación física y social en una unidad de cuidado intensivo para recién nacidos; encontraron que la ocurrencia de contacto se daba principalmente para cuidados médicos y que la ocurrencia de mecer a los infantes era muy baja aún en la sala de recuperación, donde la estimulación vestibular kinestésica facilitaría el desarrollo. Concluyeron que

los infantes recibían una estimulación sensorial muy pobremente coordinada que podría relacionarse con la evidencia reciente que demuestra un déficit en la habilidad de los infantes prematuros para integrar información tacto-visual.

Estudios sobre programas de estimulación en la sala.

Scarr-Salapatek y Williams (1973) aplicaron un programa de estimulación para mejorar el desarrollo sensoriomotor de los niños de bajo peso al nacer durante el primer año de vida del niño. El programa, que consistía en estimulación visual, táctil y kinestesica, se aplicó durante seis semanas en la sala, después se hicieron visitas en el hogar para mejorar el cuidado materno hasta que los niños cumplieron un año. El grupo que recibió estimulación en la sala mostró un mayor progreso en su desarrollo comparado con el que recibió el cuidado acostumbrado en la sala.

Powell (1974) estudió los efectos de la estimulación sobre el cociente de desarrollo y el tiempo de recuperación de peso, con niños de bajo peso al nacer de 2, 4 y 6 meses de edad. Encontró que los niños estimulados recobraron su peso más rápidamente que los no estimulados y sus cocientes de desarrollo fueron también más altos.

En 1976 Cornell y Gottfried revisaron los estudios sobre estimulación a niños prematuros en salas de hospitalización y concluyeron que si bien en todos ellos había una tendencia general a encontrar que las medidas de desarrollo motor eran mayores - para los grupos estimulados, debido a las diferencias metodológicas las especulaciones sobre relaciones causales entre estimulación y desarrollo serían precipitadas y señalaron como una prioridad para investigaciones futuras la observación y registro de los eventos típicos de la sala a los que está expuesto el infante.

En otro estudio, Cataldo, Bessman, Parker, Reid y Rogers (1979), trabajaron en una unidad pediátrica de cuidado intensivo, con pacientes cuya edad promedio fue de 6 años, demostraron que la intervención de un miembro del personal de la sala con actividades y materiales de juego podía usarse para aumentar la interacción, la atención y los afectos positivos de los niños y para disminuir conductas inapropiadas. Concluyeron que en ambientes de cuidado se puede atender a los objetivos primarios del ambiente a costa de desatender otros aspectos importantes como los efectos conductuales y psicosociales.

Piserchia, Bragg y Alvarez en 1982 discutieron la integración de factores médicos con aquellos de desarrollo psicológico para el diseño de áreas de juego para niños hospitalizados, según los autores esta integración permitiría al niño, a través del juego, enfrentar el ambiente extraño de la institución y su inmovilidad temporal por enfermedad. Concluyeron los autores que el área de juego no debe ser estéril ni pasiva, y que en un hospital es posible crear un ambiente de juego estimulante pero que

aún el mejor de los diseños requiere de una implementación sensible e inteligente por parte del personal del hospital.

Por último, Di Blasio, Molinari y Peri (1984) investigaron dos salas hospitalarias para niños de uno a cinco años de edad, una con el manejo estándar y la otra con estimulación suplementaria. Sus resultados mostraron que en la condición de estimulación suplementaria se redujeron las respuestas negativas de los sujetos y se produjo una adaptación gradual al nuevo ambiente; asimismo, bajo la condición de estimulación los sujetos tendieron a iniciar relaciones con adultos y compañeros mientras que en la condición estándar la responsabilidad de iniciar relaciones recayó sobre los miembros del personal convirtiéndolos en ocasiones en sustitutos maternos.

Estudios sobre las interacciones de los niños, los padres y el personal de la sala.

Uno de estos estudios es el de Rosenfield (1980),

quien investigó la frecuencia de las visitas de las madres de niños de bajo peso al nacer con un promedio de edad de nueve semanas y encontró que el número de visitas no correlacionó con las variables médicas, socio-económicas o demográficas pero estuvo relacionado significativamente con la mejoría que mostraban los niños estimulados.

Marton, Dawson y Minde (1980) estudiaron la cantidad de contacto e interacciones entre niños prematuros con bajo peso al nacer, el personal y los padres del niño, encontrando que el contacto con el personal era de ocho minutos por hora mientras que con los padres el contacto ascendía a 24 minutos por hora. Los autores resaltaron la importancia de este hallazgo en el sentido del impacto considerable que potencialmente tienen los padres en el desarrollo de un infante prematuro.

En su investigación, Jones (1981) estudió dos unidades de cuidado intensivo, con sujetos cuya edad promedio fue de 34 semanas en una y de 49 en otra, encontró que el contacto personal-infante fue de 6.1 horas por día de las cuales 4.6 horas por día eran de cuidados. La atención personal correlacionó significativamente - - - -

con el cuidado médico y con cuidados generales y fue independiente de las tareas de cuidado y de orden de preferencia para infantes individuales. Encontró diferencia entre los patrones de cuidado suministrados a los infantes preferidos y el cuidado más impersonal suministrado a los infantes de baja preferencia. Por lo tanto, concluye, los factores que afectan la preferencia son cruciales para comprender el cuidado proveído. Dichos factores son: pronóstico a largo plazo (sentido del personal de éxito o fracaso), relaciones familia-niño, personal familia, factores éticos, accesibilidad física y perceptual del infante (variables físicas ambientales) y responsividad del infante en las condiciones de la unidad de cuidado intensivo.

2. DESNUTRICION Y AMBIENTE

2.1 Influencia del ambiente en el problema de la desnutrición.

La desnutrición es uno de los problemas más graves tanto a nivel mundial como nacional, en América Latina y el Caribe su prevalencia varía entre el 10 y el 53% en niños menores de cinco años (OPS, 1977).

Los estudios sobre las secuelas físicas y psicológicas indican que las funciones de coordinación motora, integración sensorial y atención se encuentran disminuidas en grado variable (Cravioto y Arrieta, 1982; OPS, 1977; Ricciuti, 1983). Algunos de los síntomas que presentan los niños aquejados de desnutrición en algún grado, son: apatía, fácil respuesta irascible al contacto con extraños, anorexia, inactividad, somnolencia y desarrollo disminuido en las áreas motora gruesa, motora fina, personal-social y más marcadamente en el área de lenguaje (Vega Franco, 1983).

En el trabajo ya citado, que resume años de experiencia en el medio mexicano dentro de esta problemática, Vega Franco describe la desnutrición como una expresión de enfermedad social cuya elevada prevalencia altera la dinámica biopsicosocial de las poblaciones, en las que "se percibe el pobre dominio que los habitantes ejercen sobre el ambiente en que viven." (p. 139). El mismo autor se pregunta si la desnutrición es un factor condicionante de esta forma de vida o si es un producto de los cambios sociales a que da lugar; así, define este problema, que en un principio se consideró solamente como la carencia prolongada de nutrientes, como "la expresión orgánica y funcional de un desajuste entre factores ambientales que actúan rompiendo el equilibrio y los mecanismos corporales que mantienen la homeostasis". (p. 139).

Estos factores ambientales pertenecen a cuatro niveles de análisis: el ontogénético que se refiere a la historia pasada de los padres, el microsistema que examina el escenario familiar inmediato, el exo-

sistema que contempla las áreas como el trabajo, la escuela, el vecindario, y el macrosistema que considera los valores y las prácticas sociales que determinan los métodos de crianza.

En estos cuatro niveles las variables ambienteles interactúan con las características de los sujetos produciendo un sistema circular en la generación y continuación del problema.

Los estudios sobre las variaciones de aspectos específicos del ambiente familiar en poblaciones con desnutrición leve y moderada encontraron correlaciones positivas con los patrones de rendimiento intelectual de niños de edad preescolar; dichos aspectos se refieren a calidad de vivienda, ocupación del padre, contactos sociales fuera del hogar o alfabetización de la madre, entre otros, (Klein, 1972; Klein, Yarbrough, Lasky y Habitch, 1974; Christiansen, Vuori, Mora y Wagner, 1974).

Por otro lado, las evaluaciones del ambiente fa

miliar en términos de atención, relaciones padre-hijo, apoyo emocional y estimulación (Clarke-Stewart, 1977; Moore, 1977; Bradley y Caldwell, 1976 y 1977; Cravioto, Birch, DeLicardi, Rosales y Vega, 1969; Cravioto y Arrieta, 1982) demuestran que la presencia de desnutrición y el deficiente desarrollo mental están relacionados con un microambiente pobre en el que se dan prácticas desfavorables en la atención temprana del niño y relaciones disfuncionales recíprocas cuidador-niño.

2.2 Salas de rehabilitación para niños desnutridos.

También se han estudiado las consecuencias de la desnutrición grave que amerita hospitalización. Durante el período de rehabilitación, los niños muestran característicamente crecimiento físico y desarrollo motor retrasados y su rendimiento en pruebas de desarrollo como las de Gesell es apreciablemente inferior al de niños testigos (Cravioto y Robles, - 1965), su rendimiento en pruebas de inteligencia, - perceptivas y cognoscitivas también es inferior al de

los testigos. Las edades de los niños en este estudio fluctuaron desde menos de 6 meses hasta 42 meses de edad.

Los efectos de la desnutrición difieren según la edad en que la desnutrición se establece, la gravedad de la carencia nutricional y la oportunidad del tratamiento. Según Ricciuti, si el tratamiento y la rehabilitación nutricionales intervienen al empezar el primer año, las posibilidades de recuperación del funcionamiento intelectual normal o casi normal parecen buenas. Ricciuti reporta algunos programas que incorporan la estimulación social y física durante el tratamiento y la rehabilitación, llegando a la conclusión de que parecen facilitar la recuperación si bien en la duración de sus efectos positivos influye el ambiente al que se reincorpora el niño después de la hospitalización.

Ya que este microambiente particular parece influir significativamente en la recuperación del niño desnutrido, a continuación describimos breve-

mente algunos estudios realizados en estos escenarios:

Celedon, Csaszar, Middleton y Andraca, en 1980, aplicaron un programa de estimulación sensorio-motriz y cognoscitiva a los niños internados en una sala de rehabilitación de desnutrición; el programa proporcionaba un ambiente rico y una relación positiva entre los niños y los terapeutas, la sala estaba decorada con colores alegres y tenía una variedad de juguetes, sillas para bebés, etc., la estimulación se les proporcionaba de acuerdo a su edad de desarrollo. El programa contenía diferentes reactivos que tenían por objeto desarrollar habilidades en lenguaje, coordinación motora gruesa y fina y en relaciones sociales. Midieron el desarrollo con la escala de Bayley y encontraron que los niños más jóvenes estaban menos afectados en sus habilidades psicomotoras al principio pero durante su estancia en el hospital estas habilidades aparentemente sufrieron deterioro, en cambio los niños de más edad tuvieron una considerable reducción de sus habilidades psicomotoras al

principio y una recuperación también considerable durante el período de tratamiento.

Grantham-McGregor, Stewart y Desai (1978) informan resultados de un estudio diseñado para diferenciar los posibles efectos de estar en el hospital separado de la madre en la recuperación de niños internados para rehabilitación de desnutrición. Los autores compararon el progreso en el cociente de desarrollo de dos grupos de niños de entre 6 y 24 meses de edad: un grupo hospitalizado recuperándose de desnutrición severa, el otro también hospitalizado recuperándose por otras afecciones; se encontró que el cociente de desarrollo promedio de cada grupo aumentaba a lo largo del proceso de curación y la diferencia inicial de cocientes de desarrollo de los dos grupos se mantuvo aunque ambos grupos tuvieron grandes incrementos. Se concluyó que el cociente de desarrollo al ingresar al hospital era más bajo por el sentimiento de infelicidad del niño al verse en el hospital o también por

la enfermedad y que los aumentos del cociente de desarrollo vistos en niños al recobrase de desnutrición no son atribuibles necesariamente a la mejoría del estado nutritivo. Encontraron también una correlación significativa en el grupo de los severamente desnutridos entre la edad de admisión y el cambio en el cociente de desarrollo.

Cravioto y Arrieta (1982) evaluaron el efecto de la estimulación agregada durante la rehabilitación de desnutrición en una sala de hospitalización, mediante la comparación de dos grupos, uno con estimulación y otro sin ella, todos los sujetos tenían menos de 6 meses de edad; encontraron que el grupo estimulado tenía la mayor proporción de casos de recuperación y que la adición de estimulación al manejo dietético devolvía a los niños a los niveles de ejecución esperados para su edad. (p. 37).

Otro estudio sobre la estimulación psicomotora agregada durante la recuperación de desnutri--

ción es el de Yarkin y McLaren (1970) en el que a un grupo de niños se le colocó en un ambiente con pinturas, dibujos, juguetes y música; el otro grupo permaneció en una sala de igual tamaño pero sin colores y con el tratamiento rutinario. Ambos grupos aumentaron sus niveles de ejecución paralelamente, sólo a los cuatro meses el grupo no estimulado mostró una baja en el nivel de ejecución.

Las investigaciones revisadas carecen de descripciones precisas de las salas, en su redacción parece estar sobreentendido el modelo médico de la sala de hospital y el "tratamiento rutinario" médico-dietético. Dentro de este modelo, aparentemente, se realizaron las manipulaciones experimentales, esto es, la agregación sistemática de estimulación.

3. PROPOSITO DEL ESTUDIO

Dada la disminución en funciones motoras, verbales y adaptativas que presentan los niños desnutridos, el lapso de dos o tres meses que permanecen en una sala de rehabilitación puede ser, como lo demuestran los estudios revisados anteriormente, un tiempo valioso e irrecuperable; asimismo, los hallazgos de investigación en salas de rehabilitación indican que este ambiente es determinante en la recuperación del niño; sin embargo ninguna de estas investigaciones ha descrito sistemáticamente estos escenarios, por esta razón, este estudio intenta llenar el vacío que han dejado, mediante la evaluación sistemática e integral de una de esas salas de rehabilitación.

Por otro lado, el enfoque selectivo sobre el grupo de niños que presentan otros estudios, deja fuera factores que afectan directamente la ex

perencia del niño en la sala como son el clima social de trabajo o el nivel de satisfacción que el personal obtiene en el cumplimiento de sus tareas.

No menos importante es la estimulación que las visitas de los padres proporcionan al niño, estas visitas pueden estar parcialmente influidas por el tipo de relaciones interpersonales que se den en la sala o por el impacto emocional de la sala en ellos.

En nuestro país, el campo de la evaluación ambiental en escenarios terapéuticos está en desarrollo, la adaptación y el diseño de técnicas de evaluación para las salas de hospitales nos permitiría tener una mayor comprensión de la dinámica de sus ambientes de manera que los criterios de diseño del ambiente reflejen las necesidades de todos sus participantes; en el caso de las salas de hospitalización para infantes: del personal que trabaja en ellas, de los niños y de sus padres.

Así, el propósito de este estudio fue el de realizar una evaluación ambiental de una sala de rehabilitación para niños desnutridos, que incluyera - tanto la cuantificación de la estimulación que el niño recibe, como de la percepción que el personal que trabaja en la sala y los padres de los niños - tienen del clima social, del ambiente físico y del impacto emocional de ese escenario.

Intentamos desarrollar dos escalas que fueran capaces de caracterizar la sala según la percepción que de ese ambiente tienen los adultos que lo habitan, y dado que el ambiente real no es siempre el que se percibe, complementariamente a la aplicación de las escalas se hicieron observaciones sistemáticas de la sala que nos permitieron constatar si las apreciaciones de las escalas correspondieron con las conductas observadas.

Nos preguntamos si en la percepción del personal y de los padres, el ambiente físico de la sala facilita o

dificulta el cumplimiento de tareas, la estancia de los padres en las horas de visita y el suministro de estimulación para los niños; también nos preguntamos cuán satisfactoria o frustrante resulta la rutina de la sala para el personal que trabaja en ella.

Creemos que de los resultados que se describen más adelante, pueden derivarse sugerencias útiles o estudios más específicos de los factores que resultaron significativos, y que con ello se puede optimizar el logro de objetivos de la institución y de los participantes del ambiente.

4. EVALUACION AMBIENTAL DE UNA SALA DE REHABILITACION PARA INFANTES.

M E T O D O

Sujetos.- Se trabajó con tres grupos de sujetos: -
los niños, sus padres y el personal de la sala.

Grupo de niños: 30 infantes cuyas edades iban desde cinco meses a dos años, con una edad promedio de 12.5 meses; 22 niños y ocho niñas. Ingresaron a la clínica con primero, segundo o tercer grado de desnutrición sin ninguna enfermedad agregada, sus cocientes de desarrollo iban desde 38 hasta 114 con un promedio de 69, fueron tomados de los registros de la clínica y evaluados con la técnica de Gesell; sus tiempos de permanencia en la sala iban desde 11 días hasta cinco meses con catorce días, en promedio dos meses tres días. Algunos de los síntomas que presentan los niños que sufren algún grado de desnutrición son: apatía, fácil respuesta irascible al contacto con extraños, anorexia, inactividad y somnolencia, desarro

llo disminuído en las áreas de coordinación motora gruesa, coordinación motora fina, personal-social y más marcadamente en el área de lenguaje.

Grupo de padres: 24 mujeres y cinco hombres, sus edades fluctuaron entre 18 y 41 años, de estrato socioeconómico bajo y con un nivel de educación que varió desde analfabetismo hasta tercer grado de secundaria.

Grupo de personal: cinco auxiliares de enfermería, cuatro puericulturistas y dos niñeras cuya antigüedad de trabajo en esa sala varió desde un mes hasta ocho años para ocho de los sujetos, los otros tres sujetos trabajaban ahí eventualmente. Todas mujeres, sus edades iban desde 19 hasta 54 años, cinco trabajaban en el turno de 14 a 21 horas, cuatro en el de 7:30 a 14:30 y dos tenían horario variable; a los miembros del personal que labora por la noche no se aplicaron las escalas. Todas estaban en el mismo nivel jerárquico de enfermeras, no había en la sala una supervisora o jefa de enfermeras. Todas declararon no tener otro empleo. Sus tareas consistían en alimentar

a los niños, bañarlos, cambiarles pañales y administrarles los medicamentos que el pediatra prescribía.

También se registró la interacción de los niños con un grupo de estudiantes de puericultura que asistía por las mañanas a la sala. Este grupo era muy variable en número y no tenía un programa sistemático de estimulación, cada puericultista cargaba o daba de comer a un niño de su preferencia. A este grupo le llamamos "puericultistas".

Escenario.- Una sala de rehabilitación para niños desnutridos de una institución privada, que presta servicios a población de estrato socioeconómico bajo y que atiende a niños que han superado la etapa de emergencia de su deficiencia nutricional en otros centros hospitalarios desde los cuales son referidos a esta institución para su recuperación.

Características físicas del escenario: la sala es un rectángulo que tiene 8.65 Mts. por 14.56 Mts. (Fig. 1). Durante el día está iluminada con luz natural -

de diez ventanas de 1.70 Mts. por 1.70 Mts., abiertas en ambos muros largos y que ven a los jardines del centro; por la noche se ilumina con luz artificial. El piso es de loseta vinílica, los muros tienen color claro y están decorados con muñecos de colores. El mobiliario de la sala está distribuido según el modelo tradicional de una sala de hospital con las cunas dispuestas alrededor de la sala y en el área central el módulo de las enfermeras junto a dos hileras de cuatro cunas cada una; alrededor del módulo están dispuestas 12 sillas altas para bebés. Al frente en la parte central se ubican dos corralitos para bebés, cada cuna tiene debajo un banco para -- asiento para los padres que visitan al niño. Cuenta además con aproximadamente diez andaderas que se guardan debajo de las cunas. Al fondo de la sala se ubican el guardarropa, los baños y las bañeras. En la esquina posterior derecha cuenta con un cubículo de 2 Mts. por 2 Mts. en el que se mide y pesa a los niños.

Materiales.- Se trabajó con dos escalas y hojas - para registro de conductas:

Escala de evaluación ambiental:

Se elaboró esta escala tomando como base la - escala de climas sociales (Ward Atmosphere Scale) de Moos (1974), la escala para ambientes de trabajo (Work Environment Scale) de Insel y Moos (1974) y la escala de habitabilidad y funcionalidad de -- edificios de Mercado y Delahantry (manuscrito inédito, 1983), agregando algunos reactivos derivados de observaciones preliminares de la sala. Esta es - cala quedó integrada con las dimensiones de: rela - ciones interpersonales, conocimientos sobre desa - rrollo, orientación hacia el niño o hacia la insti - tución y ambiente físico de la sala, para los gru - pos de padres y de personal, y para éste último -- grupo contaba además con las dimensiones de expec - tativas de superación, relaciones entre el personal, ambiente físico del lugar de trabajo y organiza - -

ción, control y claridad de programas. La definición de estas dimensiones y la lista de reactivos para cada dimensión se encuentran en el anexo 1. La asignación de reactivos a cada dimensión se hizo mediante el procedimiento de someterlos a tres jueces. En el anexo 2 se da un ejemplar de la escala aplicada al grupo de padres y uno de la aplicada al grupo del personal.

Escala de impacto emocional:

Se tradujo y adaptó la escala de impacto emocional de Mehrabian y Russell (1974) que contiene las dimensiones de placer, activación y dominio. La definición de estas dimensiones y la lista de reactivos en cada una de ellas, aparecen en el anexo 3. Contó con cuatro reactivos para las primeras dos dimensiones y con dos para la última. Un ejemplar de esta escala se encuentra en el anexo 4.

Tanto en el caso de la escala de evaluación -

ambiental como en el de la escala de impacto emocional, tomamos como base los instrumentos de los autores ya mencionados en virtud de que son el resultado de amplio trabajo que logró establecer sus dimensiones y probar su funcionamiento; no obstante, fue necesario adaptarlas al vocabulario y al nivel educacional de nuestros sujetos.

Hoja de registro de conductas:

Se diseñó una hoja de observación que permitió registrar 41 conductas: 24 de los niños, cinco de los padres y 12 del personal (Anexo 5). En el mismo anexo aparece la clave para uso de la hoja.

Conductas.- Se registraron 41 conductas, sus definiciones aparecen en el anexo 6.

Variables.- Se trabajó con las siguientes variables atributivas y propuestas:

- Puntajes de la escala de evaluación ambiental.
- Tiempo de estancia de los niños en la sala.
- Antigüedad en el trabajo, del personal.
- Puntajes de la escala de impacto emocional.

Sistemas de registro y confiabilidad.-

Registro anecdótico: este registro se usó dos días antes de iniciar el estudio, tuvo por objeto detectar alguna conducta relevante que no estuviera considerada en la hoja de registro, o algún evento o situación especial que pudieran modificar en forma desusual el ambiente y los sujetos bajo estudio, -- también sirvió para familiarizar al personal de la sala y a los niños con la presencia de los observadores.

Registro de muestra proporcional intermitente: este registro se utilizó para los 14 días del estudio, las sesiones de una hora de duración se dividieron en intervalos de 30 segundos para cada niño y para cada miembro del personal, alternados con interva-

los de duración variable en los que se anotaba lo que se había observado en el intervalo anterior y se ubicaba al próximo sujeto que se observaría. Los padres de los niños fueron observados cuando estaban presentes en los intervalos de los niños o de las enfermeras.

Las observaciones se programaron durante 14 días, en un horario de 7:30 a 20:30 horas; se realizaron dos o tres sesiones diarias de una hora, distribuidas al azar, alcanzando a observar en tres ocasiones cada lapso de una hora comprendido entre las 7:30 y las 20:30 horas; la observadora se situó lo más lejos posible del lugar en el que el niño se encontraba para no captar su atención y para poder observarlo sin obstáculos visuales; esto no siempre se logró porque en ocasiones el niño estableció contacto visual con la observadora a pesar de que ésta estuviera situada en el otro extremo de la sala.

Confiabilidad: en una de cada cuatro sesiones se contó con la participación de un segundo observador con el propósito de obtener la confiabilidad de los registros. La confiabilidad se obtuvo con el procedimiento de

$$\frac{\text{Acuerdos}}{\text{Acuerdos} + \text{desacuerdos}} \times 100$$

Procedimiento: Antes de iniciar el estudio se probaron las escalas con un grupo de madres que acude a la consulta externa del centro, con mismo nivel socioeconómico que nuestros sujetos y con el personal encargado de la sala de lactantes de dos guarderías que prestan servicio en dos mercados en el Distrito Federal. En esta prueba de las escalas encontramos que las instrucciones, algunos reactivos o palabras dentro de los reactivos no eran comprensibles para los sujetos de manera que se modificaron simplificando su redacción; la versión final aparece en los ya mencionados anexos 2 y 3. Asimismo antes de iniciar el estudio se realizaron varias visitas en las que se hicieron dos registros anecdóticos, éstos fueron registros de la actividad general de la sala en los que se verificó si alguna conducta relevante faltaba en las hojas de registro, también sirvieron para sensibilizar al personal y a los niños de la sala con la presencia de los observadores. Posteriormente, el primer día que se usó el registro de muestra proporcional intermitente, sirvió para probar la hoja de registro y para familiarizar a los observadores con ella. Del resultado de estas observaciones se modificó la hoja de registro agregan

do algunas conductas y redefiniendo otras.

A pesar de las visitas previas, el personal se mostraba inmóvil y silencioso en los primeros días, de modo que el investigador inició una interacción que dio lugar a que se le preguntara qué estaba haciendo en la sala a lo que respondió que se trataba de una tesis en la que se observaban las conductas de los niños, esto se realizó en ambos turnos, a partir de la interacción los sujetos se mostraron más relajados y activos.

En el curso de los 14 días se aplicaron las escalas de evaluación ambiental y de impacto emocional a los padres en el momento en que acudían a la sala a visitar a sus hijos. Ocho de las 29 escalas se aplicaron verbalmente ya que los sujetos no sabían leer. Todos los sujetos se mostraron deseosos de cooperar y a pesar de que en las instrucciones se les aclaró que su respuesta al cuestionario no afectaría el tratamiento de sus hijos, algunos pa-

dres se mostraron preocupados y afirmaron sentirse "comprometidos" con el cuestionario.

Después de terminar las observaciones se aplicaron las escalas al personal de la sala, durante su turno de trabajo y buscando el momento en el que no tuvieran ocupación, se les explicó que la respuesta al cuestionario era voluntaria y se les pidió que no anotaran su nombre con objeto de procurar mayor veracidad en las respuestas. Los sujetos de menor antigüedad se mostraron deseosos de cooperar aunque expresaron dudas acerca de las consecuencias que les podría traer, a ellos se les reaseguró que su respuesta era anónima y confidencial y que no tendría consecuencias de ninguna especie en sus trabajos; - algunos de los sujetos con mayor antigüedad se mostraron recelosos y una de ellas rechazó la escala en una primera ocasión aunque al día siguiente la contestó voluntariamente haciendo el comentario de que ella también podría describirme a las madres de los niños; estos sujetos también preguntaron al in-

investigador qué objeto tenía el cuestionario, a ambos subgrupos se les explicó que era una forma de preguntarles cómo veían la sala ya que ellas, mejor que nadie, la conocen.

4.2 R E S U L T A D O S

Se presentan en tres apartados: para la escala de evaluación ambiental, para la escala de impacto - emocional y para las observaciones.

Escala de evaluación ambiental.

Para la parte de la escala que se aplicó a los grupos de padres y personal, los resultados fueron:

Grupo de padres.-

En la dimensión de relaciones interpersonales, la media fue de 14.27 y la desviación estándar de 4.59, siendo la calificación máxima posible en esta dimensión de 24.

Para la dimensión de conocimientos sobre desarrollo la media fue de 13.31, la desviación estándar de 3.03 y la calificación máxima posible en la dimensión, 18.

En la dimensión de orientación hacia el niño-

hacia la institución, la media fue de 6.41 y la desviación estándar de 2.78, siendo la calificación máxima posible de 10.

Para la dimensión de ambiente físico de la sala, cuya calificación máxima posible fue de 16, la media fue de 12.48 y la desviación estándar de 3.22.

Considerando los puntajes totales de la escala, que incluyen las cuatro dimensiones, la calificación máxima posible para la dimensión fue de 68, la media fue de 46.48 y la desviación estándar de 9.38.

Grupo de personal.-

Para la dimensión de relaciones interpersonales, donde la calificación máxima posible es de 24, la media fue de 15.81 y la desviación estándar de 2.71.

Para conocimientos sobre desarrollo, la calificación máxima posible es de 18, la media fue de 14.72 y la desviación estándar de 3.13.

En la dimensión de orientación hacia el niño-hacia la institución, la calificación máxima posi-

ble fue de 10, la media fue de 7.90 y la desviación estándar de 1.30.

En la dimensión de ambiente físico de la sala, la calificación máxima posible fue de 16, la media de 11.81 y la desviación estándar de 4.42.

En las calificaciones totales de la escala, que incluyen las cuatro dimensiones, la calificación máxima posible fue de 68, la media de 50.2 y la desviación estándar de 6.87.

Las siguientes dimensiones se aplicaron solamente al grupo de personal, obteniendo los siguientes resultados:

Dimensión de expectativas de superación, la calificación máxima posible fue de 10, la media de 5.54 y la desviación estándar de 2.50.

Dimensión de relaciones entre el personal, la media fue de 3.18, la desviación estándar de 1.83 y la calificación máxima posible de 10.

Dimensión de ambiente físico del lugar de trabajo, la calificación máxima posible fue de 14, con

una media de 9.27 y una desviación estándar de 4.26.

Dimensión de organización, control y claridad de programas, la calificación máxima posible fue - de 26, con una media de 16.09 y una desviación estándar de 3.64.

Por último, los puntajes totales de las cuatro dimensiones arrojaron una media de 34.09 y una desviación estándar de 8.94, siendo la calificación máxima posible de 60.

Se elaboró un perfil (figura 2) que incluye las cuatro dimensiones de relaciones interpersonales, conocimientos sobre desarrollo, orientación hacia el niño-hacia la institución y ambiente físico de la sala, en el que los puntajes de calificación se presentan como una proporción sobre la calificación máxima que se puede obtener en cada dimensión.

En dicha figura podemos ver que en la dimensión de relaciones interpersonales, la proporción sobre la calificación máxima de la dimensión fue, para el grupo de padres de .59 y para el grupo de personal

de .66. En la dimensión de conocimientos sobre desarrollo, las proporciones fueron de .74 para el grupo de padres y .81 para el de personal. En la dimensión de orientación hacia el niño-hacia la institución, el grupo de padres obtuvo una proporción de .64 y el de personal de .79. Por último, en la dimensión de ambiente físico de la sala, las proporciones fueron de .78 en el grupo de padres y .73 en el de personal.

La figura 3 muestra ejemplos de puntajes individuales del grupo de padres, ubicados en los extremos del perfil, aquí se puede observar que la mayor distancia se da en la dimensión de orientación hacia el niño-hacia la institución ya que uno se ubica en la proporción .30 y el otro en 1.0, y la mayor cercanía aparece en la dimensión de conocimientos sobre desarrollo en la que uno tiene la proporción de .55 y el otro de .88.

De manera similar, en la figura 4 tenemos ejem

plos de perfiles extremos individuales del grupo de personal, aquí la mayor disparidad está en la dimensión de ambiente físico de la sala, en la que un perfil tiene una proporción de .37 y el otro de 1.0; la mayor cercanía entre los perfiles se da en la dimensión de orientación hacia el niño-hacia la institución, donde encontramos que un perfil está en la proporción de .60 y el otro en la de .70.

Se obtuvo un perfil para cada dimensión con las proporciones de respuesta en cada reactivo de los grupos de padres y personal. En la dimensión de relaciones interpersonales (figura 5), la proporción sobre la calificación máxima en el grupo de padres varió desde .19 hasta .84; en el grupo de personal, desde .45 hasta .90; la media del perfil para el grupo de padres se ubica en .60 y la media del perfil para el grupo de personal, en .67.

En la dimensión de conocimientos sobre desarrollo (figura 6), la variación fue desde .42 hasta -- 1.0 para el grupo de padres y para el de personal,

desde .36 hasta 1.0; la media del perfil para el grupo de padres se ubica en .74 y la media del perfil del grupo de personal se ubica en .83

Para la dimensión de orientación hacia el niño-hacia la institución (figura 7), los puntajes variaron desde .50 hasta .79 para el grupo de padres y desde .59 hasta .95 para el de personal; -- aquí las medias de los perfiles se encuentran en .66 para el grupo de padres y .80 para el de personal.

En la dimensión de ambiente físico de la sala (figura 8), los puntajes fueron desde .33 hasta 1.0 en el grupo de padres y en el de personal, desde .50 hasta 1.0; las medias de estos perfiles se hallan en .80 para el grupo de padres y .75 para el grupo de personal.

En ninguna de estas cuatro dimensiones se encontraron diferencias significativas entre los grupos.

Para la parte de la escala que se aplicó única

mente al grupo de personal, la figura 9 muestra un perfil total de las cuatro subescalas de superación, relaciones entre el personal, ambiente físico del lugar de trabajo y organización, control y claridad de programas, con la proporción de las calificaciones del grupo sobre la calificación máxima de cada dimensión. En la dimensión de superación la proporción fue de .55, en la de relaciones entre el personal fue de .31, en la de ambiente físico del lugar de trabajo de .66 y en la dimensión de organización, control y claridad de programas, la proporción fue de .62.

La figura 10 muestra ejemplos de calificaciones individuales en los extremos del perfil siendo que en la dimensión de superación van de .20 a .80; en relaciones entre el personal, de .30 a .70; en ambiente físico del lugar de trabajo se ubican en .64 y 1.0 y en organización, control y claridad de programas, los perfiles están en .37 y .80.

Se produjo también un perfil para cada dimensión con las proporciones de respuesta en cada reactivo, con los siguientes resultados:

En la dimensión de superación (figura 11), las proporciones fueron desde .27 hasta .75 con una media de .49; en la de relaciones entre el personal, sus puntajes fueron desde .10 hasta .50, con una media de .34 (figura 12); mientras que en la dimensión de ambiente físico del lugar de trabajo las proporciones variaron desde .50 hasta .81 con una media de .67 (figura 13); por último, en la dimensión de organización, control y claridad de programas (figura 14), los puntajes se ubicaron desde .45 hasta 1.0 con una media de .72.

Análisis de reactivos.-

En la figura 15 se muestran los coeficientes Alpha para cada dimensión, el más alto fue el de la dimensión de ambiente físico del lugar de trabajo, de 0.87034 y el más bajo correspondió a la dimensión de relaciones entre el personal y fue de 0.62055.

En el grupo de padres se calcularon los coeficientes de correlación de Spearman entre las calificaciones en las dimensiones de la escala y el tiempo de estancia de los niños en la sala, sin que se encontrara ningún coeficiente significativo.

En el grupo de personal, se buscó un grado de asociación entre las dimensiones de la escala y la antigüedad en el trabajo, el coeficiente de correlación de Spearman para la dimensión de superación fue de -0.6787 con un nivel de significación de $.01$; para la dimensión de organización, control y claridad de programas, el coeficiente fue de -0.4025 con nivel de significación de $.11$; para relaciones interpersonales el coeficiente fue de -0.1914 con un nivel de significación de $.28$ y para relaciones entre el personal, el coeficiente resultó de -0.1775 con un nivel de significación de $.30$. En conocimientos sobre desarrollo el coeficiente fue de -0.0248 con nivel de significación de $.47$; en orientación hacia el niño-hacia la ins-

titución fue de -0.1010 con $.38$ de nivel de significación y por último, se obtuvieron, para ambiente físico de la sala, un coeficiente de 0.0380 con nivel de significación de $.45$ y para ambiente físico del lugar de trabajo, un coeficiente de 0.1041 con nivel de significación de $.11$.

Escala de impacto emocional.

Las estadísticas para esta escala fueron las siguientes:

Grupo de padres.-

En la dimensión de placer, la media fue de 3.13 y la desviación estándar de 3.04 , siendo la dispersión máxima posible de las calificaciones ± 8 ; para la dimensión de activación, en la que la dispersión máxima posible de las calificaciones fue de ± 8 , la media fue de 2.0 y la desviación estándar de 2.61 ; por lo que toca a la dimensión de dominio, la media fue de $.07$ y la desviación estándar de 1.27 , con --

una dispersión máxima posible de ± 4 . Para las calificaciones totales de la escala, que incluyen -- las tres dimensiones, la dispersión máxima posible fue de ± 20 , la media de 5.24 y la desviación estándar de 5.06.

Grupo de personal.-

Para la dimensión de placer, la media fue de .70, la desviación estándar de 1.70 y la dispersión máxima posible de las calificaciones, de ± 8 ; a la dimensión de activación correspondió una media de .50 y una desviación estándar de 2.22, siendo la dispersión máxima posible de las calificaciones ± 8 ; en la dimensión de dominio encontramos una media de .20 y una desviación estándar de 1.47, la dispersión máxima posible fue de ± 4 . Para las calificaciones totales de la escala, incluyen a las tres dimensiones, la media fue de 1.4 y la desviación estándar de 3.77 siendo la dispersión máxima posible para las calificaciones de ± 20 .

La figura 16 muestra un perfil que incluye las tres dimensiones, placer, activación y dominio, los puntajes se presentan como una proporción sobre la calificación máxima que se puede obtener en cada dimensión. En la dimensión de placer, la proporción sobre la calificación máxima de la dimensión fue, - para el grupo de padres de 0.39 y para el grupo de personal de 0.08; para la dimensión de activación, la proporción fue de 0.25 para el grupo de padres y de 0.06 para el grupo de personal; por último, para la dimensión de dominio las proporciones fueron de .008 para el grupo de padres y .02 para el de personal.

Se obtuvo también un perfil para cada dimensión con la proporción de respuestas sobre la calificación máxima para cada reactivo. En la dimensión de placer (figura 17), las proporciones fueron desde -0.06 hasta 0.55; la figura 18 muestra el perfil de la dimensión de activación, aquí las proporciones variaron desde -0.12 hasta 0.46 y para la -

dimensión de dominio (figura 19), se obtuvieron proporciones desde -0.35 hasta 0.43.

Aplicando la prueba de chi cuadrada a las calificaciones totales de la escala, encontramos que las diferencias entre los grupos son significativas con un valor de chi cuadrada de 7.055 y un nivel de significación de .01.

Al hacer el análisis por dimensiones con la misma prueba chi cuadrada, ésta tuvo un valor de 8.14 a un nivel de significación de .01 para la dimensión de placer, mientras que, con esta misma - - prueba, en las dimensiones de activación y dominio, las diferencias entre grupos no fueron significativas.

La presentación gráfica de los resultados obtenidos en cada reactivo de esta escala se muestra en la figura 20; en ella se puede observar que el grupo de personal tendió a contestar en la opción

neutral con excepción de los reactivos satisfecho-insatisfecho y seguro-asustado, en los que mostró una tendencia hacia el polo positivo. Por otro lado el grupo de padres mostró mayor variabilidad en sus respuestas presentando una tendencia hacia el polo positivo en los reactivos contento-molesto, -satisfecho-insatisfecho, esperanzado-desesperado, animado-desanimado, calmado-nervioso y seguro-asustado; en el reactivo acelerado-con flojera se puede ver una mayor frecuencia de respuestas en la opción neutral y en los reactivos feliz-triste y despierto con sueño las respuestas se distribuyeron - en las cinco opciones; por último, en el reactivo -mandón-obediente, la tendencia va ligeramente hacia el polo negativo.

Comparando las frecuencias de respuesta de las cinco opciones de cada reactivo mediante la prueba chi cuadrada, no se encontraron diferencias significativas excepto para el reactivo nervioso-calmado - en un nivel de significación de 0.02:

Análisis de reactivos.-

El coeficiente Alpha de confiabilidad para la dimensión de placer fue de 0.78395, para la dimensión de activación fue de 0.71944 y para la dimensión de dominio, fue de 0.39080.

Buscando algún grado de asociación entre las calificaciones totales del grupo de padres y el tiempo de estancia del niño en la sala, mediante el coeficiente de correlación de Spearman, se encontró un coeficiente de 0.2129 con un nivel de significación de .12

En el grupo de personal, el coeficiente de correlación de Spearman entre las calificaciones totales y la antigüedad en el trabajo, fue de 0.0733 con un nivel de significación de .41.

Asociación entre las dos escalas.-

El grado de asociación entre los puntajes de las escalas de evaluación ambiental y de impacto emocional se calculó mediante el coeficiente de correla--

ción de Spearman, encontrando para el grupo de personal un coeficiente de 0.237 que no resulta significativo; por lo que toca al grupo de padres, se obtuvo un coeficiente de 0.7482 significativo al nivel de .001.

Observación de conductas.

Confiabilidad.-

La confiabilidad global lograda en las observaciones fue de .90 y se obtuvo con el procedimiento de

$$\frac{\text{Acuerdos}}{\text{Acuerdos} + \text{desacuerdos}} \times 100$$

De las conductas emitidas por el grupo de personal se obtuvo la proporción de frecuencia sobre el número de intervalos de 30 segundos que se observaron; las conductas cuya duración se registró fueron convertidas a registro de frecuencia usando el criterio de una ocurrencia cada 30 segundos para permitir la com-

paración entre ellas.

Las proporciones sobre 117 intervalos en que se observó al grupo de personal se presentan gráficamente en la figura 21, las más frecuentes fueron cuidados generales con .42, verbalización enfermera niño con .26, interacción neutral enfermera-niño con .26 y no verbaliza enfermera-niño con .24; interacción positiva enfermera-niño presentó una proporción de .15 y las de menor frecuencia fueron cuidados médicos con .03, interacción negativa enfermera-niño que obtuvo .03, come voluntariamente enfermera con .05 y juego enfermera-niño, la de menor frecuencia con .005.

De las conductas emitidas por el personal hacia las compañeras o los padres, se obtuvieron las siguientes proporciones que se muestran en la figura 22, aquí las de mayor frecuencia fueron interacción neutral enfermera-enfermera con .38, interacción positiva enfermera-enfermera con .32 e interac

ción positiva enfermera-padres con .26; la conducta de interacción neutral enfermera-padres presentó una proporción de .14 y las de menor frecuencia fueron interacción negativa enfermera-enfermera -- con .03 e interacción negativa enfermera-padres -- con .05.

Las conductas emitidas por el grupo de padres aparecen graficadas en la figura 23, las proporciones se obtuvieron sobre 49 intervalos y entre ellas destacan por su alta frecuencia las de juego padres con .67 y verbalización padre a niño con .55; no verbaliza padre a niño tuvo una proporción de .39, cuidados generales de .30 y la de menor frecuencia fue come voluntariamente con padre con .06.

En la figura 24 aparecen las conductas emitidas por el grupo de niños, las proporciones se calcularon sobre 992 intervalos; las de más alta frecuencia fueron las de conducta visual: fijación -- persona con .36, explora con .27, fijación objeto con .15 y fijación espacio con .12; la conducta de

sueño presentó una proporción de .36, juego solo, .18 y verbalización niño solo tuvo una frecuencia de .10, muy alta si se compara con las otras tres conductas - de verbalización, verbalización niño a equipo tuvo -- una proporción de .007, verbalización niño a padres, una de .005 y verbalización niño a enfermera, .001; las conductas que se refieren a locomoción fueron andadera camina con .03, deambula con .004 y gatea con .002; come solo tuvo una proporción de .04, andadera quieto una de .05, corral una de .03 y sentado silla una de .02; la conducta de interacción niño-niño también obtuvo una proporción de frecuencia de .02.

Por último, para las conductas emitidas por el grupo puericultistas, las proporciones de frecuencia de ocurrencia se calcularon sobre 68 intervalos de observación. Así, la conducta de juego equipo tuvo una proporción de .21; la de verbalización equipo a niño, una de .35, la de no verbaliza equipo, .15 y cuidados generales equipo, .13. (Figura 25).

El uso que el niño hace de su tiempo dentro de la sala se puede ver en la distribución a lo largo del horario de registro que se muestra en la figura 26, en la que aparece la duración de las conductas de sueño, el grupo de conductas de contacto social que comprenden cuidados generales de personal, cuidados generales de padres, cuidados médicos, juego enfermera, -- juego padres y juego equipo; y las conductas de locomoción que comprenden: deambula, andadera camina, andadera quieto, gatea, sentado suelo, sentado silla y corral; aunque andadera quieto, sentado silla y corral no implican locomoción, las consideramos locomoción como quiera que significaba salir de la cuna y tener una oportunidad de movimiento adicional para la coordinación motriz gruesa.

4.3 CONCLUSIONES

En esta sección se presentan, primeramente, las conclusiones sobre la escala de evaluación ambiental, a continuación las correspondientes a la escala de impacto emocional y en tercer lugar las relativas a las observaciones de conductas; por último se hace una evaluación global del estudio y algunas consideraciones finales sobre la sala estudiada.

4.3.1. Escala de evaluación ambiental.

En esta escala, de acuerdo con los coeficientes de confiabilidad descritos anteriormente, el grado de consistencia interna entre los reactivos de cada dimensión fue alto, lo que permite afirmar que la escala tuvo una construcción que le permitió funcionar adecuadamente, es decir que todos los reactivos dentro de una dimensión se refirieron a un mismo tema y que cada una de las dimensiones de la escala captó el aspecto del ambiente al que estaba dirigida; no obstante, su confiabilidad podría incrementarse si -

esta escala fuera objeto de un estudio con propósitos específicos de validarla, mediante la supresión de los reactivos de más bajo coeficiente y la prueba de nuevas versiones de la escala.

Asimismo, la ausencia de diferencias significativas entre los puntajes de los grupos de padres y de personal refleja una coincidencia de percepciones sobre el objeto evaluado; con base en este hecho se considera que el instrumento proporcionó a los sujetos una gama de opciones suficientemente amplia que les permitió describir su ambiente y que por lo tanto esta escala se mostró capaz de caracterizar este ambiente terapéutico particular.

Según el perfil que se obtuvo de la parte de la escala que se aplicó a los grupos de padres y de personal, ambos grupos no difieren significativamente en su percepción total del ambiente de la sala, ubicándola en el centro de la segunda mitad del perfil. Es posible interpretar esto como que la sala es, en

general, percibida positivamente tanto por los padres como por el personal.

Si se atiende a los aspectos particulares de la percepción de dicho ambiente, los de conocimientos - conocimientos sobre desarrollo, orientación hacia el niño o hacia la institución y ambiente físico de la sala, se ubican en la parte alta del perfil, mientras que la dimensión de relaciones interpersonales obtuvo la calificación más baja; aparentemente los grupos coinciden en que el grado de apoyo y ayuda que los individuos ofrecen unos a otros dentro de la sala es bajo; este clima de relaciones interpersonales puede influir en la frecuencia de las visitas de los padres a sus hijos y como ya se mencionó en la introducción, algunas de las investigaciones revisadas sugieren que estas visitas son una fuente importante de estimulación para lograr la rehabilitación de los niños.

Los conocimientos de los sujetos sobre prácticas elementales de crianza y cuidado del niño no sobrepas-

san el límite de 80 sobre 100. Este aspecto es importante ya que los niños tratados en esta sala presentan problemas de desarrollo que necesitan ser compensados a través de prácticas de crianza adecuadas. La comprensión de los padres y de los responsables del cuidado del niño en la sala, de por qué es necesario jugar con el niño, hablarle, estimular sus sentidos, ejercitar su coordinación motora, es vital tanto para el tiempo que permanezca el niño en la sala como para su regreso al ambiente familiar. Herrera (1984) encontró en un estudio de seguimiento de niños rehabilitados en esta misma sala, que después de cierto tiempo de su regreso al ambiente familiar la curva ascendente de desarrollo de los niños presentó un descenso considerable; esto podría deberse a un ambiente familiar pobre en estimulación y en prácticas de crianza adecuadas, entre otros factores, como los que describen Cravioto y Arrieta, (1982). Se tiene conocimiento de que sobre este punto el Centro organiza pláticas para elevar el nivel de conocimientos de los padres; ignoramos si existen cursos para el personal.

Según las calificaciones de la escala en la dimensión de orientación hacia el niño o hacia la institución, podríamos decir que los grupos de padres y personal perciben que la rutina de la sala obedece en un mayor grado a las necesidades de los pacientes y no a los programas de trabajo; según la dimensión de ambiente físico de la sala, los grupos lo evalúan como más adecuado que inadecuado para la recuperación de los pacientes; esto no coincide con el registro de eventos de la sala y en el apartado relativo a la observación de conductas se tocará este punto más ampliamente.

De la parte de la escala que se aplicó únicamente al grupo de personal, se puede afirmar que la percepción total que este grupo tiene sobre su ambiente de trabajo es baja ya que las dimensiones de expectativas de superación, ambiente físico del lugar de trabajo y organización, control y claridad de programas sobrepasan apenas la mitad del perfil y la de relaciones entre el personal no alcanza este punto.



Aunado al hecho de que las expectativas del grupo de personal de mejoramiento o superación en su trabajo son bajas, se encontró una correlación con su antigüedad en el trabajo negativa, alta y significativa, que parece hablar de que a mayor antigüedad en el trabajo menores fueran las expectativas de superación y viceversa. Esta pobre satisfacción laboral indudablemente repercute en el clima de la sala y en el logro de sus objetivos.

Ya que se carece de información sobre las circunstancias concretas de la institución en materia presupuestal o de política de ascensos, y ya que - como se dijo anteriormente, el aspecto de satisfacción en el trabajo es de capital importancia, se propone en este trabajo, como una alternativa de intervención, la programación de cambios ambientales que hicieran la estancia del personal y su desempeño del trabajo, más gratificantes. Estos cambios ambientales podrían ser de varios tipos, desde un rediseño del lugar que les provea de espacios de

uso personal cotidiano hasta una reorganización de la rutina de la sala que variara periódicamente su labor rompiendo la monotonía; existen sistemas que tienen organizada la sala por áreas: área de sueño, área de estimulación, área de alimentación, y área de aseo y cambio de pañales; el personal se rota periódicamente a través de estas áreas de manera que unos días se dedica sólo a vigilar el área de sueño, otros, cuida exclusivamente el área de estimulación y otros se dedica al aseo y cambio de pañales; esto, además de romper la monotonía descarga la tarea de la rutina que resulta más desagradable para cualquier responsable del cuidado de infantes y que es el cambio de pañales y el aseo. Sería necesario tener la experiencia de trabajo en la sala para entender cómo lo viven sus protagonistas, por lo que resultaría interesante dedicar un estudio a presentar a las responsables del cuidado de los infantes dos o más sistemas de trabajo diferentes, incluido el actual, y preguntarles cuál desearían probar o cuál les gustaría probar. Los estudios de Moos (1974) indican que

el sólo hecho de que los miembros del personal sientan que participan y que su opinión es útil y considerada importante para organizar su trabajo, acrecienta su satisfacción en el mismo y mejora el clima social de las instituciones. Valdría la pena lograr que las autoridades competentes autorizaran, si es que esto fuera necesario, nuevos sistemas de organización de trabajo argumentando que la sala no es una sala hospitalaria de cuidado intensivo y que la reha-bilitación de los infantes depende de la integración de los tratamientos nutricional y psicológico.

Los puntajes en la dimensión de relaciones entre el personal indican que el grupo percibe su ambiente pobre en apoyo y ayuda mutua, sus implicaciones para el funcionamiento de la sala son similares a las ya descritas en el punto de expectativas de superación y su importancia no es menor.

En lo que toca a la organización del trabajo y la claridad de los programas, aparentemente el grupo

percibe una sala más organizada que confusa.

La evaluación del grupo del ambiente físico del lugar de trabajo, si bien se ubica en la parte alta del perfil, no sobrepasa el límite de .81. Sería interésante dirigir un estudio preguntando tanto a los miembros del personal como a los padres de los niños qué arreglos harían en la sala para que su estancia en ella fuera más cómoda.

Relacionando los resultados de la escala con otras variables, encontramos que existe una asociación negativa muy baja entre las calificaciones del grupo de padres y el tiempo de estancia de su hijo en la sala; aparentemente la percepción que los padres tienen del escenario no es influida por la duración de su relación con el mismo; esto es, que no mejora con el paso del tiempo pero tampoco se deteriora significativamente, lo que puede ayudar a mantener la frecuencia de las visitas de los padres.

4.3.2 Escala de impacto emocional

La consistencia interna de la escala, dada por los coeficientes de confiabilidad descritos en el capítulo anterior, se logró para las dimensiones de placer y activación, pero esto no fue así para la dimensión de dominio que obtuvo un coeficiente bajo. De acuerdo con estos resultados puede afirmarse que solamente dos de las tres dimensiones tuvieron una construcción adecuada y que por lo tanto sólo dos de ellas funcionaron aceptablemente.

Según el perfil global de la escala, la sala impactaría a ambos grupos de una manera ligeramente positiva ubicándolos muy próximos al punto neutral. El grupo de personal está más próximo al punto neutro de la escala que el grupo de padres y éste se encuentra ligeramente más hacia el polo positivo de la escala. Dado que las diferencias entre los puntajes totales de ambos grupos resultaron significativas, probablemente el ambiente de la sala impacta de ma-

nera diferente a cada grupo.

Considerando las dimensiones separadamente, en la de placer se observa que el escenario produce una respuesta evaluativa más positiva en los padres que en el personal; este factor es importante porque la frecuencia de las visitas de los padres depende de que su experiencia en la sala sea agradable. En el caso de los miembros del personal se puede decir que o bien su experiencia en la sala no es agradable, o bien que dieron una respuesta de rechazo a la escala seleccionando con la mayor frecuencia el punto neutral del diferencial semántico. Para descartar la segunda afirmación sería necesario llevar a cabo otro estudio suprimiendo la opción de respuesta neutral; para considerar válida la primera, parece conveniente señalar que un resultado así es coherente con los obtenidos en la escala de evaluación ambiental en las dimensiones de expectativas de superación y de relaciones entre el personal.

En la dimensión de activación, el grupo de padres aparece más despierto o más listo para reaccionar que el grupo de personal; este nivel de activación es deseable en la medida en que dispone al individuo a conductas de interacción de mayor reciprocidad con los niños y se confirma, más adelante, con una mayor ocurrencia de conductas de juego con los niños de parte del grupo de padres que de parte del grupo de personal.

En la dimensión de dominio que constó solamente de dos reactivos, ambos grupos contestan en la misma dirección, pero las respuestas positivas en un reactivo cancelan las negativas en el otro; esto los ubica muy próximos al punto neutro. Sin olvidar las reservas sobre la consistencia interna de la dimensión, la ubicación anterior hablaría de que ambos grupos se sienten limitados en su libre actuar o se perciben con un mínimo control de su escenario. En esta dimensión se sugiere, para futuros estudios, probar diferentes versiones de traducción de los -

reactivos y emplear cuatro reactivos en lugar de dos.

En los perfiles de cada reactivo de las tres dimensiones de la escala, se observa que el grupo de personal tendió a responder en la opción neutra y aunque el grupo de padres presenta una tendencia a responder en el extremo positivo, las diferencias entre ambos grupos no son significativas. Tomando en cuenta este hecho y el de que los perfiles se encuentran más frecuentemente en el punto neutro, es posible afirmar que la escala no se mostró eficaz para aportar una descripción suficientemente contrastada de las respuestas que el ambiente produce en los sujetos; puede atribuirse esta debilidad del instrumento al hecho de que entre las opciones de respuesta se dio a los sujetos el punto medio que en este caso sirvió como una forma de rechazar la escala. Sería conveniente para un futuro estudio el suprimir el punto medio en este diferencial semántico.

Uno de los propósitos del estudio fue buscar alguna asociación entre el clima social de la sala y el impacto emocional que ésta produce en los sujetos; si bien en el grupo de personal no se encontró ninguna asociación, parece interesante el hecho de que en el grupo de padres existe una correlación alta entre las dos escalas, que podría atribuirse a que la actitud de los dos grupos ante las escalas fue diferente; el grupo de padres probablemente respondió con mayor espontaneidad que el de personal, ya que por su posición dentro de la institución el personal puede vivir este tipo de encuestas como "amenazantes" de manera que rechazó la escala de impacto emocional contestando en el punto medio. En este sentido los resultados de nuestro estudio coincidirían con la experiencia de Hoos (1974) razón por la cual su escala, igual que la nuestra, pide no anotar el nombre del sujeto al responderla. A pesar de esta precaución nuestros sujetos probablemente no contestaron con la misma espontaneidad que el grupo de padres; sugerimos tomar en cuenta este punto en futuras aplicaciones.

4.3.3 Observación de conductas

La observación de conductas en este estudio tuvo tres propósitos; uno, evaluar la estimulación que la rutina y el funcionamiento cotidianos de la sala proveen a los niños; otro, constatar si las apreciaciones de las escalas sobre ambiente percibido corresponden con el ambiente real y por último aportar una descripción del acontecer diario de la sala.

Para el logro del primer propósito y dado que no se cuenta con estándares que regulen la calidad del cuidado (Jones 1978) y que sirvan de parámetros, sólo se puede hablar de una proporción de ocurrencia de conductas sobre el lapso de tiempo observado.

El grupo de personal ocupó un 42% del tiempo en administrar cuidados generales al niño, en sus interacciones con el niño las enfermeras le hablaron un 26% del tiempo observado y un 24% interactuaron con él sin hablarle.

Por otro lado, las ocasiones en que la responsable del cuidado juega con el niño no alcanzan el 1%. El 26% del tiempo las interacciones con el niño no contienen demostraciones de afecto o agresión, en el 15% del tiempo utilizan maneras cariñosas y en el 5%, presentan gestos de enfado. De este punto y del anterior se desprende que el personal emplea menos de la mitad de su tiempo en interactuar con el niño, lo que puede deberse a las razones que Jones, (1978), puntualiza al hablar de cuidado de infantes: "también es muy difícil para el staff de una institución el amar expresivamente a un niño sabiendo que eventualmente se separarán del niño, así ellos primero se defienden de un dolor potencial." (pp. 216).

En la escala de evaluación ambiental, en la dimensión de orientación hacia el niño o hacia la institución, el personal y los padres opinaron que la rutina de la sala obedece mayormente a las necesidades de los pacientes y no a los programas de trabajo; esta opinión no corresponde con las conductas que el

grupo de personal presenta, ya que en ningún momento sus conductas intentan remediar la disminución de funciones motoras, verbales y adaptativas que los niños desnutridos típicamente presentan; se desconoce si el personal ha recibido información acerca de las características y necesidades que definen a este tipo particular de pacientes. Aquí cabe resaltar la conveniencia de utilizar dos modalidades de evaluación; si se contara solamente con el resultado de los puntajes de la escala sin la observación de conductas se correría el riesgo de obtener una imagen distorsionada y una evaluación menos precisa de la sala.

Respecto a la estimulación que las visitas de los padres proporcionan al niño, diremos que un alto porcentaje (67%) del tiempo observado los padres jugaron con el niño y el 55% del tiempo le hablaron; emplearon el 30% del tiempo en cuidados generales. Este hallazgo coincide con el reportado por Marton, Dawson y Minde (1980) en el sentido de que las visi-

tas de los padres son fuente importante de estimulación para los bebés internados en la sala y quizá, en el caso de la sala, también de cuidados generales.

Sobre la interacción del grupo de puericultistas con los niños, si bien este grupo interviene en la sala sin un programa de estimulación definido, el porcentaje de sus conductas de interacción y estimulación hacia los niños hace que se le considere una fuente potencial de estimulación si se programara y sistematizara.

Entre las conductas observadas en los niños, encontramos algunas que pueden ser facilitadas o inhibidas por la rutina de trabajo y el funcionamiento de la sala:

El 31% del tiempo observado el niño presentó la conducta de sueño; el resto del tiempo el niño estuvo despierto y de ese tiempo, la mayor parte el

niño lo emplea en la conducta de "fijación persona", esto es, desde su cuna sigue con la vista a los adultos que están en la sala; esta fue la conducta más frecuente. Otra de las conductas más frecuentes fue también de carácter visual, el niño mira a su alrededor sin fijar la vista en un objeto o persona. El resto de las conductas presentó porcentajes menores a 20, como la de juego solo en la que frecuentemente el niño jugaba con la sábana o la almohada y en un 15% del tiempo con algún objeto.

Un 8% del tiempo observado los niños estuvieron en una andadera; aquí tenemos que considerar que por su edad a 11 de los 30 niños no les correspondería ejercitar la función motora de caminar.

Un 3% de su tiempo de vigilia los niños estuvieron en un corral con juguetes para manipular y

menos de un 1% del tiempo los niños deambularon o gatearon. El 2% del tiempo los niños estuvieron sentados en una silla; en esa oportunidad y en el corral, los niños interactuaban entre sí; registramos interacciones entre ellos en 2% del tiempo. Las verbalizaciones del niño a las enfermeras, los padres o el equipo fueron todas menores al 1%; si bien el niño llega a la sala con conductas de lenguaje disminuídas, éstas no son reforzadas por el ambiente de la sala, ya que el niño verbalizó estando solo en un 10% del tiempo.

Aquí se señala que lo observado no corresponde a la opinión de ambos grupos expresada en la escala en cuanto a que el ambiente físico de la sala se percibe como más adecuado que inadecuado para la recuperación de los pacientes; las oportunidades de ejercitar coordinación motora gruesa y fina, lenguaje, discriminación de formas y colores, estimulación táctil como variaciones de texturas, auditiva como ritmo o música, etc., son escasas. En la

sala los juguetes no se encuentran al alcance de los niños y para el personal resulta contradictorio por un lado mantener la sala en el orden que requiere el esquema hospitalario que sigue y que se les pide y por el otro mantener los juguetes en las cunas al alcance de los niños. Además, aún cuando dedicaran tiempo a jugar con los niños, no sería justo esperar de ellas que en su repertorio de habilidades se encontrara el dirigir un juego para ejercitar desarrollo porque en principio desconocen las deficiencias y necesidades de los pacientes y la razón por la cual necesitan ejercitar sus funciones y cuáles de estas funciones están disminuídas en los niños.

Es conveniente resaltar la forma en que se complementaron dos instrumentos de evaluación, las escalas y el registro de conductas, que permite contrastar y confirmar resultados.

En la distribución de conductas a lo largo del horario de la sala, la conducta de sueño tiene una

media más alta que las de contacto social y locomoción; estos períodos de sueño son importantes en la rutina del niño y tienen sus frecuencias más altas en las horas de 9:30, 14:30 y 19:30; la conducta de sueño disminuye notablemente entre las 10:30 y las 13:30 horas y entre las 15:30 y las 18:30 horas; en estos lapsos encontramos los puntos más altos de las conductas de contacto social y locomoción; estos lapsos podrían utilizarse para implementar programas de estimulación, pero ya que los recursos humanos de la institución son limitados y que no es aconsejable empalmar estos programas en una rutina de trabajo ya arraigada, puede considerarse como una alternativa el que el ambiente de la sala provea esta estimulación mediante una reorganización de sus prácticas de cuidado y de su espacio físico.

En la parte de las observaciones correspondiente a las interacciones entre el personal, encontramos una baja ocurrencia de interacciones y de las interacciones registradas, el porcentaje más alto

fue del tipo neutral, seguido por el positivo, siendo el más bajo el negativo. Esto no corresponde con lo percibido por el grupo de personal sobre las relaciones entre el personal según la escala de evaluación ambiental, ya que esta dimensión es la que se ubica en el punto más bajo del perfil. Probablemente en presencia de las observadoras la actitud tanto del personal como de los padres fue diferente de la que perciben en su ausencia; una comunicación personal con una de las madres en este sentido confirma nuestra suposición.

De igual manera, las interacciones entre el personal y los padres fueron poco frecuentes y de las registradas, las de más alto porcentaje fueron las positivas, seguidas por las neutrales y siendo las más bajas las negativas; también aquí no existe correspondencia con los resultados de la dimensión de relaciones interpersonales que ambos grupos percibieron como la más baja del perfil. Uno de los miembros del personal expresó su deseo de tener una oportu-

tunidad de criticar a las madres de los niños; este dato es valioso porque puede señalar un camino para entender cómo perciben las responsables del cuidado de los infantes a los padres de los niños y por lo tanto para entender las relaciones que establecen con ellos. Preguntar en primer lugar a los miembros del personal cómo se explican que un niño llegue a presentar un grado de desnutrición y cómo ven a los padres de estos niños, abriría una dinámica de remedio a nivel de relaciones interpersonales y a nivel de capacitación en el trabajo.

El espacio de la sala y su organización están diseñados con el modelo de una sala de hospital tradicional; no obstante, los cuidados médicos que se administran a los niños ocupan una parte pequeña del tiempo de la sala, 3% del tiempo observado; cuando llegan a la sala, los niños ya han superado una etapa crítica y están en proceso de rehabilitación; las necesidades de los infantes desnutridos son diferentes a las de un paciente pediátrico hospitalizado que requiere cuidados médicos más fre-

cuentas o al que no es conveniente mover o cargar para evitarle molestias; los niños con primero, - segundo o tercer grado de desnutrición presentan apatía y desarrollo disminuido en las funciones de coordinación motora gruesa, coordinación motora fina, personal social y más marcadamente en el área de lenguaje. Si bien la falta de nutrientes puede compensarse mediante tratamiento médico y nutricional, las deficiencias en el desarrollo psicológico sólo pueden compensarse mediante la ejercitación de estas funciones a través de programas de estimulación psico-motriz. El departamento de psicología del Centro tiene funcionando programas que cada niño recibe diariamente por espacio de 10 a 15 minutos; no obstante, los recursos de personal del departamento de psicología son escasos, y el resto del tiempo de vigilia del niño podría utilizarse en provecho de su desarrollo mediante el rediseño de las áreas de actividad de la sala y una organización de funciones coherente con tal diseño.

Consideraciones generales

El propósito del estudio de lograr una descripción de este tipo de escenarios, más completa y sistemática se logró evaluando el clima social de la sala, su ambiente físico y el impacto emocional que produce en sus participantes, además de observar el tipo y la cantidad de estimulación que su funcionamiento provee a los niños internados en ella.

En el caso de los instrumentos utilizados, se puede afirmar que la escala de evaluación ambiental fue capaz de caracterizar la sala; con la reserva que se refiere a su perfeccionamiento, alcanzó un buen nivel de funcionamiento; la escala de impacto emocional si bien presentó mayores debilidades que la anterior, en dos de sus dimensiones aportó información útil con un adecuado nivel de confiabilidad y por último, el registro de conductas en la sala demostró su utilidad para constatar las apreciaciones de las escalas.

Debido a que el estudio se limitó a una institución, no podría generalizarse su uso a todas las salas de este tipo o de cuidado de infantes; no obstante, podría servir como base para futuros trabajos en la evaluación de salas de cuidado de infantes y en la línea de adaptación y diseño de técnicas a nuestro medio y escenarios. Cabe resaltar la conveniencia de utilizar varias modalidades de evaluación para alcanzar una comprensión más completa y cercana a la realidad de un ambiente.

Para hacer una consideración general de la sala, es necesario precisar dos puntos que no se pueden desprender de los resultados de nuestro estudio ni de su interpretación y que sin embargo son claves para que un trabajo de esta naturaleza sea potencialmente productivo: la institución posee, a nuestro juicio, un considerable potencial de cambio que se manifiesta en principio en la aceptación de un estudio de evaluación, y por otro lado, la bondad del modelo que la sala sigue en el tratamiento del problema de desnutri-

ción es indudable; la sala es una de las primeras en el país en desempeñar esta función de rehabilitación, de manera que su búsqueda de aspectos factibles de optimizarse dentro de sus prácticas no es frecuente de encontrar y es seguramente la que le permitirá la adopción de modelos de tratamiento más perfeccionados.

La sala sigue un modelo hospitalario que proporciona tratamiento médico y nutricional con la agregación de tratamiento psicológico mediante programas de estimulación psicomotriz. Si estos tres aspectos del tratamiento pudieran integrarse en un diseño físico y organizativo de la sala que proporcionara por sí mismo estimulación a los niños y que proporcionara mayor satisfacción a los usuarios de la sala, tanto a los miembros del personal como a los padres que la visitan, seguramente esto se reflejaría en el logro de los objetivos de rehabilitación de la institución.

Los aspectos susceptibles de intervención son principalmente los de diseño de ambiente físico, relaciones interpersonales tanto entre el personal y los padres de los niños como entre los miembros del personal y el de satisfacción en el trabajo; todos estos factores quedan explicados en el apartado de conclusiones, en algunos casos con propuestas de intervención que de ninguna manera son exhaustivas y que la institución puede ciertamente enriquecer.

El logro de los objetivos académicos o institucionales de este estudio solamente adquiere sentido cuando se dirige a cada uno de los infantes que se encuentran en este escenario. El grado en que ellos se beneficien será el grado en el que se pueda decir que alcanzó sus propósitos.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Bradley, R.H. y Caldwell, B.M. Home environment, social status, and mental test performance. Monografía presentada en las reuniones de SRCD, 1977. Citado en: Ricciuti, H.N., Ambiente, nutrición y desarrollo mental. O.P.S., Publicación Científica No. 450, 1983, Washington, D.C.

Bradley, R.H. y Caldwell, B.M. The relation of infants' home environment to mental test performance at 54 months: A follow-up study. Child Development, 1976, 47, 1172-1173. Citado en: Ricciuti, H.N., Ambiente, nutrición y desarrollo mental. O.P.S., Publicación Científica No. 450, 1983, Washington, D.C.

Canter, D. The environmental context of nursing: looking beyond the ward. Que aparecerá en Skevington, S. (ed.) Social Psychology and Nursing. Chichester, Wiley, 1983, Cap. 11.

Canter, D. y Canter, S. Designing for therapeutic environments. A review of research. John Wiley & Sons, 1979.

Cataldo, M.F., Bessman, C.A., Parker, L.H., Reid, J.E. y Rogers, M.C. Behavioral assessment for pediatric intensive care units. Journal of Applied Behavior Analysis, 1979, 12(1), 83-97.

Celedon, J.M., Csaszar, Middleton, D. y Andraca, I. The effect of treatment on mental and psycho-motor development of marasmic infants according to age of admission. Journal of Mental Deficiency Research, 1980, 24(1), 27-35.

Christiansen, N., Vuori, L., Mora, J.O. y Wagner, M. Social environment as it relates to malnutrition and mental development. Citado en: Ricciuti, H.N., Ambiente, nutrición y desarrollo mental. O.P.S., Publicación Científica No. 450, 1983, Washington, D.C.

Clarke-Stewart, A. Child care in the family. Nueva York, N.Y., Academic Press, 1977. Citado en: Ricciuti, H.N., Ambiente, nutrición y desarrollo mental. O.P.S., Publicación Científica No. 450, 1983, Washington, D.C.

Cornell, E. y Gottfried, A. Intervention with premature human infants. Child Development, 1976, 47, 32-39.

Cravioto, J. y Arrieta, R. Nutrición, desarrollo mental y aprendizaje. México, D.F., UNICEF, 1982.

Cravioto, J., Birch, H.G., De Licardie, E. R., Rosales, L. y Vega, L. The ecology of growth and development in a Mexican pre-industrial community. Report 1: Methods and findings from birth to one month of age. - Man Social Research Child Development, 1969, 34, 129. Citado en: Cravioto y Arrieta, Desarrollo Mental y Aprendizaje, México, D.F., UNICEF, 1982.

Cravioto, J. y Robles, B. Evolution of adaptive and motor behavior during rehabilitation from kwashiorkor. American Journal of Orthopsychiatry, 35:448-464, 1965. Citado en: O.P.S., Publicación Científica No. 450, 1983, Washington, D.C.

Di Blasio, P., Molinari, E. y Peri, G. Emotional responses of children from 1-5 years old hospitalized in two different ward contexts. Acta Medica Auxológica, 1984, Vol. 16(27), 153-164. En: Psychological Abstracts, abril 1986, 10077.

Glass, P., Avery, G., Kolinjavadi, S., Keys, M., Sostek, A. y Friendly, D. Effect of bright light in the hospital nursery on the incidence of retinopathy. The New England Journal of Medicine, 1985, 313(7) p. 401.

Gottfried, A.W., Wallace-Lande, P., Sherman-Brown, S., King, J., Coen, C. Physical and social environment of newborn infants in special care units. Science, 1981, 214, 673-675.

Grantham-McGregor, S.M., Stewart, M. y Desai, P. A new look at the assessment of mental development in young children recovering from severe malnutrition. Developmental Medicine and Child Neurology, 1978, 20(6), 773-778.

Herrera, M.C. Evolución conductual de niños recuperados de una desnutrición grave. (Tesis). México, D.F.: UNAM, Facultad de Psicología, 1984.

Insel, P.M. y Moos, R.H. Work environment scale. Palo Alto, Calif., Consulting Psychologists Press, Inc., 1974.

Jones, C.L. A step towards developing standards on environments for infants. EDRA 8: 1978, Washington, D. C.

Jones, C.L. Effects of neonatal intensive care unit (ICU) environments on premature infants and staff. EDRA 12: 1981, Washington, D.C. (pp 205-215).

Klein, R.E., et al. Is big smart? The relation of growth to cognition. Journal of Health and Social Behavior, 1972, 13, 219-225. Citado en: Ricciuti, H.N., Ambiente, nutrición y desarrollo mental. O.P.S. Publicación Científica No. 450, 1983, Washington, D.C.

Klein, R.E., Yarbrough, C., Lasky, R.E. y Habitch, J.P. Correlation of mild to moderate protein-calorie malnutrition among rural Guatemalan infants and pre-school children. Citado en: Ricciuti, H.N., Ambiente, nutrición y desarrollo mental. O.P.S. Publicación Científica No. 450, 1983, Washington, D.C.

Lawson, K., Daum, C., Turkewitz, G. Environmental characteristics of a neonatal intensive care unit. Child Development, 1977, 48, 1633-1639.

Lawson, K., Turkewitz, G., Platt, M. y McCarton, C. Infant state in relation to its environmental context. Infant Behavior and Development, 1985, 8(3), 269-281.

Lawton, P. The human being and the institutional building. En: Lang, J., Moleski, W. y Vachon, D. Designing for human behavior. Architecture and the behavioral science. Dowden, Hutchinson & Ross, Inc. Stroudsboung, Penn. 1974.

Marton, P.L., Dawson, H., Minde, K. The interaction of ward personnel with infants in the premature nursery. Infant Behavior and Development, 1980, 3, 307-313.

Mehrabian, A. Public places and private spaces. Basic Books Inc., Publishers, New York, 1976.

Mehrabian, A. y Russell, J.A. An approach to environmental psychology. Massachusetts Institute of Technology, 1974.

Mercado, S. y Delahantry, G. Escala de habitabilidad y funcionalidad general de edificios e instalaciones. Manuscrito inédito, 1983.

Moore, S. Mother-child interactions and competence in infants and toddlers: A research review. Young Children, 1977, 32, 64-88. Citado en: Cravioto, J. y Arrieta, R., Nutrición, desarrollo mental y aprendizaje. México, D.F., UNICEF, 1982.

Moos, R. Evaluating treatment environments, A social ecological approach. John Wiley & Sons, 1974, E.U.A.

Organización Mundial de la Salud. Tratamiento de la malnutrición proteínoenergética grave. Ginebra, 1982.

Organización Panamericana de la Salud. Desnutrición, aprendizaje y comportamiento, Publicación Científica No. 352, Washington, D.C. 1977, p. 7.

Piserchia, E.A., Bragg, C.F. y Alvarez, M.M. Play and play areas for hospitalized children. Children's Health Care, 1982, 10(4), 135-138.

Powell, L. The effect of extra stimulation and maternal involvement on the development of low-birth-weight infants and on maternal behavior. Child Development, 1974, 45, 106-113.

Ricciuti, H.N. Ambiente, nutrición y desarrollo mental. O.P.S., Publicación Científica No. 450, 1983, Washington, D.C.

Scarr-Salapatek, S. y Williams, M. The effect of early stimulation on low-birth weight infants. Child Development, 1973, 44, 94-101.

Secretaría de Programación y Presupuesto. Información Estadística Sector Salud y Seguridad Social. Cuaderno No. 3. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México, 1984.

Secretaría de Programación y Presupuesto. Información Estadística Sector Salud y Seguridad Social Cuaderno No. 4. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México, 1985.

Secretaría de Salud. Anuario Estadístico 1984. Dirección General de Información y Evaluación. México, 1985.

Sommer, R., 1976. Citado en: Siegel, M. y Zeigler, P. Psychological research: the inside story. New York, Harper and Row, 1976, cap. 8 pp 379-392.

Stone, P. The heroic years. The Architects' Journal Diciembre 15, 1976. Citado en: Canter, D. The environmental context of nursing: looking beyond the ward. Que aparecerá en Skavington, S. (ed.) Social Psychology and Nursing. Chichester, Wiley, 1983. Cap. 11.

Trites, D., Galbraith, F., Sturdavant, M. y Leckwort, J. Influence of nursing-unit design on the activities and subjective feelings of nursing personnel. Environment and Behavior, 1970, 2(3). Citado en: Canter, D., The environmental context of nursing: looking beyond the ward. Que aparecerá en Skevington, S. (ed.) Social Psychology and Nursing. Chichester, Wiley, 1983, p. 12

Vega Franco, L. Temas cotidianos sobre alimentación y nutrición en la infancia. Francisco Méndez Cervantes Editor, México, 1983.

Willems, E. 1976. Citado en: Altman, Irwing y Wohlwill, J. Human behavior and environment. Vol. 1, Plenum Press, New York, 1976, Cap. 6

Yatkin, U.S. y MacLaren, D.S. The behavioral development of infants recovering from severe malnutrition. Journal of Mental Deficiency Research, 1970, 14, 25. Citado en: Cravioto, J. y Arrieta, R., Nutrición, desarrollo mental y aprendizaje. México, D.F., UNICEF, 1982. (p. 38)

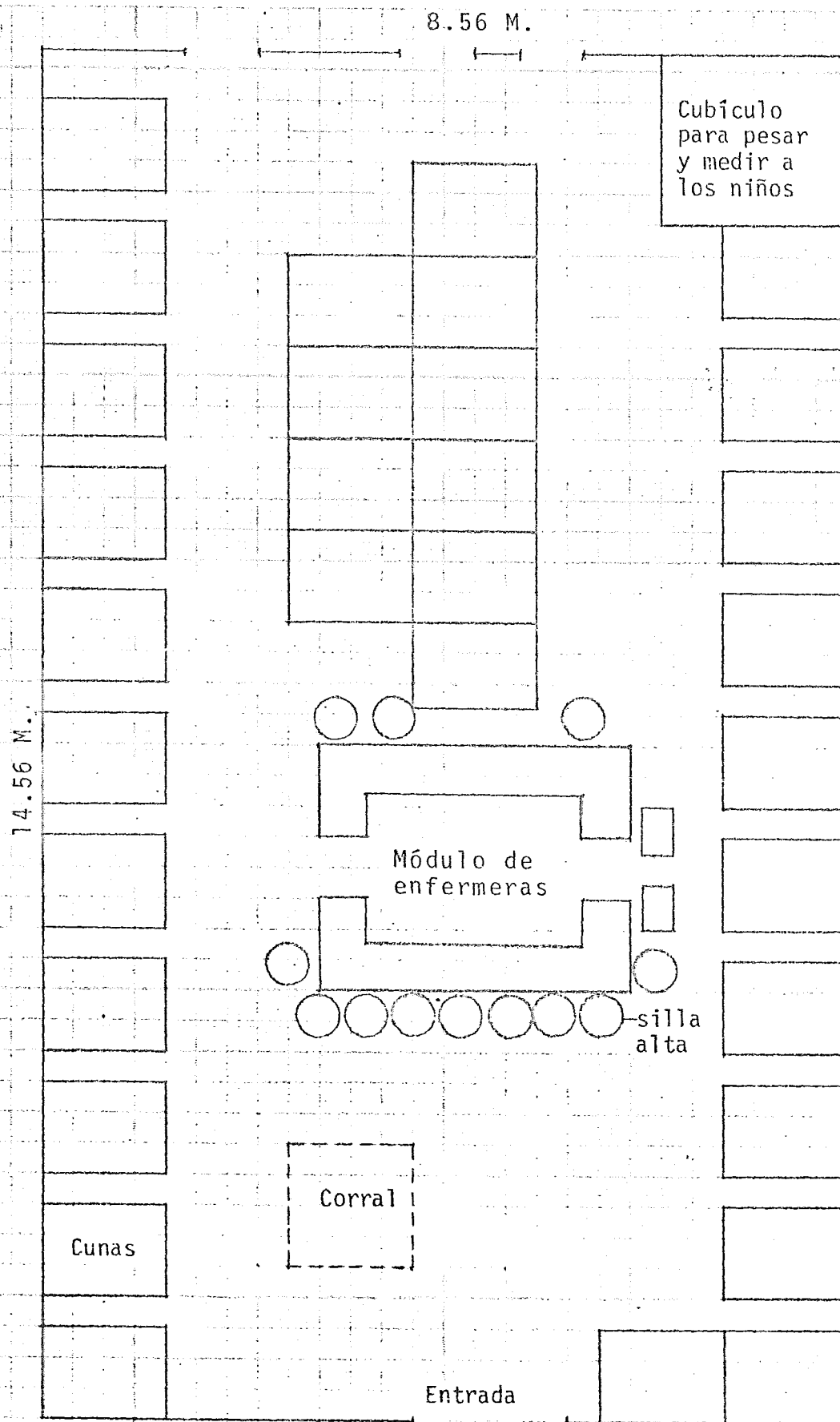


Fig. 1.- Plano de la sala.

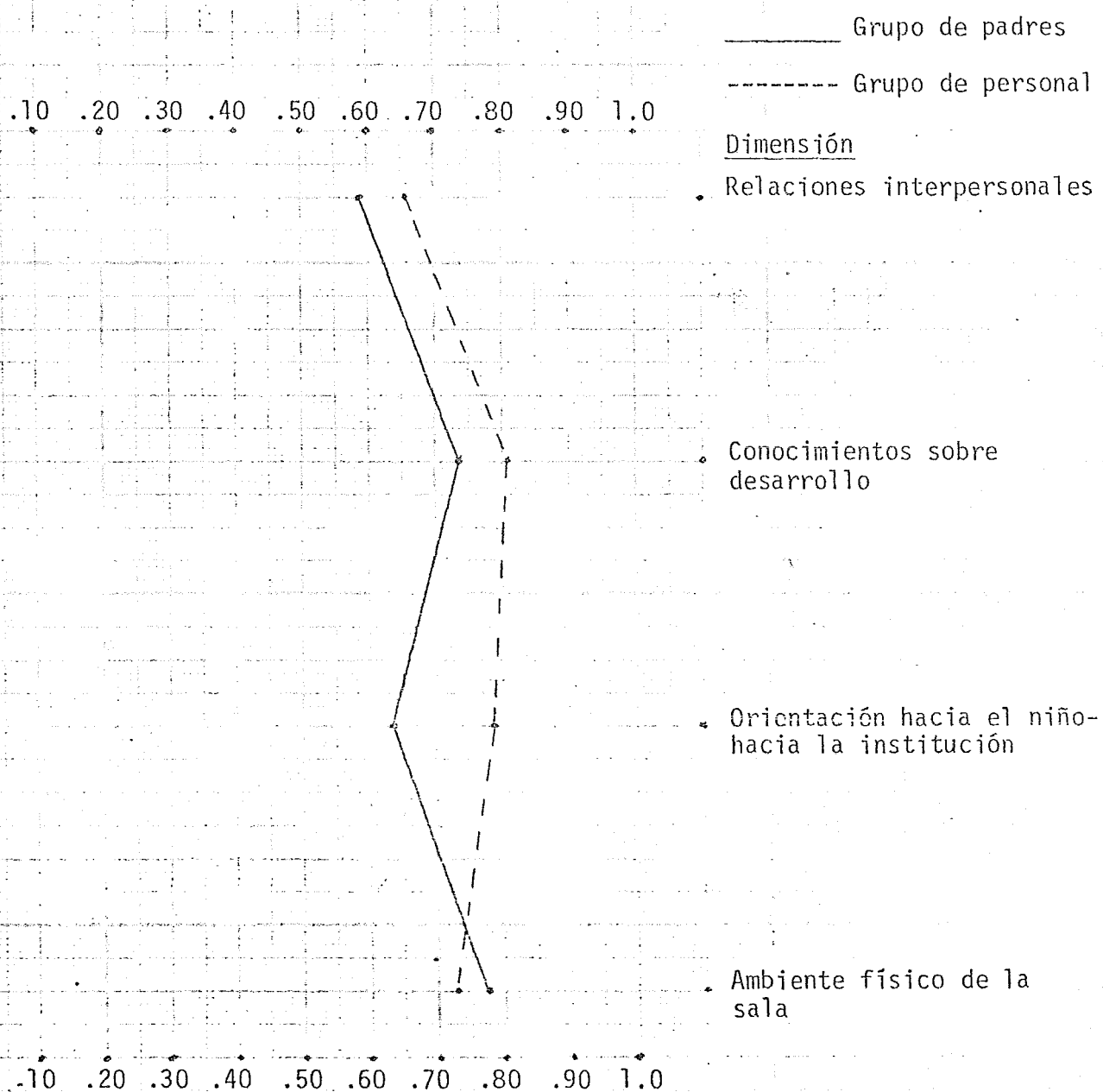


Fig. 2.- Perfiles de los grupos de padres y de personal de la escala de evaluación ambiental.

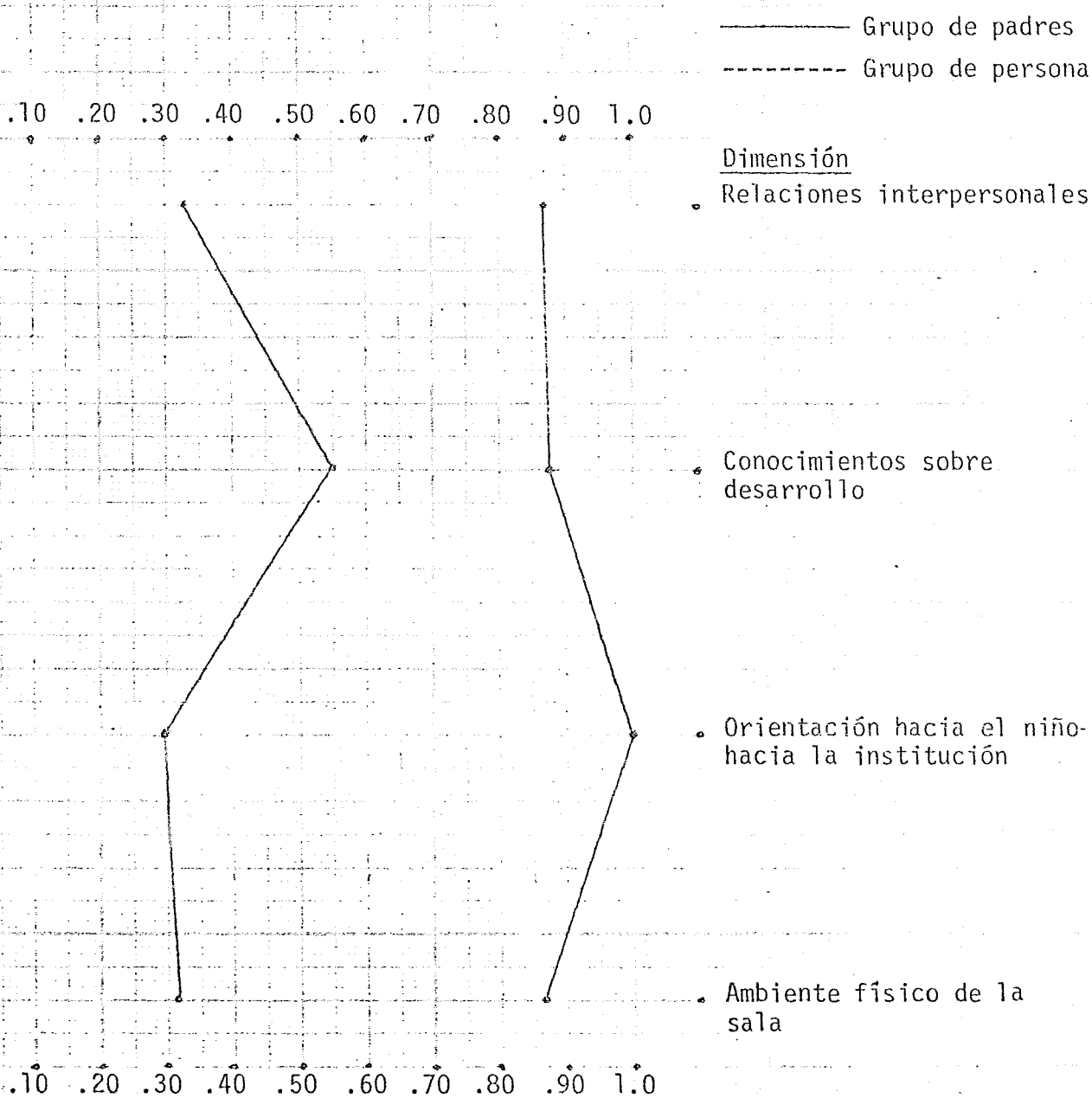


Fig. 3.- Ejemplos de puntajes individuales del grupo de padres, ubicados en los extremos del perfil, de la escala de evaluación ambiental.

.10 .20 .30 .40 .50 .60 .70 .80 .90 1.0

Dimensión

• Relaciones interpersonales

• Conocimientos sobre desarrollo

• Orientación hacia el niño-hacia la institución

• Ambiente físico de la sala

.10 .20 .30 .40 .50 .60 .70 .80 .90 1.0

Fig. 4.- Ejemplos de puntajes individuales del grupo de personal, ubicados en los extremos del perfil, de la escala de evaluación ambiental.

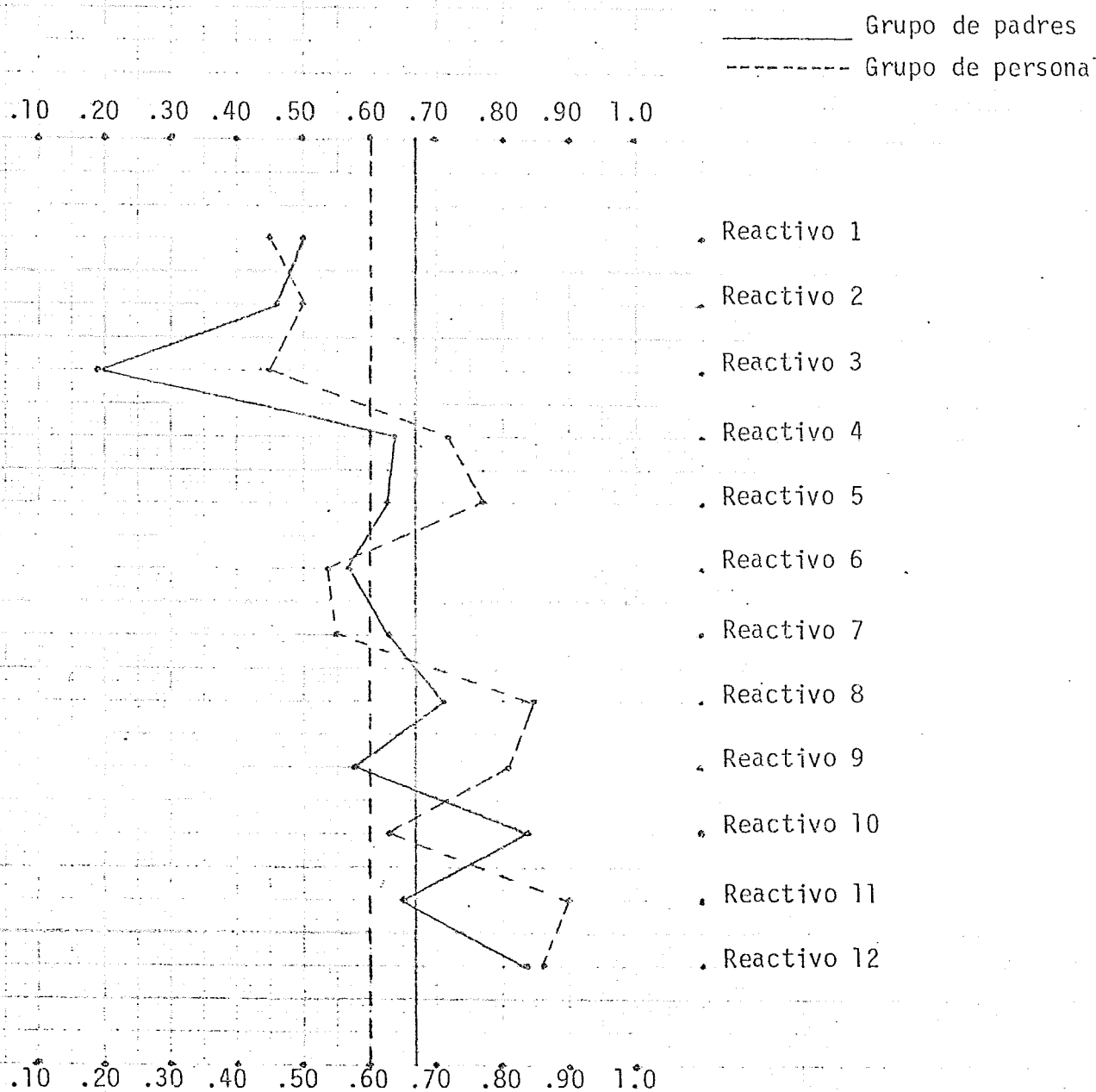


Fig. 5.- Perfiles de los grupos de padres y de personal en la dimensión de relaciones interpersonales de la escala de evaluación ambiental, presentados como una proporción de respuestas en cada reactivo.

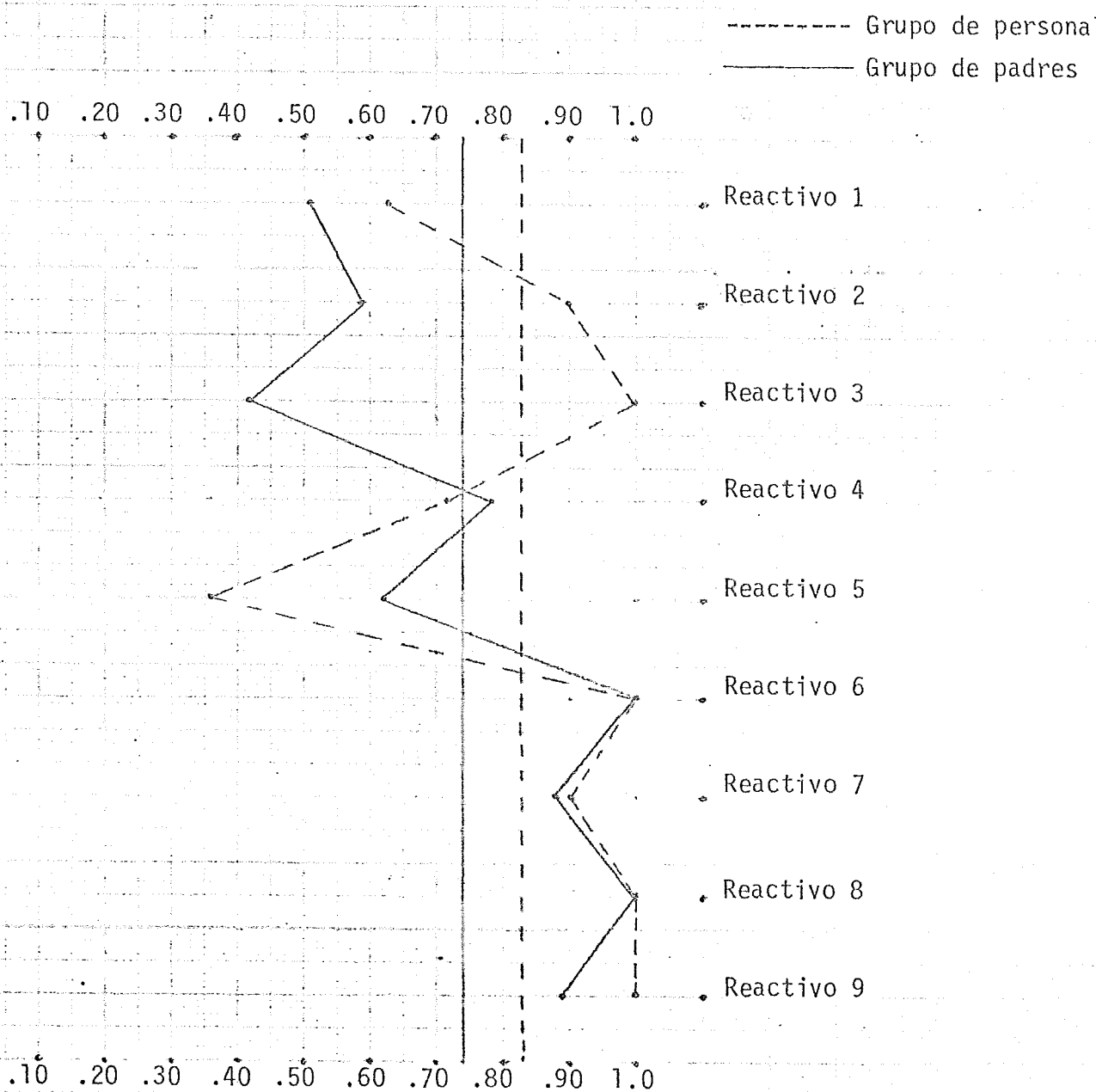


Fig. 6.- Perfiles de los grupos de padres y personal en la dimensión de conocimientos sobre desarrollo de la escala de evaluación ambiental, presentados como una proporción de respuestas en cada reactivo.

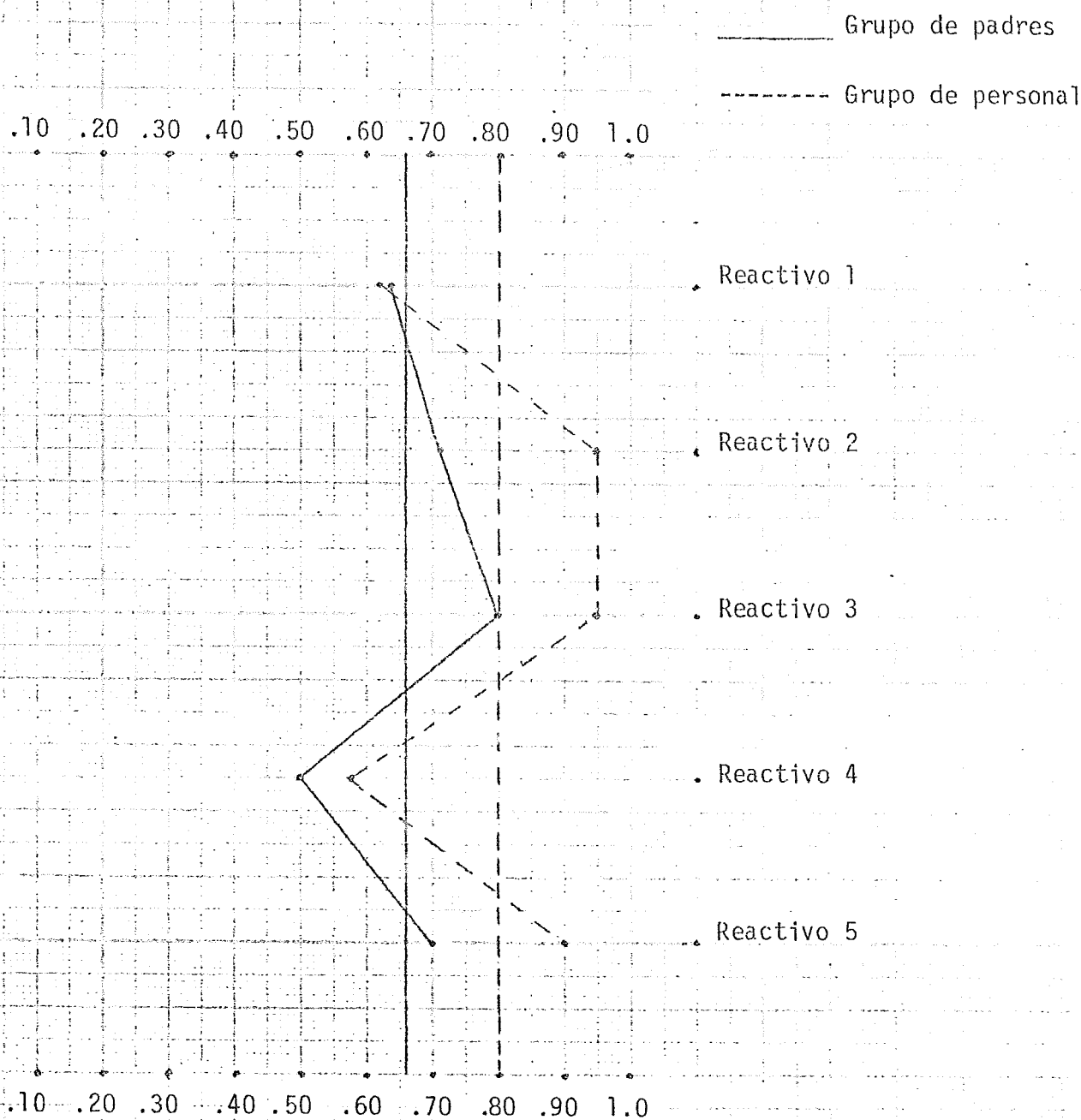


Fig. 7.- Perfiles de los grupos de padres y personal en la dimensión de orientación hacia el niño-hacia la institución de la escala de evaluación ambiental, presentados como una proporción de respuestas en cada reactivo.

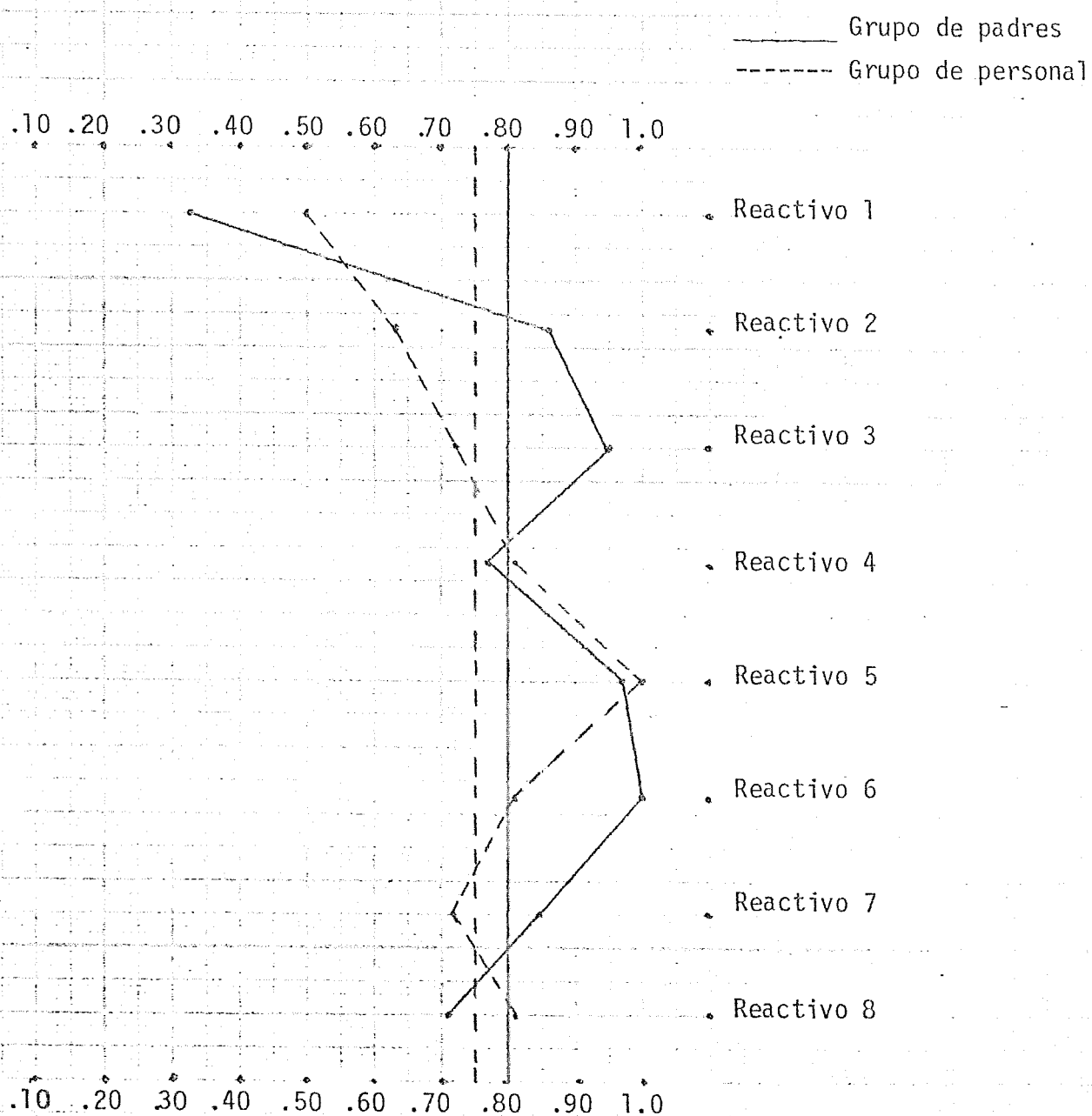


Fig. 8.- Perfiles de los grupos de padres y personal en la dimensión de ambiente físico de la sala de la escala de evaluación ambiental, presentados como una proporción de respuestas en cada reactivo.

.10 .20 .30 .40 .50 .60 .70 .80 .90 1.0

Dimensión

Expectativas de superación

Relaciones entre el personal

Ambiente físico del lugar de trabajo

Organización, control y claridad de programas

.10 .20 .30 .40 .50 .60 .70 .80 .90 1.0

Fig. 9.- Perfil global del grupo de personal en la parte de la escala de evaluación ambiental aplicada únicamente a este grupo.

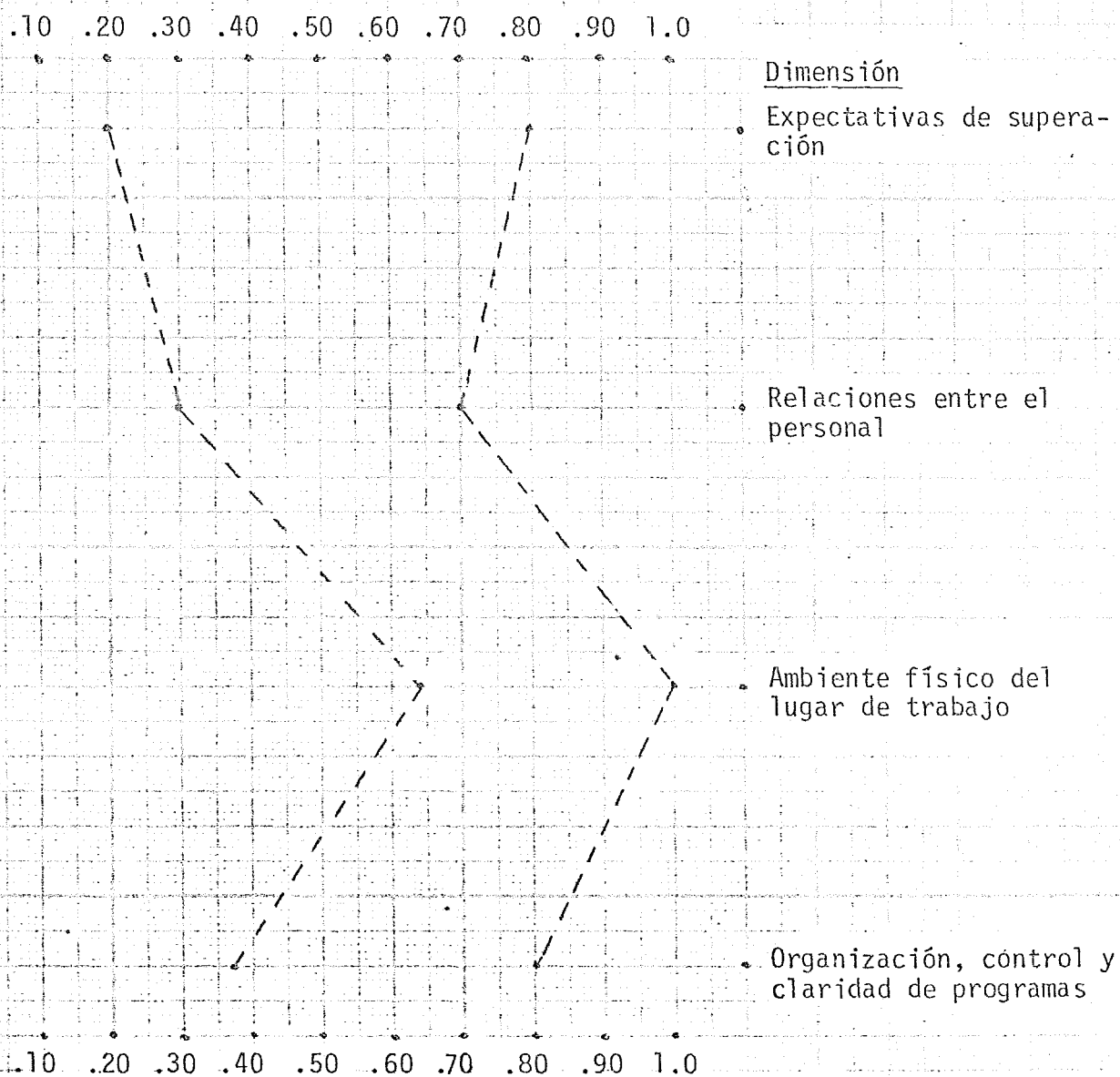


Fig. 10.- Ejemplos de calificaciones individuales del grupo de personal en los extremos del perfil, en la parte de la escala de evaluación ambiental aplicada únicamente a este grupo.

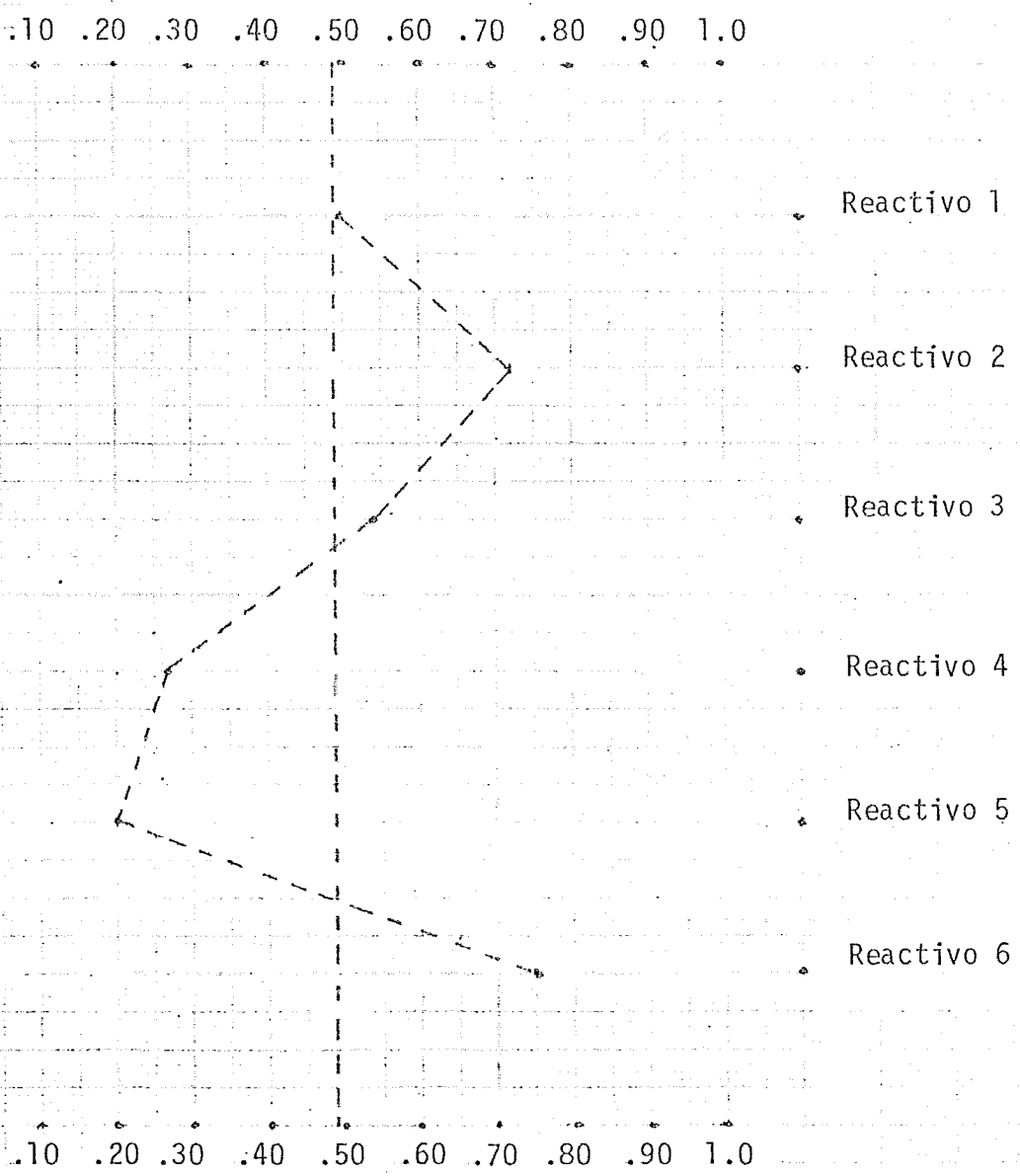


Fig. 11.- Perfil del grupo de personal en la dimensión de expectativas de superación de la escala de evaluación ambiental, presentado como una proporción de respuestas en cada reactivo.

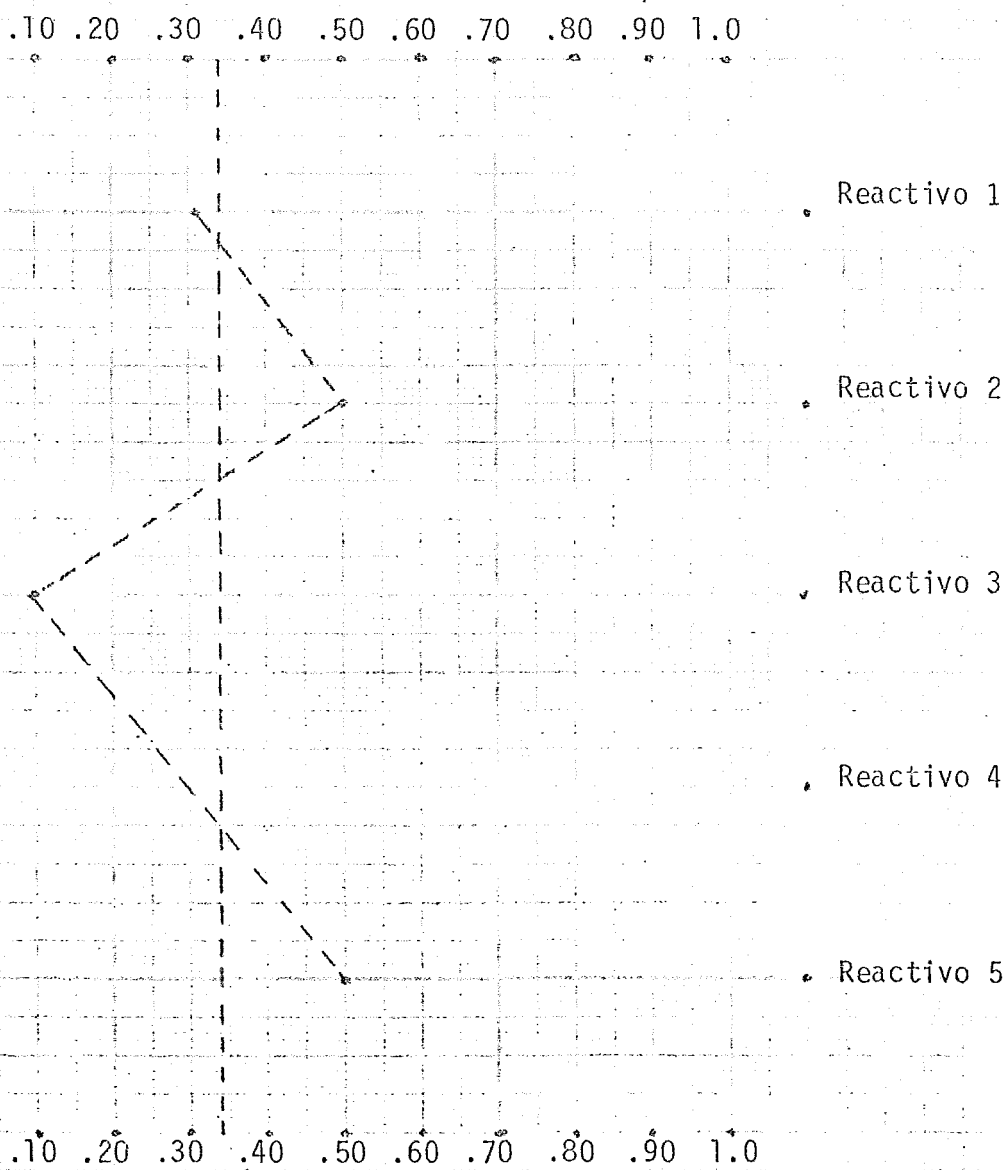


Fig. 12.- Perfil del grupo de personal en la dimensión de relaciones entre el personal de la escala de evaluación ambiental, presentado como una proporción de respuestas en cada reactivo.

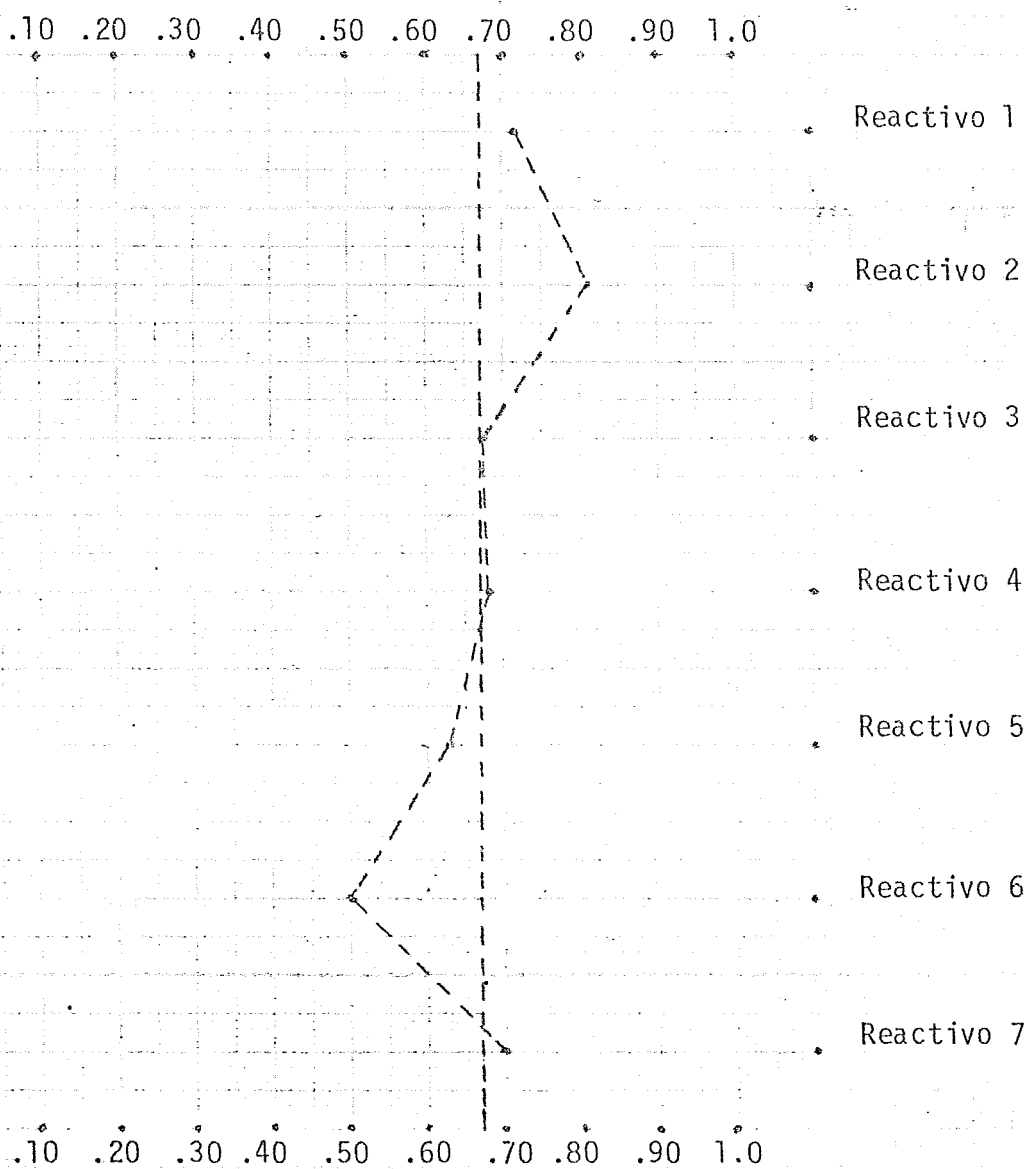


Fig. 13.- Perfil del grupo de personal en la dimensión de ambiente físico del lugar de trabajo de la escala de evaluación ambiental, presentado como una proporción de respuestas en cada reactivo.

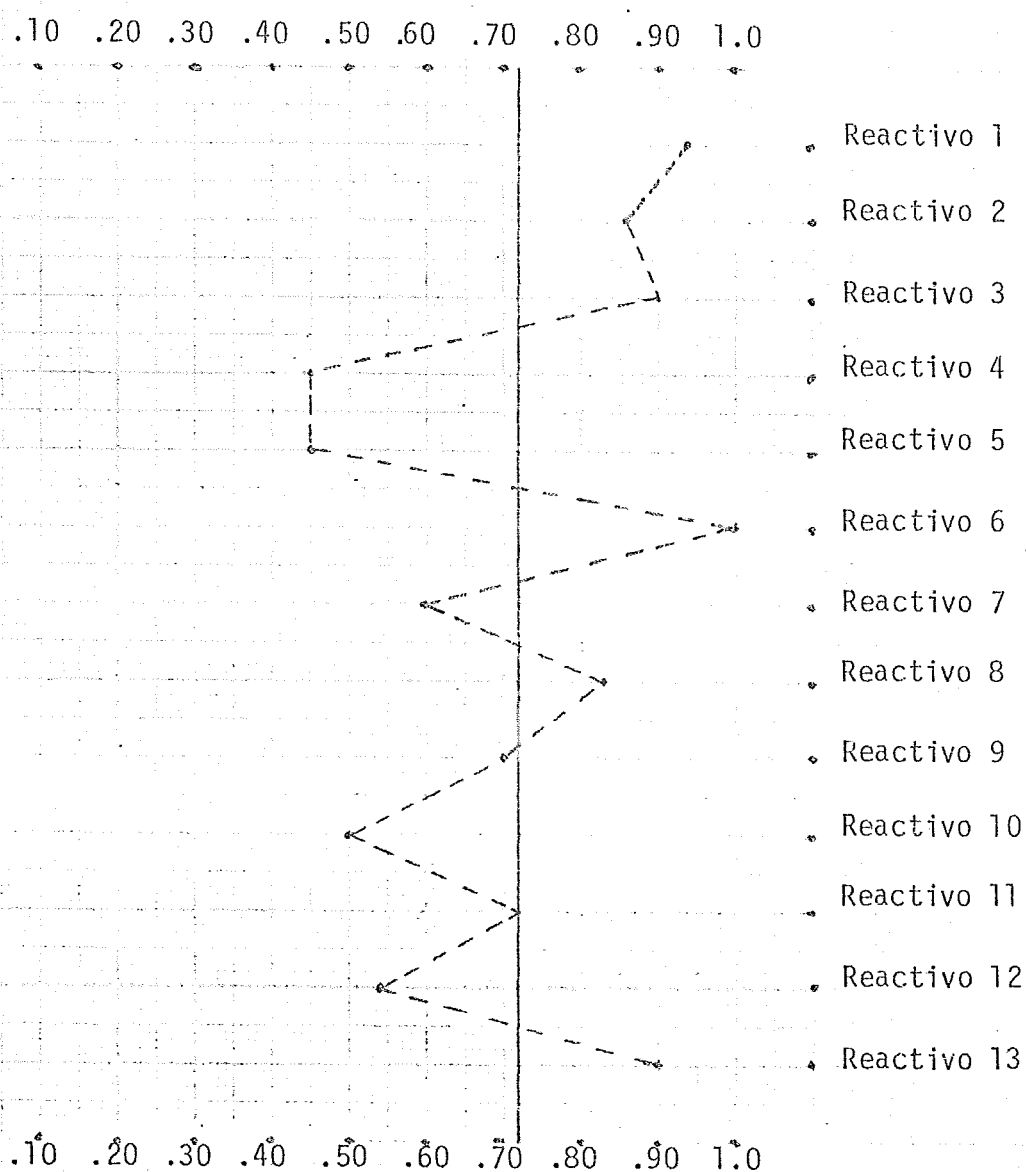


Fig. 14.- Perfil del grupo de personal en la dimensión de organización, control y claridad de programas de la escala de evaluación ambiental, presentado como una proporción de respuestas en cada reactivo.

<u>DIMENSION</u>	<u>COEFICIENTE</u> <u>ALPHA</u>
Relaciones interpersonales	0.82270
Conocimientos sobre desarrollo	0.63664
Orientación hacia el niño-hacia la institución	0.81026
Ambiente físico de la sala	0.75669
Superación	0.65104
Relaciones entre el personal	0.62055
Ambiente físico del lugar de trabajo	0.87034
Organización, control y claridad de programas	0.67909

Figura 15.- Coeficientes Alpha de confiabilidad para las dimensiones de la escala de evaluación ambiental.

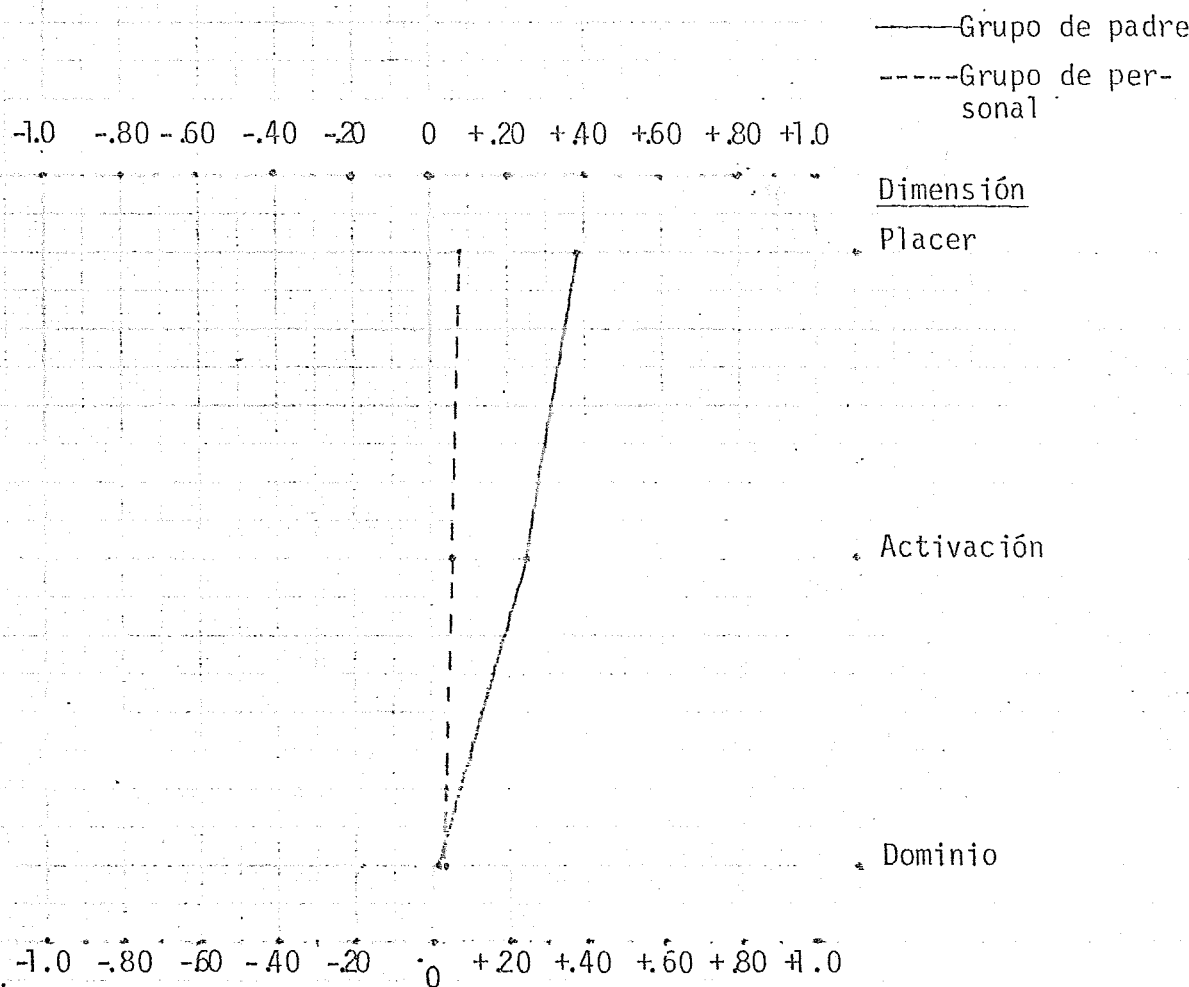


Fig. 16.- Perfiles de los grupos de padres y personal de la escala de impacto emocional.

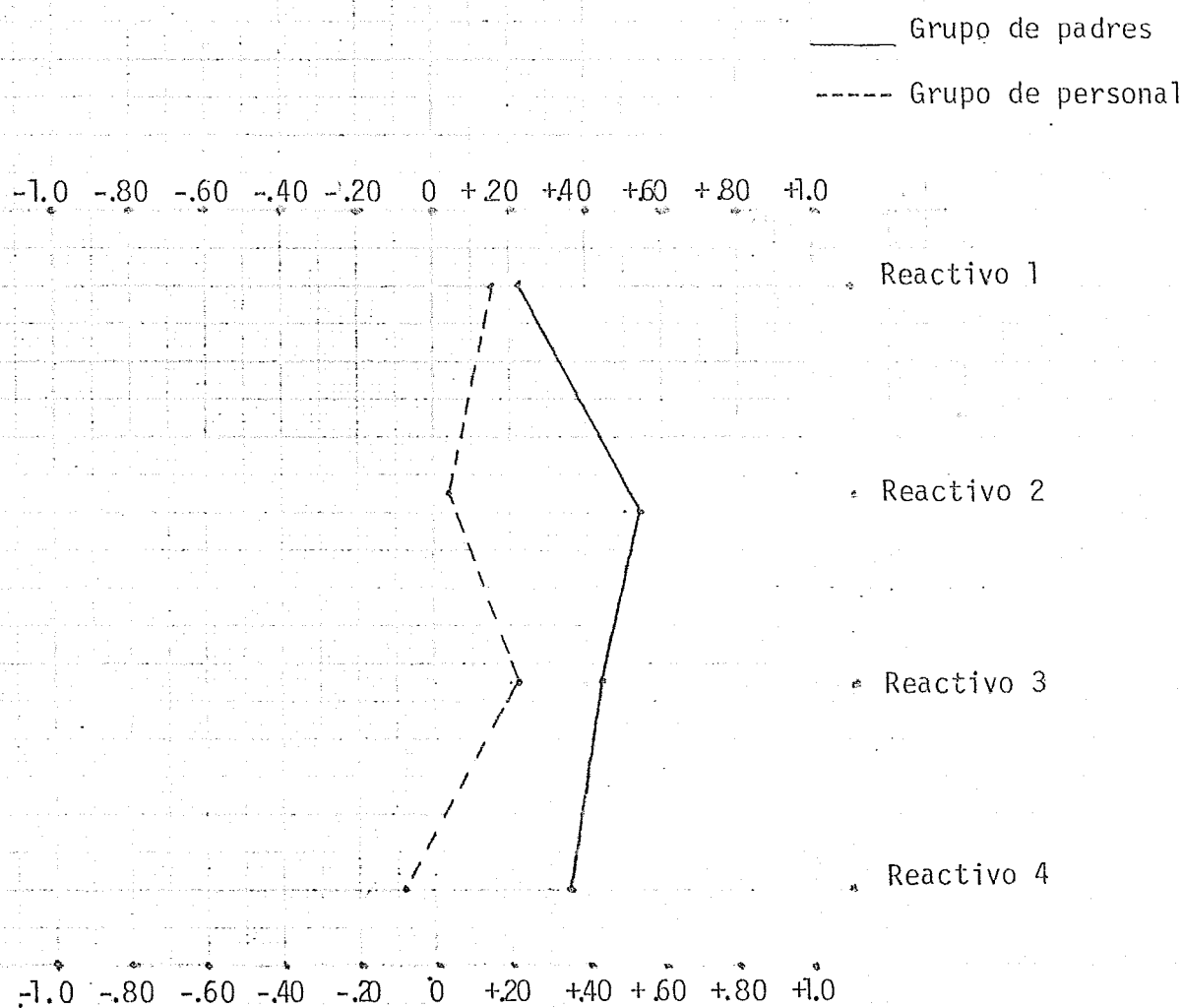


Fig. 17.- Perfiles de los grupos de padres y personal en la dimensión de placer de la escala de impacto emocional, presentados como una proporción de respuestas en cada reactivo.

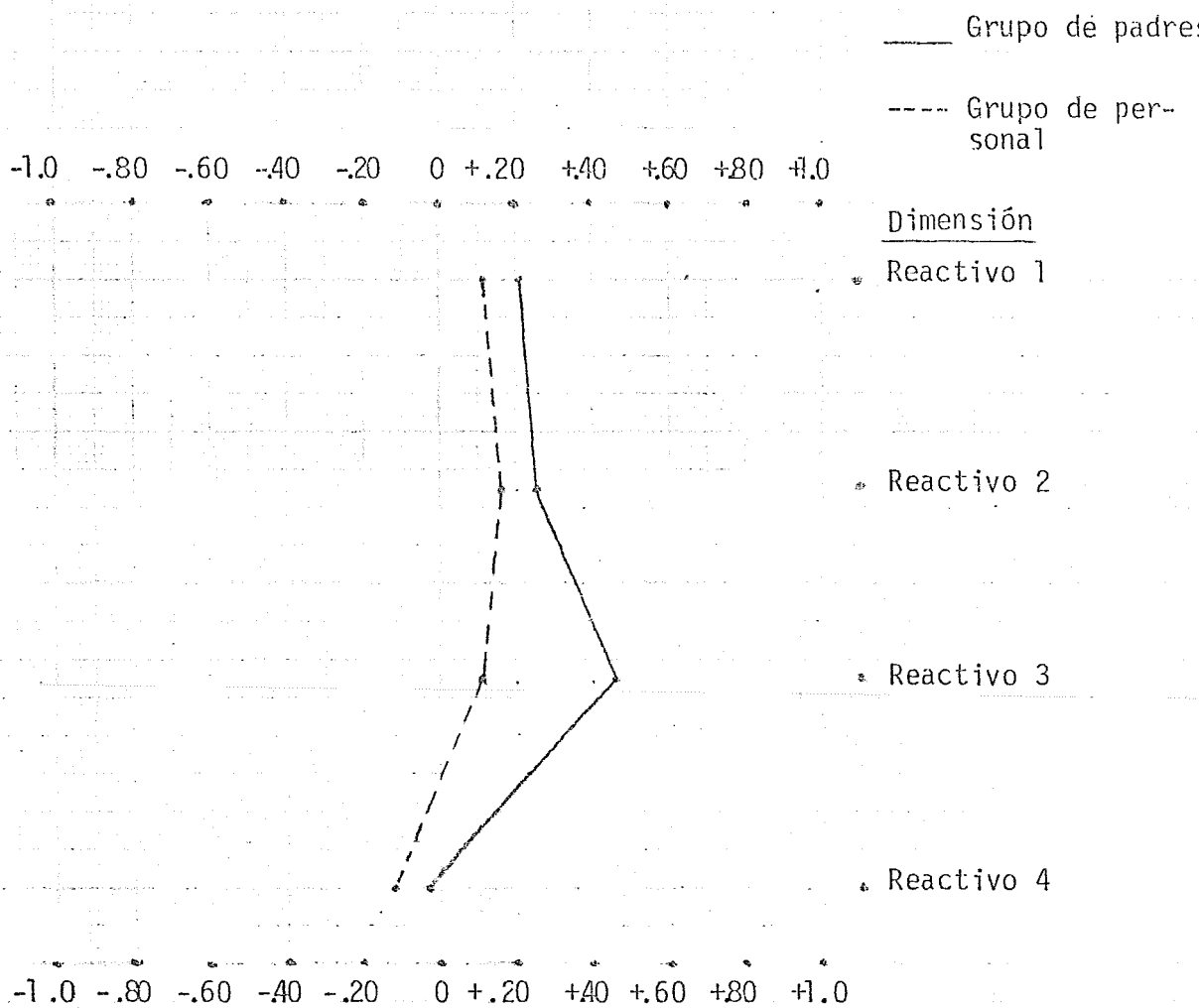


Fig. 18.- Perfiles de los grupos de padres y personal en la dimensión de activación de la escala de impacto emocional, presentados como una proporción de respuestas en cada reactivo.

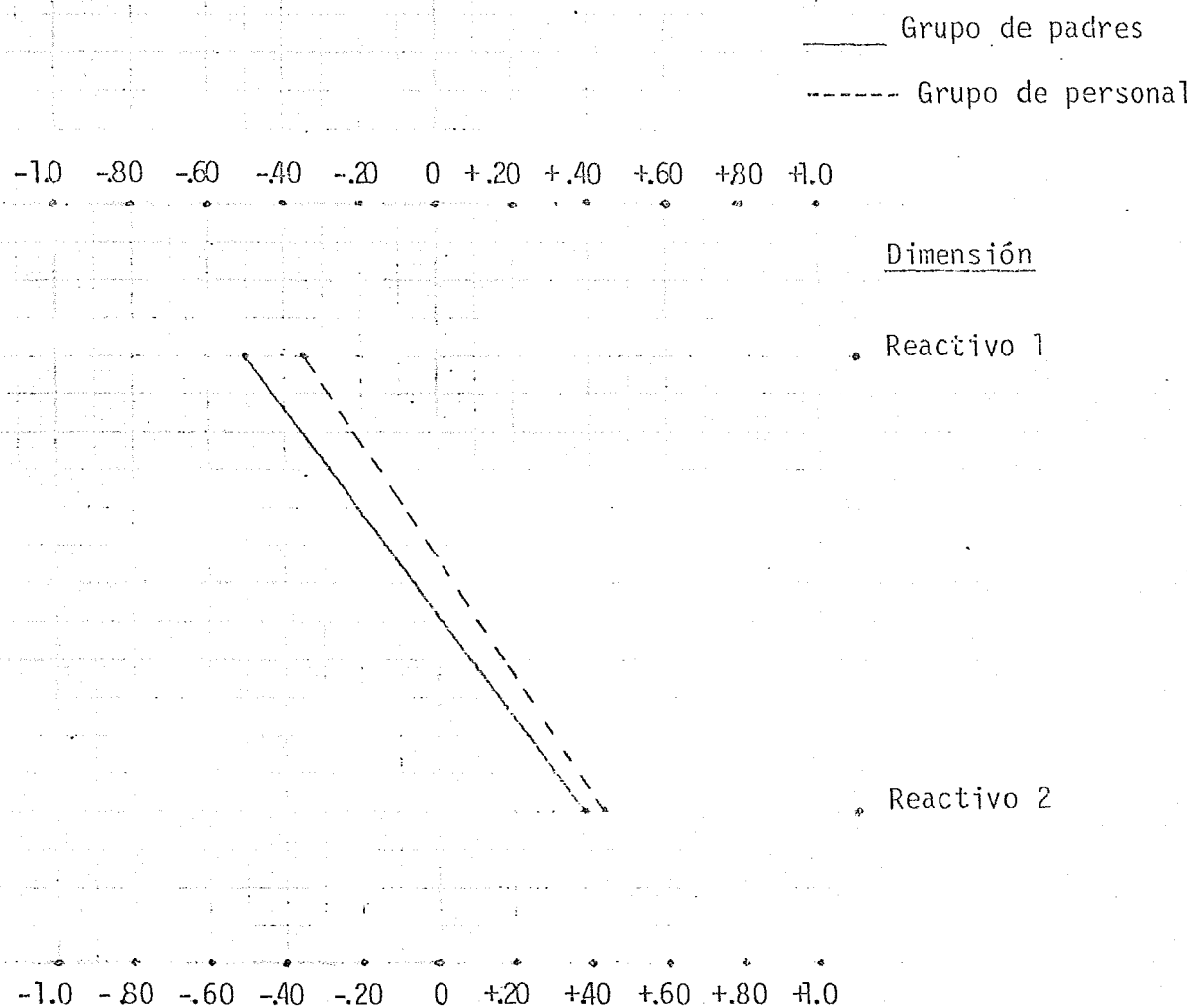
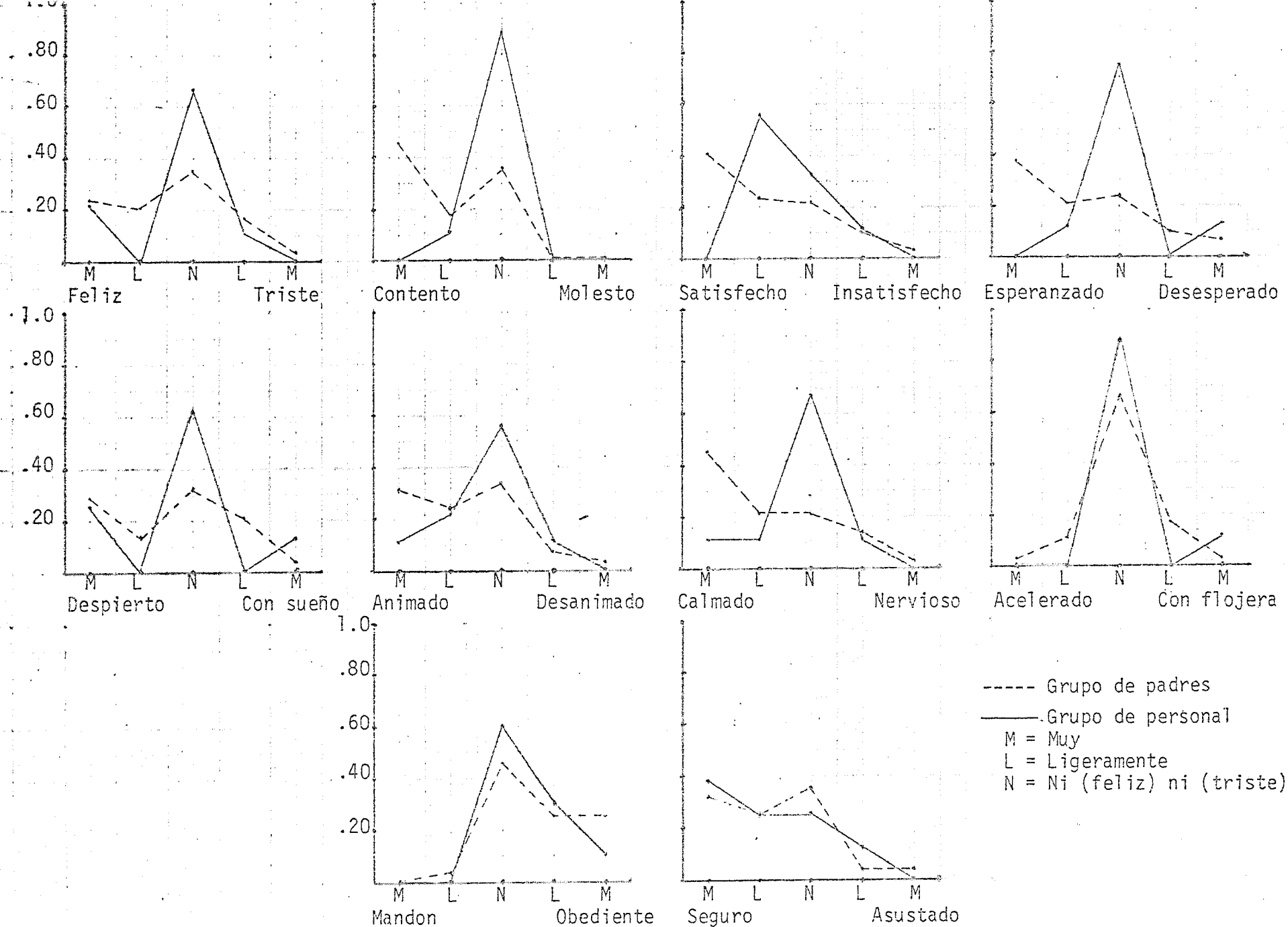


Fig. 19.- Perfiles de los grupos de padres y personal en la dimensión de dominio de la escala de impacto emocional, presentados como una proporción de respuestas en cada reactivo.



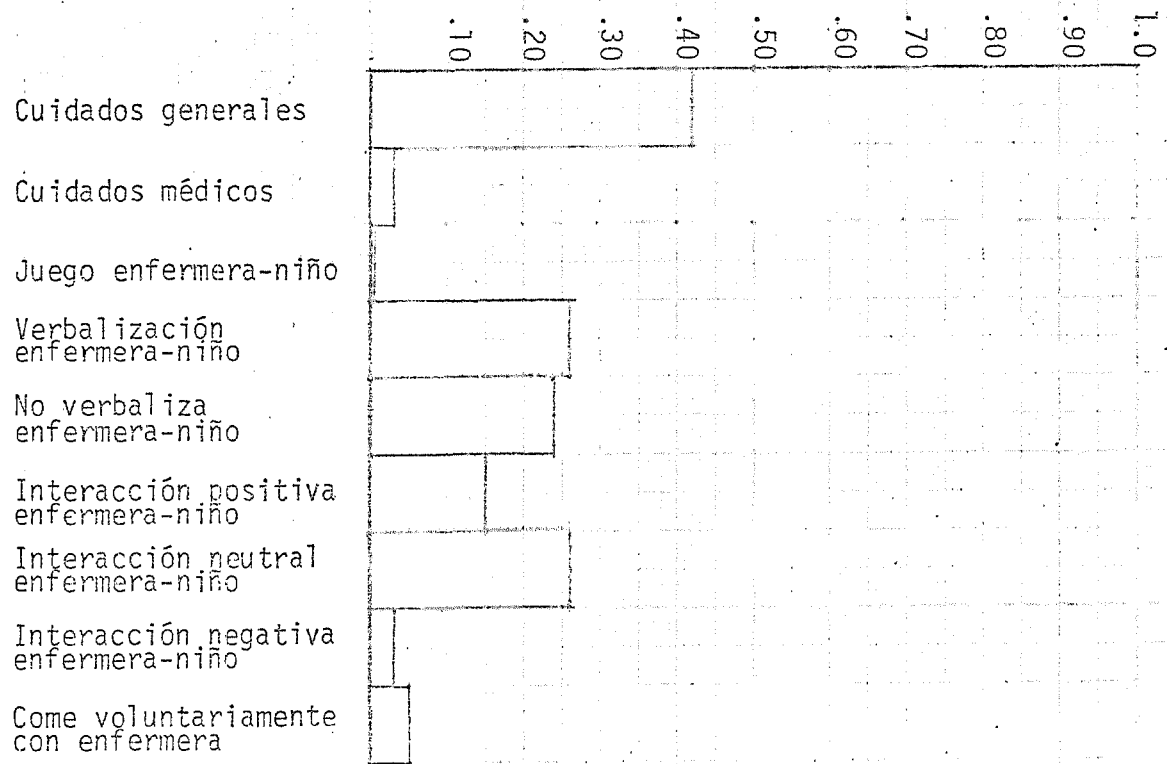


Fig. 21.- Proporción de emisión de conductas del grupo de personal hacia los niños, en 117 intervalos observados.

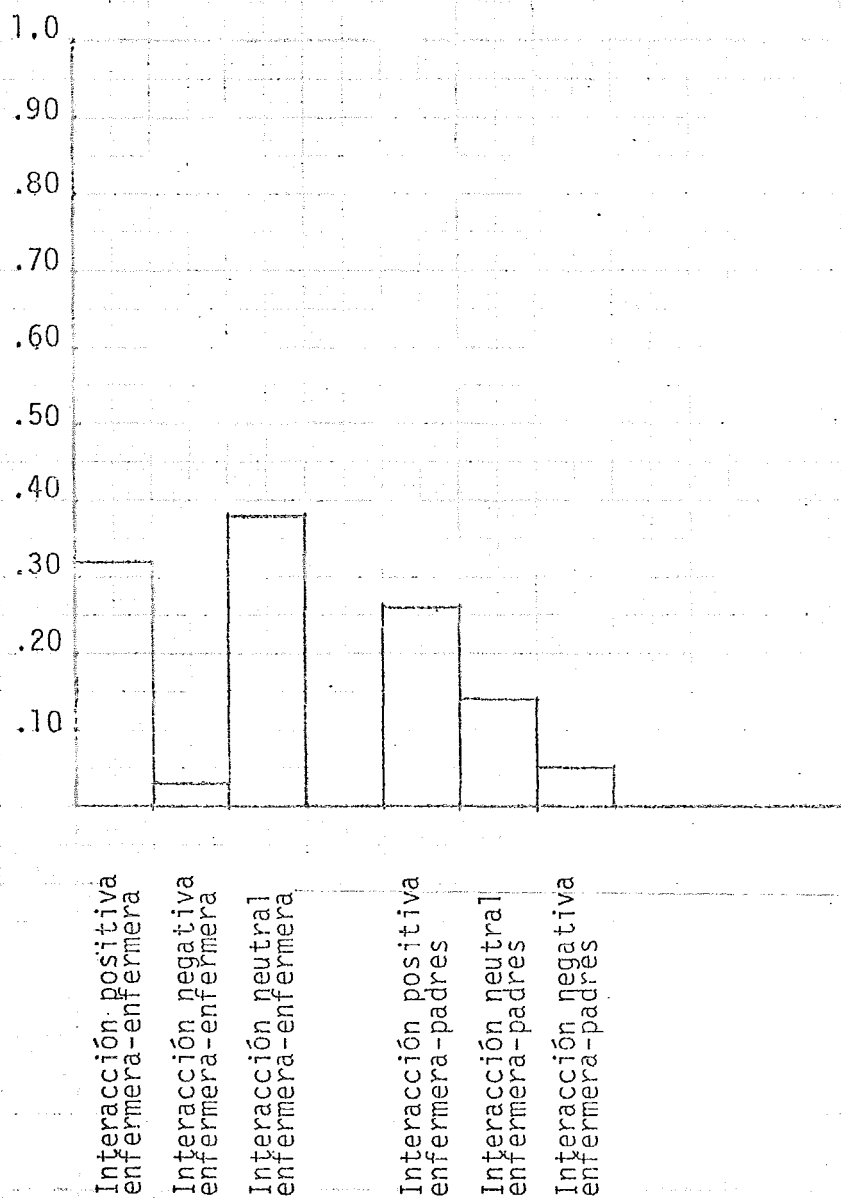


Fig. 22.- Proporción de emisión de conductas de interacción entre el grupo de personal y el grupo de padres, en 117 intervalos de observación.

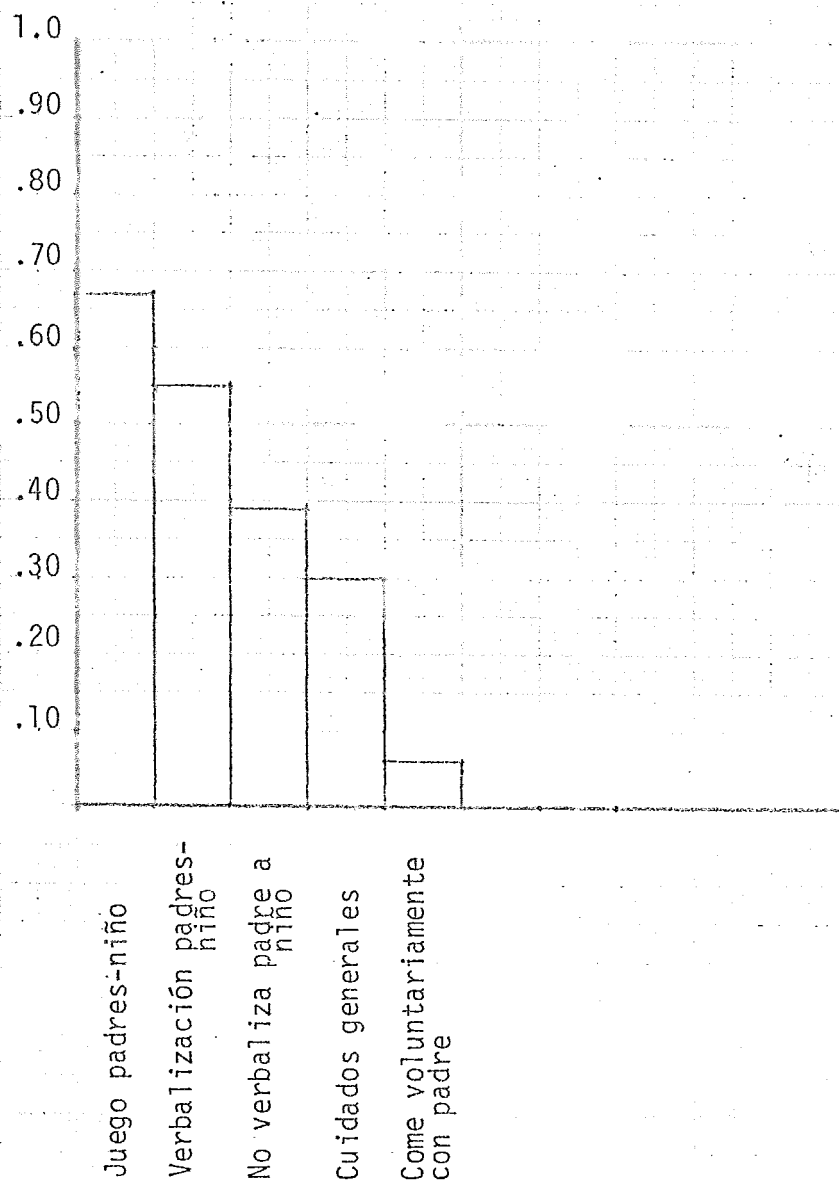
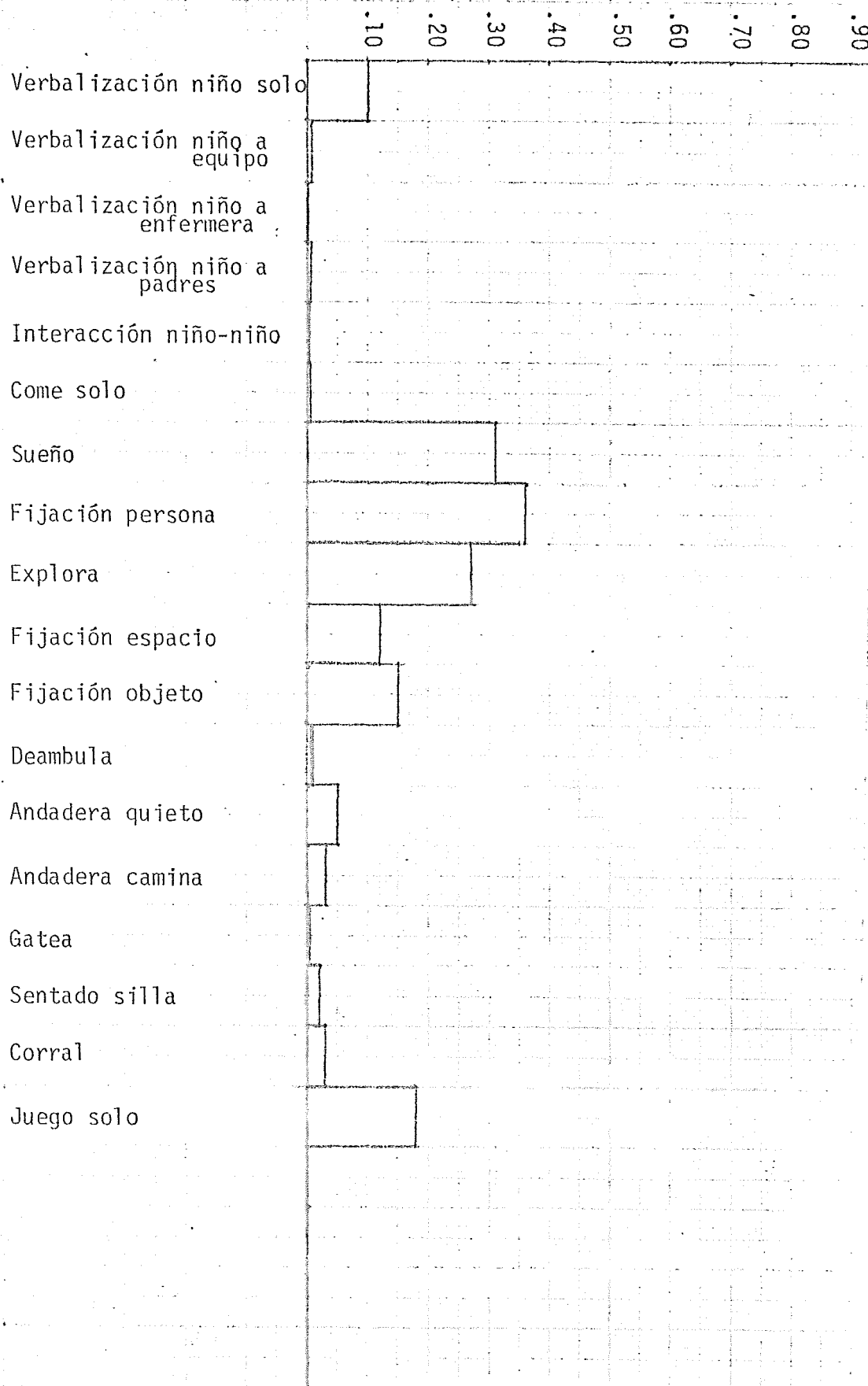


Fig. 23.- Proporción de emisión de conductas de interacción entre los padres y los niños, en 49 intervalos de observación.

Fig. 24.- Proporción de emisión de conductas del grupo de niños en 992 intervalos de observación.



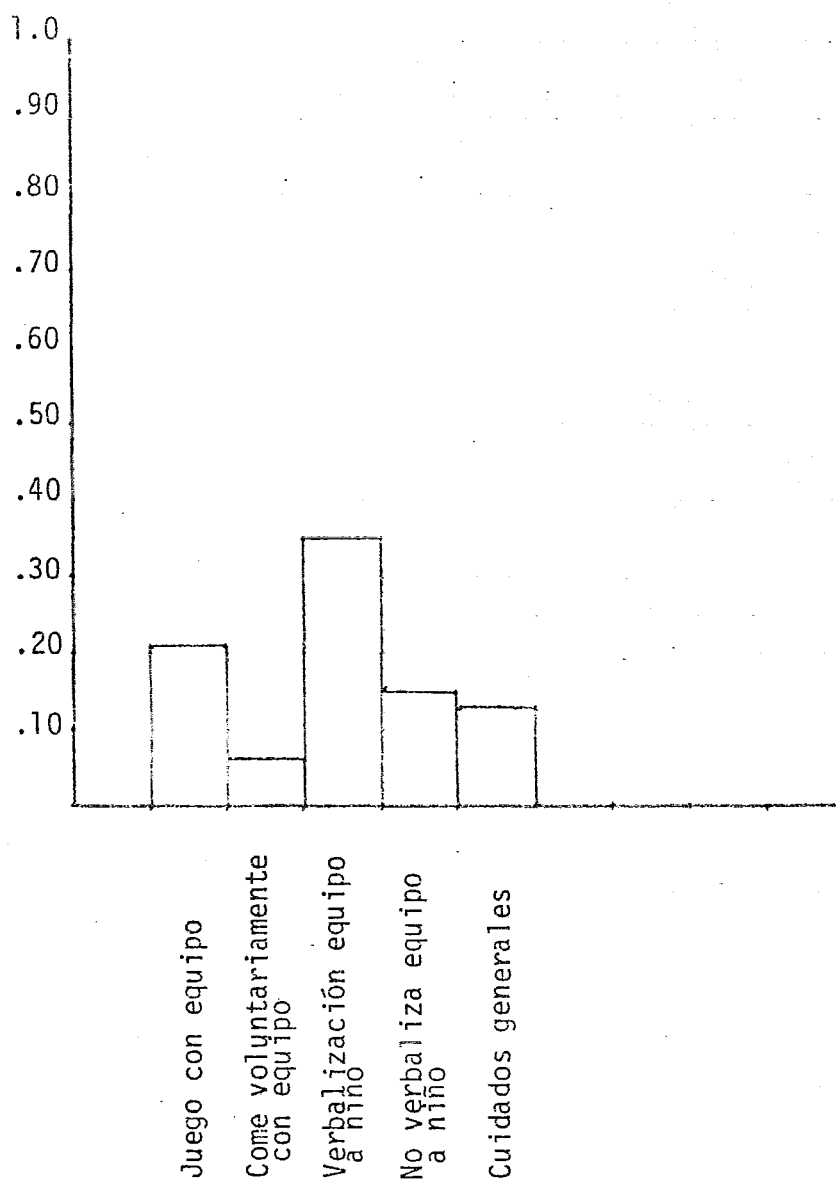


Fig. 25.- Proporción de emisión de conductas del grupo de puericultistas, en 68 intervalos de observación.

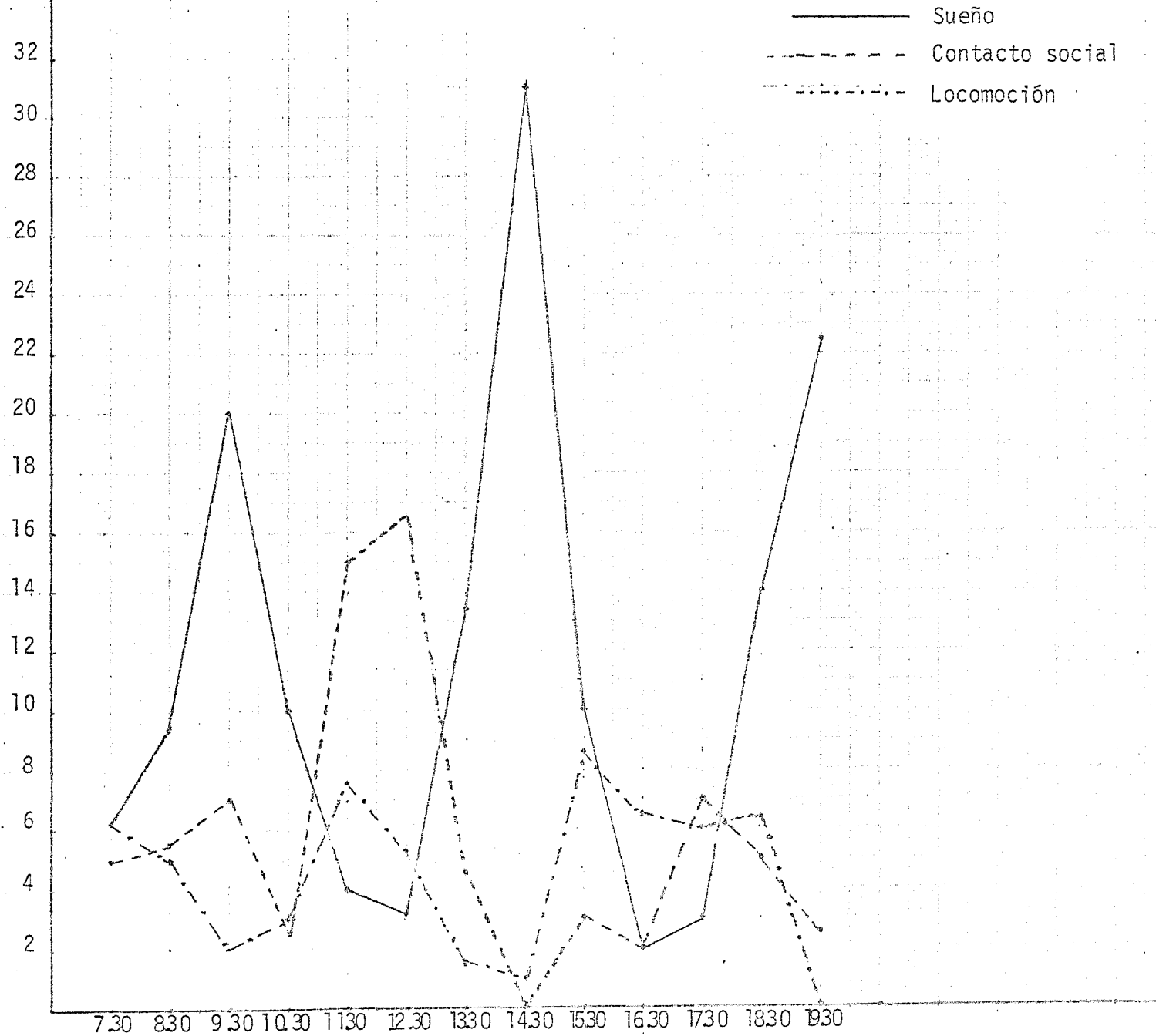


Fig. 26.- Distribución a lo largo del horario de registro de las conductas de sueño, contacto social y locomoción.

ESCALA DE EVALUACION AMBIENTAL

Definición de sus dimensiones.-

Dimensión de relaciones interpersonales: el grado en que los individuos se apoyan y ayudan unos a otros.

Dimensión de conocimientos sobre desarrollo: la opinión del sujeto sobre prácticas elementales de crianza y cuidado del niño.

Dimensión de orientación hacia el niño-hacia la institución: el grado en el que la rutina de la sala obedece a las necesidades de los pacientes o al mantenimiento de programas o rutinas de trabajo independientemente de las necesidades de los pacientes.

Dimensión de ambiente físico de la sala: la percepción de los habitantes de la sala de la adecuación o inadecuación de las instalaciones para la recuperación de los pacientes.

Dimensión de expectativas de superación: los proyectos de mejora y cambio de posición de los sujetos.

Dimensión de relaciones entre el personal: el grado en el que los miembros del personal de la sala se apoyan y ayudan unos a otros.

Dimensión del ambiente físico del lugar de trabajo: se refiere al sentimiento de comodidad o incomodidad que las instalaciones provocan en los miembros del personal para la realización de su trabajo.

Dimensión de organización, control y claridad de programas: se refiere a la percepción que los miembros del personal de la sala tienen del grado en que el trabajo está organizado, está supervisado y el grado en el que conocen sus tareas y la forma de realizarlas.

ESCALA DE EVALUACION AMBIENTAL

Distribución de los reactivos en las dimensiones.-

Dimensión de relaciones interpersonales:

- El personal de esta sala explica a las madres en qué consiste el tratamiento de sus niños.
- El personal de esta sala tiene tiempo para darle ánimo a los padres de los niños.
- El personal de esta sala acepta que las mamás le hagan críticas.
- El personal de esta sala contesta amablemente las quejas de las madres.
- Aquí el personal es muy amable con las madres.
- En esta sala las mamás se quejan del servicio que reciben.
- El personal de esta sala le dice a las mamás cómo va mejorando su niño.
- El personal de esta sala trata que las mamás que vienen a ver a sus niños se sientan bien.
- El personal de esta sala regaña a las mamás.

- Las madres de los niños discuten con el personal de esta sala.
- El personal de esta sala anima a las madres a que atiendan a sus hijos.
- El personal de esta sala explica a las madres lo que tienen que hacer cuando vienen de visita.

Dimensión de conocimientos sobre desarrollo:

- Es mejor que los bebés estén en su cuna durante el día.
- El bebé de meses debe estar envuelto en su cobija con los brazos y las piernas sujetos.
- Para rehabilitar al niño no se necesita otra cosa que medicinas y alimentación.
- El bebé de meses debe estar envuelto en su cobija pero con los brazos y las piernas libres para moverlos.
- Jugar con el niño no es necesario para rehabilitarlo.
- Es bueno dejar que el niño gatee.
- El niño aprende a hablar solo, sin que nadie le -

enseñe.

- Los niños necesitan jugar durante el día.
- El niño aprende a hablar cuando otras personas le hablan.

Dimensión de orientación hacia el niño-hacia la institución:

- Los niños tienen los juguetes a la mano.
- El personal de esta sala deja lo que está haciendo para atender a los niños.
- En esta sala se da importancia a que los niños - - aprendan a sentarse, a caminar o a hablar.
- El personal de esta sala tiene tiempo para jugar - con los niños.
- El personal de esta sala trata de hacer que los niños que vienen por primera vez se sientan bien.

Dimensión de ambiente físico de la sala:

- En esta sala hace falta el área de juego para los niños.
- Los muebles permiten que las mamás estén cómodas -

cuando visitan a sus niños.

- Los colores y la decoración hacen este lugar cálido y alegre.
- La sala está limpia.
- Los servicios sanitarios para padres y personal se encuentran fácilmente.
- En esta sala el espacio está bien organizado.
- Cuando hay que dar de comer a los niños, los muebles permiten estar cómodo.
- En esta sala el área de juego para los niños es adecuada.

Dimensión de expectativas de superación:

- Creo que me gustaría probar otra rutina de trabajo.
- Creo que me gustaría aprender más sobre mi trabajo.
- Creo que necesito un curso de capacitación.
- Aquí se estimula a los empleados a que aprendan nuevas técnicas de atención a los niños.
- Aquí se han usado los mismos métodos por un - -

tiempo muy largo.

- Creo que me gustaría cambiar de trabajo.

Dimensión de relaciones entre el personal:

- Los supervisores critican a los empleados por cosas pequeñas.
- Los integrantes del personal de esta sala se ayudan mutuamente.
- Los supervisores felicitan al empleado que hace bien su trabajo.
- Los supervisores aceptan críticas de los empleados.
- Los integrantes del personal de esta sala pelean entre ellos.

Dimensión de ambiente físico del lugar de trabajo:

- En épocas de frío la temperatura de mi sitio de trabajo es fría.
- Las áreas de trabajo son adecuadas.
- El ruido en mi lugar de trabajo es perturbador.
- En esta sala hay un buen servicio de limpieza.

- Dentro de mi sitio de trabajo me muevo con comodidad.
- En épocas de calor la temperatura de mi sitio de trabajo es fresca.
- La iluminación de mi sitio de trabajo es adecuada.

Dimensión de organización, control y claridad de programas:

- Los supervisores controlan muy de cerca a los empleados.
- El personal de esta sala tiene mucha libertad para hacer las cosas como quiere.
- Aquí hay tiempo para tomar un descanso.
- Esta sala está bien organizada.
- En esta sala las reglas cambian
- El personal de esta sala pone empeño en terminar su trabajo.
- El personal de esta sala pasa más tiempo con unos niños que con otros.
- El programa de estimulación de cada niño se res

peta.

- Aquí son muy estrictos en que se sigan las reglas.
- Las actividades están bien planeadas.
- Aquí se explica a los empleados los detalles de sus tareas asignadas.
- En esta sala hay mucho trabajo.
- En mi trabajo tengo responsabilidades importantes.

Anexo 2

Fecha_____

NOMBRE_____

Edad_____ Sexo F M Lee y escribe SI NO

¿Hasta qué año fue a la escuela?_____

Nombre de su hijo internado en esta sala_____

¿En qué fecha entró el niño al Centro?_____

¿Habla otro idioma? SI NO ¿Cuál?_____

¿En qué trabaja su esposo?_____

¿En qué trabaja usted?_____

¿Cuánto ganan?_____

¿Cuántos hijos tienen?_____

¿Rentan o tienen casa propia?_____

INSTRUCCIONES

Queremos saber cómo está funcionando esta sala, creemos que ustedes que tienen a sus niños aquí, pueden ayudarnos diciéndonos cómo ven la sala para poder mejorar lo que anda mal.

Su respuesta a este cuestionario no afectará el tratamiento que su niño recibe en el Centro.

En la siguiente hoja encontrará algunas afirmaciones sobre la sala, después de cada afirmación hay dos o tres opciones de respuesta, usted tiene que marcar UNA opción, la que describe mejor la sala.

Algunas afirmaciones se refieren a "las mamás de los niños", en ese caso usted contestará lo que en general, la mayoría de las mamás hace cuando está en la sala y no lo que usted en particular hace en ese caso.

Por favor asegúrese de contestar todas las afirmaciones.

Es importante que usted sea sincero en sus respuestas, para poder aportar soluciones que satisfagan sus necesidades en forma efectiva.

Anexo 2

- 1.- El personal de esta sala explica a las madres en qué consiste el tratamiento de sus niños.
Nunca A veces Frecuentemente
- 2.- En esta sala hace falta el área de juego para los niños.
Cierto Falso
- 3.- El personal de esta sala tiene tiempo para darle ánimo a los padres de los niños.
Nunca A veces Frecuentemente
- 4.- Los niños tienen los juguetes a la mano.
Nunca A veces Frecuentemente
- 5.- El personal de esta sala acepta que las mamás le hagan críticas.
Nunca A veces Frecuentemente
- 6.- Es mejor que los bebés estén en su cuna durante el día.
Cierto Falso
- 7.- El personal de esta sala deja lo que está haciendo para atender a los niños.
Nunca A veces Frecuentemente
- 8.- Los muebles permiten que las mamás estén cómodas cuando visitan a sus niños.
Cierto Falso
- 9.- El bebé de meses debe estar envuelto en su cobija con los brazos y las piernas sujetos.
Cierto Falso
- 10.- El personal de esta sala contesta amablemente las quejas de las madres.
Nunca A veces Frecuentemente
- 11.- Para rehabilitar al niño no se necesita otra cosa que medicinas y alimentación.
Cierto Falso
- 12.- Aquí el personal es muy amable con las madres.
Nunca A veces Frecuentemente
- 13.- El bebé de meses debe estar envuelto en su cobija pero con los brazos y las piernas libres para moverlos..
Cierto Falso
- 14.- Los colores y la decoración hacen este lugar cálido y alegre.
Cierto Falso
- 15.- En esta sala las mamás se quejan del servicio que reciben.
Nunca A veces Frecuentemente

- 16.- En esta sala se da importancia a que los niños aprendan a sentarse, a caminar o a hablar.
Nunca A veces Frecuentemente
- 17.- El personal de esta sala tiene tiempo para jugar con los niños.
Nunca A veces Frecuentemente
- 18.- Jugar con el niño no es necesario para rehabilitarlo.
Cierto Falso
- 19.- La sala está limpia
Nunca A veces Frecuentemente
- 20.- El personal pasa más tiempo con unos niños que con otros.
Cierto Falso
- 21.- Los servicios sanitarios para padres y personal se encuentran fácilmente.
Cierto Falso
- 22.- El personal de esta sala le dice a las mamás cómo va mejorando su niño.
Nunca A veces Frecuentemente
- 23.- Es bueno dejar que el niño gatee
Cierto Falso
- 24.- El personal de esta sala trata que las mamás que vienen a ver a sus niños se sientan bien.
Nunca A veces Frecuentemente
- 25.- El niño aprende a hablar solo, sin que nadie le enseñe.
Cierto Falso
- 26.- El personal de esta sala regaña a las mamás.
Nunca A veces Frecuentemente
- 27.- En esta sala el espacio está bien organizado.
Cierto Falso
- 28.- Las madres de los niños discuten con el personal de esta sala.
Nunca A veces Frecuentemente
- 29.- Cuando hay que dar de comer a los niños, los muebles permiten estar cómodo.
Cierto Falso
- 30.- Los niños necesitan jugar durante el día.
Cierto Falso
- 31.- El personal de esta sala anima a las madres a que atiendan a sus hijos.
Nunca A veces Frecuentemente

32.- En esta sala el área de juego para los niños es adecuada.

Cierto

Falso

33.- El personal de esta sala trata de hacer que los niños que vienen por primera vez se sientan bien.

Nunca

A veces

Frecuentemente

34.- El niño aprende a hablar cuando otras personas le hablan.

Cierto

Falso

35.- El personal de esta sala explica a las madres lo que tienen que hacer cuando vienen de visita.

Nunca

A veces

Frecuentemente

POR FAVOR LLENE ESTA HOJA DE DATOS.

Puesto que ocupa _____

Antigüedad en este trabajo _____

Horario de trabajo _____

Grado de estudios _____

¿Tiene otro empleo? SI NO

¿En qué horario tiene otro empleo? _____

Edad _____ Sexo F M

¿Cuántas personas dependen de usted? _____

Parentesco con las personas que dependen de usted _____

Estado civil _____

Tiene hijos SI NO : ¿Cuántos hijos tiene? _____

Fecha de hoy _____

INSTRUCCIONES

Tómese un momento para pensar sobre esta sala.

A continuación encontrará una lista de afirmaciones sobre esta sala; después de cada afirmación encontrará dos o tres opciones de respuesta, usted tiene que decir cuál de las opciones es la que mejor describe lo que sucede en la sala, encerrando en un círculo la que considere más correcta.

Algunas afirmaciones se refieren a "el personal de esta sala", en este caso usted contestará lo que en general, la mayoría del personal acostumbra hacer y no lo que usted en particular hace en esos casos. Ejemplo:

- El personal de esta sala toma café.

Nunca A veces Frecuentemente

Si la mayoría del personal nunca toma café aunque usted tome café frecuentemente, usted contestará marcando la palabra "nunca" como aparece arriba.

Otras afirmaciones se refieren a "las madres de los niños", en este caso usted contestará lo que en general, la mayoría de las madres acostumbra hacer y no lo que una madre en particular hace en ese caso. Ejemplo:

- A las madres les gusta mecer a sus niños.

Nunca A veces Frecuentemente

Si usted ve que la mayoría de las madres mece frecuentemente a sus niños, aunque usted conozca una madre que nunca lo mece, usted contestará marcando la palabra "frecuentemente" como aparece arriba.

Finalmente, otras afirmaciones piden su opinión sobre algún hecho, por ejemplo:

- Las cunas de los niños son de color azul.

Cierto Falso

Si usted cree que las cunas de los niños no son de color azul, entonces usted marcará la palabra "Falso" como aparece arriba.

Por favor asegúrese de contestar todas las afirmaciones.

Es importante que usted sea sincero en sus respuestas, para poder aportar soluciones que satisfagan sus necesidades en forma efectiva.

- 1.- El personal de esta sala explica a las madres en qué consiste el tratamiento de sus niños.
Nunca A veces Frecuentemente
- 2.- Los supervisores controlan muy de cerca a los empleados.
Nunca A veces Frecuentemente
- 3.- En esta sala hace falta el área de juego para los niños.
Cierto Falso
- 4.- Creo que me gustaría probar otra rutina de trabajo.
Nunca A veces Frecuentemente
- 5.- El personal de esta sala tiene tiempo para darle ánimo a los padres de los niños.
Nunca A veces Frecuentemente
- 6.- En épocas de frío la temperatura de mi sitio de trabajo es fría.
Cierto Falso
- 7.- Los niños tienen los juguetes a la mano.
Nunca A veces Frecuentemente
- 8.- Las áreas de trabajo son adecuadas.
Cierto Falso
- 9.- El personal de esta sala acepta que las mamás le hagan críticas.
Nunca A veces Frecuentemente
- 10.- Creo que me gustaría aprender más sobre mi trabajo.
Nunca A veces Frecuentemente
- 11.- Es mejor que los bebés estén en su cuna durante el día.
Cierto Falso
- 12.- El ruido en mi lugar de trabajo es perturbador.
Nunca A veces Frecuentemente
- 13.- El personal de esta sala deja lo que está haciendo para atender a los niños.
Nunca A veces Frecuentemente
- 14.- En esta sala hay un buen servicio de limpieza
Nunca A veces Frecuentemente
- 15.- Los muebles permiten que las mamás estén cómodas cuando visitan a sus niños.
Cierto Falso
- 16.- Los supervisores critican a los empleados por cosas pequeñas.
Nunca A veces Frecuentemente

- 17.- El bebé de meses debe estar envuelto en su cobija con los brazos y las piernas sujetos.
Cierto Falso
- 18.- Creo que necesito un curso de capacitación.
Nunca A veces Frecuentemente
- 19.- El personal de esta sala contesta amablemente las quejas de las madres.
Nunca A veces Frecuentemente
- 20.- El personal de esta sala tiene mucha libertad para hacer las cosas como quiere.
Nunca A veces Frecuentemente
- 21.- Para rehabilitar al niño no se necesita otra cosa que medicinas y alimentación.
Cierto Falso
- 22.- Aquí hay tiempo para tomar un descanso.
Nunca A veces Frecuentemente
- 23.- Aquí el personal es muy amable con las madres.
Nunca A veces Frecuentemente
- 24.- Aquí se estimula a los empleados a que aprendan nuevas técnicas de atención a los niños.
Nunca A veces Frecuentemente
- 25.- El bebé de meses debe estar envuelto pero con los brazos y las piernas libres para moverlos.
Cierto Falso
- 26.- Los integrantes del personal de esta sala se ayudan mutuamente.
Nunca A veces Frecuentemente
- 27.- Los colores y la decoración hacen este lugar cálido y alegre.
Cierto Falso
- 28.- Esta sala está bien organizada.
Nunca A veces Frecuentemente
- 29.- En esta sala las mamás se quejan del servicio que reciben.
Nunca A veces Frecuentemente
- 30.- Dentro de mi sitio de trabajo me muevo con comodidad.
Cierto Falso
- 31.- En esta sala se da importancia a que los niños aprendan a sentarse, a caminar o a hablar.
Nunca A veces Frecuentemente
- 32.- En esta sala las reglas cambian
Nunca A veces Frecuentemente
- 33.- El personal de esta sala tiene tiempo para jugar con los niños.
Nunca A veces Frecuentemente

- 34.- Aquí se han usado los mismos métodos por un tiempo muy largo.
Cierto Falso
- 35.- Jugar con el niño no es necesario para rehabilitarlo.
Cierto Falso
- 36.- Los supervisores felicitan al empleado que hace bien su trabajo.
Nunca A veces Frecuentemente
- 37.- La sala está limpia
Nunca A veces Frecuentemente
- 38.- El personal de esta sala pone empeño en terminar su trabajo.
Nunca A veces Frecuentemente
- 39.- El personal de esta sala pasa más tiempo con unos niños que con otros.
Cierto Falso
- 40.- El programa de estimulación de cada niño se respeta.
Nunca A veces Frecuentemente
- 41.- Los servicios sanitarios para padres y personal se encuentran fácilmente.
Cierto Falso
- 42.- Creo que me gustaría cambiar de trabajo.
Nunca A veces Frecuentemente
- 43.- El personal de esta sala le dice a las mamás cómo va mejorando su niño.
Nunca A veces Frecuentemente
- 44.- En épocas de calor la temperatura de mi sitio de trabajo es fresca.
Cierto Falso
- 45.- Es bueno dejar que el niño gatee.
Cierto Falso
- 46.- Aquí son muy estrictos en que se sigan las reglas.
Nunca A veces Frecuentemente
- 47.- El personal de esta sala trata de que las mamás que vienen a ver a sus niños se sientan bien.
Nunca A veces Frecuentemente
- 48.- Las actividades están bien planeadas.
Nunca A veces Frecuentemente
- 49.- El niño aprende a hablar solo, sin que nadie le enseñe.
Cierto Falso
- 50.- La iluminación de mi sitio de trabajo es adecuada.
Cierto Falso
- 51.- El personal de esta sala regaña a las mamás.
Nunca A veces Frecuentemente

- 52.- Aquí se explica a los empleados los detalles de sus tareas asignadas.
Nunca A veces Frecuentemente
- 53.- En esta sala el espacio está bien organizado.
Cierto Falso
- 54.- En esta sala hay mucho trabajo.
Nunca A veces Frecuentemente
- 55.- Las madres de los niños discuten con el personal de la sala.
Nunca A veces Frecuentemente
- 56.- En mi trabajo tengo responsabilidades importantes.
Nunca A veces Frecuentemente
- 57.- Cuando hay que dar de comer a los niños, los muebles permiten estar cómodo.
Cierto Falso
- 58.- Los supervisores aceptan críticas de los empleados.
Nunca A veces Frecuentemente
- 59.- Los niños necesitan jugar durante el día.
Cierto Falso
- 60.- Los integrantes del personal de esta sala pelean entre ellos.
Nunca A veces Frecuentemente
- 61.- El personal de esta sala anima a las madres a que atiendan a sus niños.
Nunca A veces Frecuentemente
- 62.- El área de juego para los niños es adecuada.
Cierto Falso
- 63.- El personal de esta sala trata de hacer que los niños que vienen por primera vez se sientan bien.
Nunca A veces Frecuentemente
- 64.- El niño aprende a hablar cuando otras personas le hablan.
Cierto Falso
- 65.- El personal de esta sala explica a las madres lo que tienen que hacer cuando vienen de visita.
Nunca A veces Frecuentemente

ESCALA DE IMPACTO EMOCIONAL

Definición de sus dimensiones.-

Dimensión de placer: se refiere al factor evaluativo de la respuesta que produce un escenario en el sujeto. (Mehrabian y Russell, 1974, pp 16-17).

Dimensión de activación: se refiere al factor actividad, "es una medida de cuán despierto está el organismo, de cuán listo está para reaccionar.." (Berlyne, 1960, citado por Mehrabian y Russell, 1974, - p. 15).

Dimensión de dominio: se refiere a "el grado en el que un individuo se siente libre de actuar en una variedad de maneras. Este sentimiento puede ser -- coartado por escenarios que limitan las formas de -- conductas o ser estimulado por escenarios que facilitan una mayor variedad de conductas." (Mehrabian y Russell, 1974, p. 19).

ESCALA DE IMPACTO EMOCIONAL

Distribución de los reactivos en las dimensiones.-

Dimensión de placer:

- Feliz-Triste
- Contento-Molesto
- Satisfecho-Insatisfecho
- Esperanzado-Desesperado

Dimensión de activación:

- Despierto-Con sueño
- Animado-Desanimado
- Nervioso-Calmado
- Acelerado-Con flojera

Dimensión de dominio:

- Mandón-Obediente
- Seguro-Asustado

INSTRUCCIONES

A veces, cuando entramos a un lugar, ese lugar nos hace sentir bien y queremos estar ahí o nos hace sentir mal y nos disgusta.

Ahora tómese un momento y piense cómo se siente usted dentro de esta sala.

En la siguiente hoja usted tiene en cada renglón cinco formas distintas de sentirse dentro de esta sala.

En cada renglón marque SOLO UNA de esas formas, la que más se parezca a cómo se siente usted dentro de la sala.

Por ejemplo:

Si usted se siente en la sala ligeramente triste, pondrá una marca donde dice "ligeramente triste" así:

Feliz	Muy Feliz	Ligeramente feliz	Ni feliz ni triste	Ligeramente triste	Muy triste	Triste
-------	--------------	----------------------	-----------------------	-----------------------	---------------	--------

Acelerado	Muy acelerado	Ligeramente acelerado	Ni acelerado ni con flojera	Con poca flojera	Con mucha flojera	Con flojera
Nervioso	Muy nervioso	Ligeramente nervioso	Ni nervioso ni calmado	Ligeramente calmado	Muy calmado	Calmado
Feliz	Muy feliz	Ligeramente feliz	Ni feliz ni triste	Ligeramente triste	Muy triste	Triste
Despierto	Muy despierto	Ligeramente despierto	Ni despierto ni con sueño	Con poco sueño	Con mucho sueño	Con sueño
Contento	Muy contento	Ligeramente contento	Ni contento ni molesto	Ligeramente molesto	Muy molesto	Molesto
Animado	Muy animado	Ligeramente animado	Ni animado ni desanimado	Ligeramente desanimado	Muy desanimado	Desanimado
Mandón	Muy mandón	Ligeramente mandón	Ni mandón ni obediente	Ligeramente obediente	Muy obediente	Obediente
Esperanza- do	Muy esperan- zado	Ligeramente esperan- zado	Ni esperanzado ni desesperado	Ligeramente desesperado	Muy desesperado	Desesperado
Satisfecho	Muy satisfe- cho	Ligeramente satisfe- cho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Ligeramente in- satisfecho	Muy insatisfecho	Insatisfecho
Seguro	Muy seguro	Ligeramente seguro	Ni seguro ni asustado	Ligeramente asustado	Muy asustado	Asustado

CLAVE DE LA HOJA DE REGISTRO

1. Conductas en las que se registró duración, marcando una raya cada 10":

///

<u>Clave:</u>	<u>Conducta:</u>
Sueño	Sueño
explora	explora
Fij Esp	fijación en el espacio
Fij Per	fijación persona
Fij Obj	fijación objeto
Est Af+	estado afectivo positivo
Est Af-	estado afectivo negativo
Est AfN	estado afectivo neutral
Jgo Solo	juego solo
Deambula	deambula
Andad q	andadera quieto
Andad c	andadera camina
Gatea	gatea
Sent sue	sentado en el suelo
Sent sill	sentado en una silla

Acost sue acostado en el suelo

Corral corral

2. Conductas en las que se registró duración marcando una raya cada 10" más la identificación del - sujeto que interactuó con el niño, con la siguiente clave:

(M) madre

(P) padre

(E) enfermera.

Clave:

Conducta:

C. Gral cuidados generales

C. Med. cuidados médicos

Jgo E juego con enfermera

Jgo M juego con padres

3. Conductas en las que se registró frecuencia de - ocurrencia:

Clave:

Conducta:

Movimient movimiento

Verb NS verbalización del niño solo

Verb NaEq verbalización niño a equipo

Verb EqaN verbalización de puericultistas
al niño

4. Conductas en las que se registró frecuencia de ocurrencia más la identificación del sujeto -- que interactuó con el niño:

<u>Clave:</u>	<u>Conducta:</u>
Verb NaE	Verbalización niño a enfermera
Verb NaM	Verbalización niño a padres
Verb EaN	Verbalización enfermera a niño
No Verb	Interacción sin verbalización
Verb MaN	Verbalización de los padres al niño
Int +EN	interacción positiva enfermera-niño
Int -EN	interacción negativa enfermera-niño
Int NEN	interacción neutral enfermera-niño
Int NN	interacción niño-niño
Com V	come voluntariamente con: madre (M) padre (P) enfermera (E) solo (S)
Com No V	come no voluntariamente con: madre (M) padre (P) enfermera (E)

5. Conductas en las que se registró frecuencia de
ocurrencia:

<u>Clave:</u>	<u>Conducta:</u>
Int+EE	interacción positiva enfermera-enfermera
Int-EE	interacción negativa enfermera-enfermera
IntNEE	interacción neutral enfermera-enfermera
Int+EM	interacción positiva enfermera-padres
Int-EM	interacción negativa enfermera-padres
IntNEM	interacción neutral enfermera-padres

DEFINICIONES DE CONDUCTAS

Sueño.- El cuerpo del niño está relajado con ligeras contracciones musculares, su respiración es profunda y acompasada y este estado no se atribuye ni a la administración de droga o medicamento ni a debilidad - causada por la enfermedad.

Explora.- Los ojos del niño se mueven a su alrededor y no se fijan en ningún objeto o persona.

Fijación en espacio.- Los ojos del niño están abiertos pero no se mueven a su alrededor y no están fijos en algún objeto o persona.

Fijación en persona.- Los ojos del niño están abiertos y fijos en alguna persona.

Fijación en objeto.- Los ojos del niño están abiertos y fijos en algún objeto que se encuentra cerca de él o en sus manos.

Estado afectivo positivo.- El niño sonríe o ríe o hace gestos de placer.

Estado afectivo negativo.- El niño llora o grita o hace gestos de incomodidad o dolor.

Estado afectivo neutral.- El niño no exhibe una conducta que indique un estado afectivo.

Juego solo.- El niño manipula algún objeto o juguete sin que esta acción sea promovida por un adulto.

Deambula.- El niño camina por la sala.

Andadera quieto.- El niño está en la andadera y no la mueve ni se mueve de lugar.

Andadera camina.- El niño está en la andadera y la mueve de lugar.

Gatea.- El niño se desplaza impulsándose con manos y piernas.

Sentado en el suelo.- El niño está sentado en el piso de la sala.

Sentado en silla.- El niño está sentado en una de las sillas altas que rodean el módulo de enfermeras.

Acostado en el suelo.- El niño yace sobre el piso de la sala.

Corral.- El niño está en uno de los dos corrales de la sala.

Cuidados generales.- Baño, cambio de pañales, cambiarlo de posición y alimentación.

Cuidados médicos.- Cualquier tarea que forme parte de la función de curar al niño y que implique una interacción entre algún miembro del personal del hospital y el niño, como revisión del médico, toma de signos vitales, administración de medicamentos, etc.

Juego con enfermera o con padres.- Cualquier interacción que no implique cuidados médicos o generales y que utilice verbalizaciones o contacto táctil, cargar al niño o acariciarlo, para promover un estado placentero y de estimulación para el niño.

Movimiento.- Desplazamiento del cuerpo o de alguna parte del cuerpo, o giro de la cabeza a derecha o izquierda, que el niño realice por sí mismo.

Verbalización del niño solo.- El niño emite algún sonido durante el intervalo.

Verbalización del niño a equipo de salud.- El niño emite algún sonido durante el intervalo cuando un miembro del equipo de salud se encuentra interactuando con él.

Verbalización del niño a enfermera.- El niño emite algún sonido durante el intervalo cuando una enfermera se encuentra interactuando con él o está cerca

de su cuna.

Verbalización del niño a padres.- El niño emite algún sonido durante el intervalo cuando uno de los padres se encuentra interactuando con él.

Verbalización de puericultistas al niño.- Cuando una de las puericultistas habla al niño mientras está interactuando con él.

Verbalización de enfermera a niño.- Cuando la enfermera habla al niño mientras está interactuando con él.

Verbalización de los padres al niño.- Cuando uno de los padres habla al niño mientras está interactuando con él.

Interacción sin verbalización.- Cuando el adulto que está interactuando con el niño (enfermera, puericultista o padres) no hablan al niño durante su interac

ción con él.

Interacción positiva enfermera-niño.- Cualquier interacción de cuidados médicos o generales o verbalizaciones, en la que la enfermera utilice tono o maneras suaves o cariñosos.

Interacción negativa enfermera-niño.- Cualquier interacción que comprenda cuidados médicos o generales o verbalizaciones, en la que la enfermera utilice tono o maneras agresivas o de enfado.

Interacción neutral enfermera-niño.- Cualquier interacción que comprenda las conductas definidas de -- verbalizaciones al niño, cuidados médicos o cuidados generales, en la que la enfermera atienda al niño sin hablarle o sin demostraciones de afecto o -- agresión.

Interacción niño-niño.- Cualquier contacto táctil y/o verbal entre dos niños de la sala.

Come voluntariamente.- La enfermera o los padres del niño acercan a la boca del niño la mamila o una cuchara con alimento y el niño toma el alimento con facilidad, o el niño toma por sí solo su alimento.

Come no voluntariamente.- La enfermera o los padres del niño acercan a la boca del niño la mamila o una cuchara con alimento y el niño rechaza el alimento, haciendo gestos de desagrado y la enfermera o los padres del niño introducen el alimento a la boca del niño.

Interacción positiva enfermera-enfermera.- Cualquier verbalización que una enfermera dirija a otra enfermera, en tono amable o de ayuda.

Interacción negativa enfermera-enfermera.- Cualquier verbalización que una enfermera dirija a otra enfermera en tono agresivo o de regaño.

Interacción neutral enfermera-enfermera.- Cualquier

verbalización circunstancial entre enfermera y enfermera.

Interacción positiva enfermera-padres.- Cualquier verbalización que una enfermera dirija a uno de los padres o viceversa, en tono amable o de ayuda.

Interacción negativa enfermera-padres.- Cualquier verbalización que una enfermera dirija a uno de los padres o viceversa, en tono agresivo o de regaño.

Interacción neutral enfermera-padres.- Cualquier verbalización circunstancial entre alguna de las enfermeras y uno de los padres.