

11210



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**



CIUDAD DE MEXICO

6

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACION**

**SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA
UNIDAD DEPARTAMENTAL DE ENSEÑANZA
DE POSGRADO**

CURSO DE ESPECIALIZACION EN CIRUGIA PEDIATRICA

**"CAMBIOS CONDUCTUALES POSTQUIRURGICOS
EN PACIENTES PEDIATRICOS SOMETIDOS A
APENDICECTOMIA"**

291306

**TRABAJO DE INVESTIGACION
C L I N I C A
P R E S E N T A D O P O R
HECTOR HUGO CORTES ROMERO
PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN CIRUGIA PEDIATRICA**

**DIRECTORES DE TESIS: DR. VICTOR MANUEL VELAZQUEZ LOPEZ
DR. CARLOS BAEZA HERRERA
PSIC. MA. ANGELES GARCIA ESCALONA**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

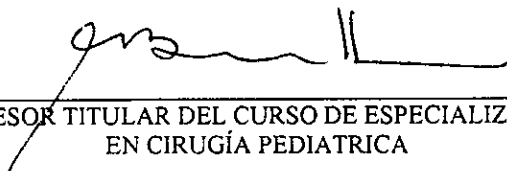
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.

Cambios conductuales postquirúrgicos en pacientes pediátricos sometidos a apendicectomía Cortés RHH Dr.

Vo. Bo.
DR CARLOS BAEZA HERRERA

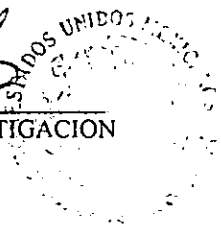


PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA

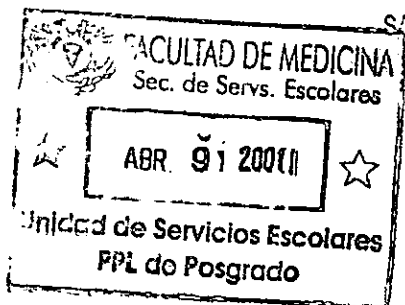
Vo. Bo.
DRA CECILIA GARCÍA BARRIOS



DIRECTORA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION



DIRECCION DE EDUCACION
E INVESTIGACION
SECRETARIA DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL



Vo. Bo.
DR. VICTOR MANUEL VELÁZQUEZ LÓPEZ



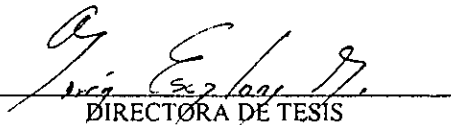
DIRECTOR DE TESIS

Vo. Bo.
DR CARLOS BAEZA HERRERA



DIRECTOR DE TESIS

Vo. Bo.
PSIC. MA. ÁNGELES GARCÍA ESCALONA



DIRECTORA DE TESIS

DEDICATORIAS.

GRACIAS AL DIOS DE LOS CIELOS,
PORQUE SU AMOR PERDURARA PARA SIEMPRE

A MIS PADRES:

Que dieron parte de su ser y depositaron su fe,
para hoy poder disfrutar este triunfo.

A MIS MAESTROS Y TUTORES:

Por su ayuda desinteresada siempre con el único fin,
aliviar el dolor de nuestros niños y sus padres.

BETTY.

Porque fuiste la inspiración, en esta etapa de mi vida,
para salir adelante y llegar al fin.

A HERMANOS Y FAMILIARES:

Por la fe depositada y creer siempre que podemos día con día ser mejores.

A TODOS LOS NIÑOS:

Por verlos sonreír.

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN 1

MATERIAL Y MÉTODO 5

RESULTADOS 7

DISCUSIÓN 9

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 11

ANEXOS

RESUMEN:

Exponer a un paciente enfermo, a un evento quirúrgico, presenta cambios conductuales. El objetivo de este estudio fue valorar la presencia de cambios conductuales en pacientes intervenidos quirúrgicamente por apendicetomía, para lo que se aplico el cuestionario de conductas, Post-hospital Behavior Questionnaire (PHBQ), (Vernon, Schulman y Foley, 1966) Revisión de McClowry y Mcleod (1990). A su ingreso al servicio de Urgencias y 15 días posteriores a su egreso. Para ello se incluyeron a 62 niños de ambos sexos, de 6 a 15 años con diagnóstico de apendicitis, se comparo las respuestas a su ingreso y a los 15 días de su egreso.

No existen diferencias en los cambios conductuales de los pacientes pediátricos con apendicectomía al obtener una prueba F de 0. 6076 con una $p= 0.05$ ($F_t = 3.92$), en el 43.5% los padres fueron casados, la edad media de los pacientes fue de 9.8 años, con una σ de 2.55 años.

No existen cambios conductuales en pacientes pediátricos postoperados de apendicitis, aunque no cuenten con una preparación psicológica previa por tratarse de un padecimiento de urgencia, donde la separación del núcleo familiar y la estancia hospitalaria es corta, permitiendo al paciente integrarse a su entorno familiar y disminuyendo el stress que provoca el internamiento.

Palabras claves: cambios conductuales, apendicectomía, niños.

INTRODUCCIÓN.

El paciente pediátrico enfermo se encuentra rodeado de un entorno diferente para él, en donde lo primero que se da es la ruptura del núcleo familiar, por la separación repentina al internamiento, como parte del manejo de su padecimiento, se ve rodeado de personas desconocidas ante una experiencia nueva, esto le generara estrés, además de todo lo que rodea a su patología que ocasiona su ingreso al hospital, el tiempo que permanezca hospitalizado en conjunto formarán cambios de conducta en menor o mayor grado, siendo notorios a los 15 días de su egreso del hospital, y mientras más tiempo transcurra se harán evidentes, llegando a influir en su vida futura.¹

Es importante analizar los cambios conductuales en pacientes pediátricos con apendicectomía, que se generan en los niños después de un evento quirúrgico y de su estancia hospitalaria para justificar la preparación psicológica previa, con el fin de disminuir los cambios conductuales que pudieran aparecer en los pacientes pediátricos con una patología de urgencia como es la apendicitis. Esta patología tiene una frecuencia del 40% de demanda en el servicio de Urgencias y Quirófano en el hospital Pediátrico Moctezuma.²

Teniendo como hipótesis de investigación que a mayor gravedad y estancia intrahospitalaria hay mayor cambios conductuales en la personalidad del paciente pediátrico hospitalizado.

Las Manifestaciones psicológicas en pacientes intervenidos quirúrgicamente en la edad pediátrica ya se han manifestado en numerosos artículos, desde los trabajos de Vernon^{3,4} quien valoró la eficacia de una película para preparar al niño a la inducción de la anestesia,

en eventos quirúrgicos que han ocupado un lugar en el estudio de la profilaxis de respuestas psicológicas negativas en procedimientos médicos.^{5,6,7,8}

Así también en estudios realizados en España sugieren que el miedo a la intervención quirúrgica repercute sobre la recuperación en el estado emocional y conductual que lleva al paciente pediátrico a llamar más veces a la enfermera o a ingerir más calmantes tras el evento quirúrgico, teniendo como fin valorar los efectos de una preparación psicológica a la cirugía centrada en el periodo pre-quirúrgico sobre la recuperación pos-quirúrgica, durante la estancia hospitalaria a fin de evaluar los efectos que esta preparación tuvo sobre la recuperación del paciente pediátrico, siendo objeto de estudio los pacientes de ambos sexos diagnosticados de patología menor (amigdalitis crónica, adenoiditis, fimosis, hernia inguinal, etc) donde todos permanecieron ingresados dos noches, una antes y otra después de haberse intervenido quirúrgicamente.^{9,10,11,12}

Cuando un paciente pediátrico requiere de una intervención quirúrgica surge una situación de apremio en todo el núcleo familiar. Desde mucho tiempo, los pediatras han destacado, el estrés, que experimenta el paciente hospitalizado, y el peligro de que queden secuelas conductuales duraderas.^{13,14,15}

La hospitalización se traduce en separación de la familia y permanencia en un lugar extraño, el paciente se infantiliza y si es un paciente en edad pediátrica presenta regresión mientras se adapta, la estancia prolongada desequilibra la adaptación y genera fantasías entorno al padecimiento.^{16,17}

Después de la hospitalización para anestesia y cirugía se producen cambios conductuales perdurables, los pediatras advierten a menudo la aparición de conductas regresivas, y de particular interés son los cambios conductuales que persisten por más de dos semanas

después de haber salido el niño del Hospital.

Estos cambios duraderos, más que situacionales, sugieren perturbaciones psíquicas persistentes que pueden durar hasta la vida adulta.¹⁸

Para Aldrete A. entre más pequeño es el niño, más inmaduro es su Yo y por lo tanto sus conocimientos y control de la realidad son más confusos, igualmente sus reacciones defensivas (síntomas para manejar la ansiedad son más primitivos) en el escolar y el adolescente tienen variedad de defensas más primarios en el pos-operatorio. Los síntomas pueden aparecer en días o semanas después de la hospitalización y se manifiestan en los lactantes y preescolares: inquietud, llanto, nerviosismo, trastornos del sueño (pesadillas, terrores nocturnos, sonambulismo), mayor apego a la madre, temores, (a estar sólo, a la oscuridad y al médico). Escolares y adolescentes: agresividad, conducta regresiva (más infantil), irritabilidad, succión de dedos, onicofagia, masturbación, trastornos de la alimentación, enuresis, tics, fobias, obsesión, hipocondría. En ambos grupos puede haber una desintegración transitoria de la imagen corporal, observada a través del dibujo.¹⁹

La mayoría de los estudios controlados en nuestra revisión se han realizado en Estados Unidos de Norte América y España, donde el objetivo de preparación pre-quirúrgica de los pacientes tiene relevancia. Así se afirma en la Carta Europea de los derechos del niño a recibir una información adaptada a su edad, su desarrollo mental, su estado afectivo y psicológico, con respecto al conjunto de tratamiento médico al que se somete a las perspectivas positivas que dicho tratamiento ofrece.

Los primeros estudios del comportamiento infantil estaban orientados hacia la enfermedad: por lo tanto, las conclusiones se presentaban en el lenguaje de la patología, más que en términos de adaptación.^{20,21}

Necesitan conocer la manera de ayudar a los niños a dominar las tensiones de la hospitalización, y poder reconocer los obstáculos que se oponen a una salud óptima. La tesis es que el personal profesional que atiende a los niños debe saber tanto acerca de la mente como del cuerpo.

Una modificación del ambiente requiere que el personal pediátrico permanente, en todas las disciplinas, sea adecuado en la aplicación de la teoría; que se sensibilice a lo que significa para los niños la hospitalización y el tratamiento, que adquiera habilidades y técnicas de comprensión del crecimiento y del desarrollo para identificar problemas que existen ante la hospitalización así como aquellos inducidos por la enfermedad. De manera específica, necesitan saber cómo trabajar con determinados grupos, cómo interpretar las condiciones médicas y sobre todo quirúrgicas así como el tratamiento.^{22,23}

MATERIAL Y METODOS:

Se realizó una investigación clínica, observacional, analítica, comparativa, prospectiva, longitudinal, a través de un censo de pacientes pediátricos con edad de 6 a 15 años de edad, de ambos sexos, con padecimiento de apendicitis, ingresados en el Hospital Pediátrico Moctezuma durante el período de septiembre a noviembre del 2000.

Se utilizó el cuestionario de conductas post-hospital de Behavior Questionnaire (PHBQ) de Vernon, Schulman y Foley, 1966, modificado por McClowry y Mcleod (1990),^{5,6,7} quienes modificaron la escala de medición de Likert de 4 a 5 respuestas, el cual consta de 26 reactivos. (fig. 1a, 1b) Se aplicó en forma indirecta, a los padres o tutores, al ingreso al servicio de urgencias previo llenado de la hoja de consentimiento bajo información y posteriormente a 15 días de su egreso.

La calificación para el cuestionario se tomó como lo señala McClowry y Mcleod (1990), quienes dan un rango de puntuación para mayores de 78 puntos, que señalan cambios conductuales negativos, los inferiores indican un cambio positivo.^{1,7}

Todos los niños recibieron la atención habitual, que consiste en información oral a su ingreso sobre su padecimiento y forma de tratamiento requerido para solucionar su patología. También se informó a los padres o tutores sobre sus dudas acerca de la enfermedad y su tratamiento.

Se consideraron además las siguientes variables sobre los padres o tutores: profesión, lugar de residencia, ocupación, estado civil, religión y lugar que ocupa entre los hijos, en paciente, el nivel de escolaridad, promedio del ciclo anterior, internamientos previos, si padece dolor a su ingreso y su calificación del dolor (con una escala del 0= nada al 9=

muchísimo).

La captura de datos fue realizada en el programa Excel versión 2000 y el análisis a través del paquete estadístico SPSS versión 10, obteniendo para la confiabilidad de la hipótesis el valor de F de Fisher. Considerada una investigación con riesgo mínimo.

RESULTADOS:

Se estudiaron 62 pacientes, con edad media de 9.8 años, con una σ de 2.55 años, predominando el sexo masculino con un 58.8%,fig.2. El 77.4% contaban con primaria fig.3. El sexo masculino predominó en un 54.8%,fig.4.La calificación obtenida en el ciclo anterior fue de regular (7,8) el promedio fue del 51.6%, y un 33.9% Buena (9) del total de los pacientes. El lugar que ocupa entre los hermanos le correspondió el 51.6% ser primogénito. En distribución por sexo predominó el sexo masculino en un 55%,fig 4. Con respecto al número de personas que integran la vivienda en el 41.9% habitan más de 6 personas. Habían tenido una hospitalización previa el 14.5% de los pacientes. El 100% de los pacientes presentaron dolor a su ingreso a urgencias, siendo intenso el 83.8% la prevalencia sobre el lugar donde se encuentra la residencia de los pacientes es de un 50% de los pacientes del Estado de México y solo 1 paciente de provincia, la religión predominante fue la católica prevaleciendo el 82.3%, el estado civil de los padres 43.5% Casados, y 27.4% en unión libre, Ocupación de los padres, la madre en el 82.3% se dedicaban a labores relacionadas con el hogar y el padre 37.1% empleados, 22.6% desempleados o relacionado con el abandono de la pareja o madres solteras. La puntuación total obtenida en el cuestionario de conductas, Post-hospital Behavior Questionnaire (PHBQ), (Vernon, Schulman y Foley, 1966) Revisión de Mc Clowry y Mcleod (1990).En 62 pacientes de 6 a 15 años de edad, de ambos sexos, tanto a su ingreso como a los 15 días de su egreso sumó 3 puntos, la mínima y de 53 puntos, la máxima. Se aplicó estadísticamente la prueba de F de Fisher para la obtención de confiabilidad de la hipótesis, resultando la F de 0.6076 con una $p= 0.05$ ($F_t = 3.92$), los valores se compararon también

en cada una de las variables del cuestionario de conductas, siendo el valor de F en los dos momentos de $F= 0.001$ el menor y de $F= 0.999$ el máximo, por lo que no existen cambios conductuales en los pacientes pos-operados por apendicectomía en el Hospital Pediátrico Moctezuma.

Es también importante mencionar en los resultados obtenidos en el cuestionario, aunque no se reflejan estadísticamente estos cambios, se dieron en la puntuación obtenida comparativamente al momento de su ingreso y a los 15 días de su alta, donde el 51.7% fig.5. Incremento la puntuación entre 1 y 9 puntos y los reactivos que más incrementaron fueron, donde se pregunta del temor a médicos y hospitales, el tender a ser desobediente, y el tender a realizar berrinches, 2 pacientes presentaron enuresis 15 días posteriores a su egreso.

DISCUSIÓN:

La patología relacionada que se estudio en pacientes pediátricos, fue esta de las que se consideran como de tratamiento quirúrgico de urgencia, no habiendo preparación psicológica alguna, previa al procedimiento quirúrgico, a diferencia de los padecimientos tratados y reportados en la literatura los cuales son de carácter electivo, en donde se cuenta con el tiempo y los medios para la preparación pre-quirúrgica donde se aplican los modelos ya sean filmados y/o el entrenamiento en afrontamiento.

Nosotros aplicamos el cuestionario de conductas pre y pos-hospitalarias de Vernon modificado por MacClowry y Mcleod (1990), que consta de 26 reactivos, con un rango de puntuación en los momentos uno, a su ingreso de 4 a 45 puntos, y en el momento dos, 15 días posteriores a su egreso de 3 a 53 puntos. Las puntuaciones mayores de 78 puntos señalan un cambio conductual negativo, mientras que las inferiores indican un cambio conductual positivo, por lo tanto en nuestra población estudiada, de acuerdo a los métodos utilizados no tenemos una diferencia significativa estadística, en el estudio realizado, ya que en patología de urgencia como es la apendicitis, el paciente se ve rodeado repentinamente de alteraciones tanto físicas, fisiológicas como son el dolor, y además de personas desconocidas a su medio cotidiano, que aunque no cuente con la preparación psicológica previa, se ve obligado a aceptar la situación con el fin de curar su malestar, siendo su estancia breve posteriormente a la intervención quirúrgica, es posible que no genere el suficiente grado de ansiedad como para alterar la conducta del niño una vez dada de alta del hospital, y estamos de acuerdo en lo reportado en la literatura, en donde se sugiere que el incremento de la alteración conductual es más común en estancias

hospitalarias de dos a tres semanas de duración, por lo que encontramos en nuestro estudio cambios negativos en pequeña cantidad y de intensidad baja, lo que no se refleja estadísticamente, por lo que la estancia no implica una ruptura prolongada, ni con el estilo de vida cotidiano, ni con el ambiente familiar, teniendo el niño una reincorporación rápida a su ambiente cotidiano.

Se sugiere un seguimiento más prolongado de nuestros pacientes, no a 15 días sino a 1 mes, dos meses, y hasta 6 meses, lo que nos podrían dar un panorama más amplio, de alteraciones conductuales presentes, mas marcadas, dentro de su ambiente escolar, familiar y social.

También el realizar estudios en pacientes que tengan una estancia prolongada, por padecimientos quirúrgicos, así como un seguimiento más amplio en tiempo de su conducta y los cambios que se pudieran generar en estos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Ortigosa Quiles JM. Transmisión de información: un instrumento médico- terapéutico para el niño hospitalizado y sus padres. *C. Med. Psicosom*, 1997; 44: 6-18.
2. Expedientes del archivo hospital Pediátrico Moctezuma, Secretaría de Salud del Distrito Federal; octubre a noviembre del 2000.
3. Vernon DT, Use of modeling to modify children's responses to a natural, potentially stress full situation. *J Appl Psychol* 1973; 58: 351-356.
4. Vernon DT, baley WC. The use of motion pictures the psychology preparation o of children for induction of anesthesia. *Anesthesiology*. 1974; 40: 68-72.
5. Vernon, DT. Research on the effect of experimental Interventions on childr's Behavior after hospitalization: A RevieW and Synthesis. *Developemnt and Behavioral Pediatrics*.1993; 14: 36-44.
6. Vernon, DT. Schulman MD. A study of the efecct of the mother's presence during anesthesia induction. *Pediatrics*. 1967; 39: 11-14.
7. Vernon DT. Jerome MA:Shulman MD. Changes in children's behavior after hospitalization. *Amer J Dis Child*. 1966; 3: 581-593.
8. Vernon DT, Foley JM, Effect of mother-child separation and birth order on yung children's responses to potentially stressful experiences. *Journal of Applied Psychol* 1967; 5: 162-174.
9. Ortigosa JM, Méndez FX, Olivares J. Efecto de la preparación psicológica a la cirugía infantil sobre el período post-hospitalario: Una evaluación a los 15 días de alta. *Cuadernos de medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*. 1998, 47: 24-31.

10. Ortigosa Quiles JM, Méndez Carrillo FX, Vargas Torcal F. Repercusión de la preparación psicológica a la cirugía pediátrica sobre la recuperación post-quirúrgica. **An. Españoles de pediatría**. 1998; 49: 369-374.
11. Ortigosa JM. Procedimientos de preparación psicológica a la cirugía en hospitales infantiles: un estudio de ámbito nacional. **Revista de psicología de la salud**. 1998; 20:79-97.
12. Ortigosa JM, Méndez FX, Quiles MJ, Preparación psicológica a la hospitalización quirúrgica pediátrica en España. **Acta pediátrica Española**, 1999; 57:15-20.
13. Escoto Morett Jorge. La psiquiatría en los trasplantes de órganos. **Cirugía y Cirujanos** 1994; 62: 165-167.
14. Ortigosa JM. Méndez FX. Quiles JM. Preparación a la hospitalización infantil II. Modelo filmado. **Psicología conductual**. 1996; 4: 211-230.
15. Ortigosa JM. Méndez FX. Mi operación Murcia C.R.A. **Universidad de Murcia (MU-281-295)**1995.
16. Ortigosa JM, Méndez FX, Sánchez MJ. Preparación psicológica a la cirugía infantil: modelo filmado versus entrenamiento habilidades de afrontamiento. **Análisis y modificación de conducta**. 2000; 26: 59-79.
17. Aldrete A. **Anestesiología Teórico- práctica**. 1990; II. Barcelona: Salvat Editores.
18. Peterson L. Shigetomi C. The use of coping techniques to minimize anxiety in hospitalized children. **Behavior therapy**. 1981; 12: 1-14.
19. Melamed BG. Siegel LJ. Reduction of anxiety in children facing hospitalization an surgery by use of filmed medelling. **J consult clin Psychol**. 1975; 43: 511-521.

20. Azarnoff, P. Woody, P. Preparación of children for hospitalization in acute care hospitals in the United States. **Pediatrics**. 1981; 68: 361-368.
21. M. J. Quiles, J.M. Ortigosa, y cols. Cuestionario de preocupaciones sobre cirugía infantil. **Psicotherma**. 1999; Vol11 No. 3; 601-609.
22. Zuckembreg A. Preparación perioperatoria. **Clínicas pediátricas de Norteamérica**. 1994; 1: 17-33.
23. Petrillo M. Sanger S. Cuidado emocional del niño hospitalizado. 1975; México; **Prensa Médica Mexicana**.

ANEXOS.

(Vernon, Schulman y Foley, 1966) Revisión de McClowry y Mcleod (1990)
ALTERACIONES CONDUCTUALES EN PACIENTES PEDIATRICOS QUIRURGICOS
 Este cuestionario pretende obtener la información necesaria sobre el comportamiento de su hijo después de su estancia en el hospital. Debe valorar de 0 a 4 y marcar, en el lugar correspondiente, el grado en que su hijo manifiesta las conductas que aparecen a continuación.

SU HIJO	Nunca	Apenas	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
	0	1	2	3	4
1 Protesta al acostarse por la noche					
2 Protesta cuando come					
3 Emplea mucho tiempo en estar sentado, tumbado, y sin hacer nada					
4 Parece tener miedo a salir de casa con ud.					
5 No está interesado en lo que pasa a su alrededor					
6 Se hace pis en la cama por la noche					
7 Se muerde las uñas					
8 Se altera cuando se le deja solo durante unos minutos					
9 Necesita mucha ayuda para hacer las cosas					
10 Dificilmente le interesa jugar a juegos reglados, con juguetes, etc.					
11 Parece evitar o temer las cosas nuevas					
12 Tiene dificultades para decidirse					
13 Tiene disposición a coger rabietas					
14 Es difícil conseguir que su hijo le hable					
15 Se chupa los dedos y pulgares					
16 Parece alterarse cuando alguien menciona a los médicos u hospitales					
17 Le sigue a todas partes en casa					
18 Dedicar mucho tiempo a lograr o a mantener su atención					
19 Tiene miedo a la obscuridad					
20 Tiene pesadillas de noche o se despierta llorando					
21 Es irregular en sus evacuaciones intestinales					
22 Tiene problemas para dormirse por la noches					
23 Parece reservado o miedoso entre desconocidos					
24 Tiene poco apetito					
25 Tiende a ser desobediente					
26 Rompe juguetes u otros objetos					

Figura 1 b

HOSPITAL PEDIÁTRICO MOCTEZUMA
CIRUGÍA PEDIATRICA
SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

CAMBIOS CONDUCTUALES POSTQUIRÚRGICOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS SOMETIDOS A
APENDICECTOMÍA.

FICHA PSICOSOCIAL GENERAL:

Registro: _____ Fecha: _____
Investigador responsable: Dr. Héctor Hugo Cortés Romero: _____
Nombre del padre o tutor: _____
Dirección: _____
Telefono: _____
Persona entrevistada: Padre(1) ___ Madre(2) ___ Familiar(3) ___

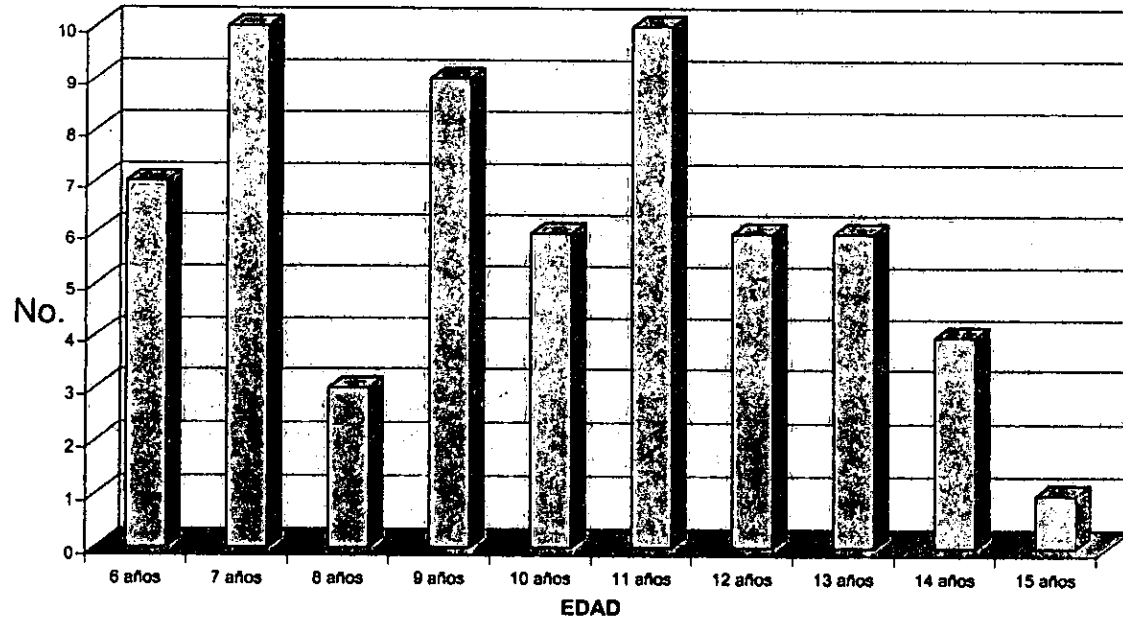
Datos del paciente:

Nombre: _____
Edad _____ Sexo: Masculino(1) _____ Femenino(2) _____
Lugar que ocupa entre los hermanos: 1º. ___ 2º. ___ 3º. ___ 4º. ___ 5º. ___ Mas _____
Escolaridad: Preescolar(1)Primaria (2),Secundaria(3),Bachillerato (4), otros(5).
Calificaciones escolares del curso anterior:
Insuficiente(<5) ___ Suficiente(6) ___ Regular(7,8) ___ Bueno(9) ___ Excelente(10) ___
Profesión del padre _____ Profesión de la madre _____
Profesionista(1), Empleado(2), Obrero(3), Comerciante(4), jubilado(5), Desempleado(6), otros(7).
Situación Familiar: Casados(1) ___ Separados(2) ___ Divorciados(3) ___ Viudo(4) ___ Soltero /a(5) ___
Unión libre (6)
Lugar donde vives: Distrito Federal(1) ___ Periferia o Edo. Méx (2), ___ otros(3) ___
Número de personas que viven en casa: 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ Mas _____
¿Ha estado hospitalizado antes? Si(1) ___ No(2) ___ Cuantas veces _____
¿Padece dolor en el momento actual? Si(1) ___ No(2) ___ (Si es Si señale cuánto)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Nada _____ Muchísimo

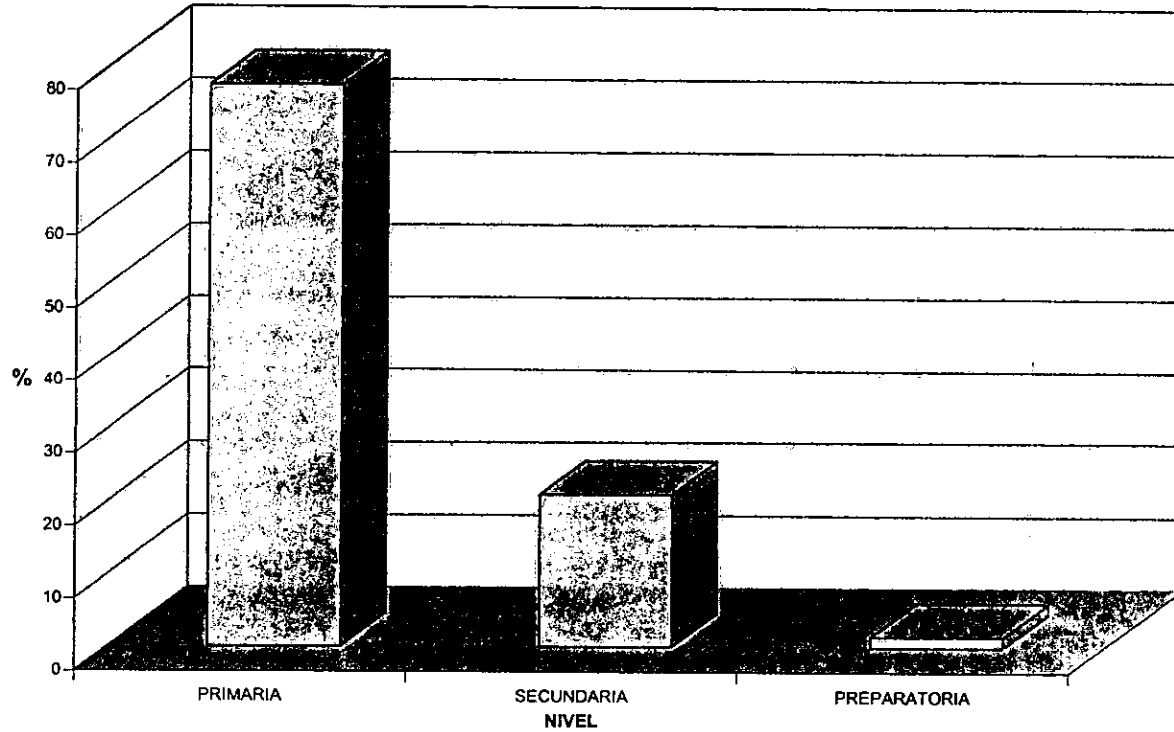
Religión: Católica(1), Protestante(2), Bautista(3), testigo de Jehová(4), otra(5)

Fig. 2 DISTRIBUCIÓN POR EDAD



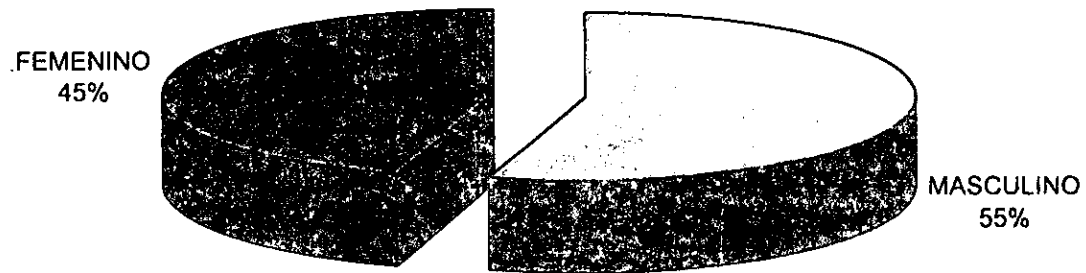
Fuente.- Expedientes clínicos del H. P. Moctezuma - 2000.

Fig. 3 ESCOLARIDAD



Fuente.- Expedientes clínicos del H. P. Moctezuma - 2000.

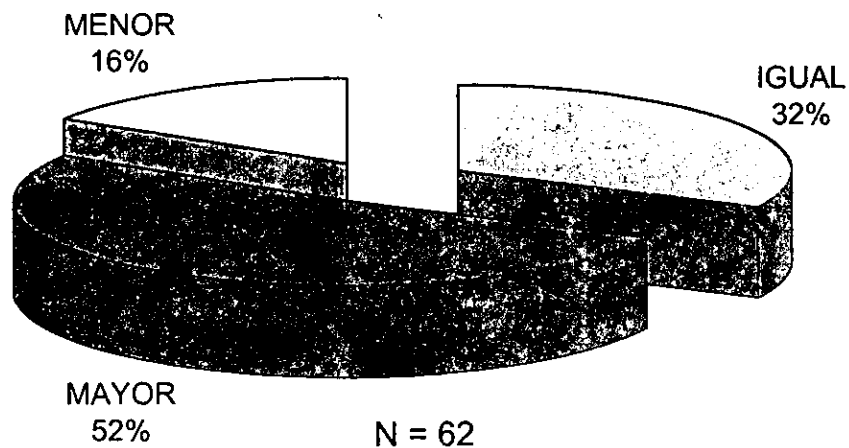
Fig. 4 DISTRIBUCIÓN POR SEXO



N = 62

Fuente.- Expedientes clínicos del H. P. Moctezuma - 2000.

**Fig. 5 CAMBIOS EN LA PUNTUACIÓN DE LA SEGUNDA EVALUACIÓN
VS. LA PRIMERA**



Fuente.- Cuestionario de conductas pre y posthospitalarias modificado 1990.