

11226
92



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México La Ciudad de la Esperanza



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

SERVICIOS DE SALUD PUBLICA DEL DISTRITO
FEDERAL
CENTRO DE SALUD "DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"

EVALUACION DE LA OPINION Y ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD
Y DE LOS PADRES DE NIÑOS HOSPITALIZADOS EN EL
HOSPITAL PEDIATRICO COYOACAN SOBRE EL BENEFICIO DE LA
PARTICIPACIÓN PARENTAL ACTIVA Y CONTINUA.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.
PRESENTA:

DR. SANTIAGO SOLER PEREZ-SALAZAR.

• Dirección General de Bibliotecas •
• Guardar en formato electrónico e impreso •
• Guardar en mi trabajo •
• Recopiar •

México D.F. NOMBRE: Santiago Soler 2003
Pérez-Salazar

FECHA: 05/05/2003

SIGNATURA: [Signature]





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.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

EVALUACIÓN DE LA OPINÓN Y ACTITUD DEL PERSONAL DE
SALUD Y DE LOS PADRES DE NIÑOS HOSPITALIZADOS EN EL
HOSPITAL PEDIÁTRICO DE COYOACÁN, SOBRE EL BENEFICIO
DE LA PARTICIPACIÓN PARENTAL ACTIVA Y CONTINUA

PRESENTA:

DR. SANTIAGO SOLER PÉREZ-SALAZAR

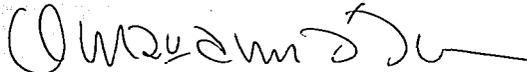
AUTORIZACIONES:

DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS

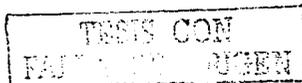


PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR

MTRO. OMAR FERNANDO RAMÍREZ de la ROCHE



PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.
ASESOR DE TESIS

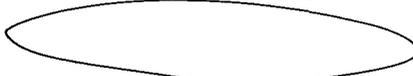


EVALUACIÓN DE LA OPINIÓN Y ACTITUD DEL PERSONAL DE
SALUD Y DE LOS PADRES DE NIÑOS HOSPITALIZADOS EN EL
HOSPITAL PEDIÁTRICO DE COYOACÁN, SOBRE EL BENEFICIO
DE LA PARTICIPACIÓN PARENTAL ACTIVA Y CONTINUA

PRESENTA:

DR. SANTIAGO SOLER PÉREZ-SALAZAR

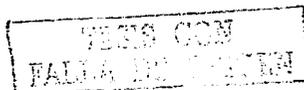
AUTORIZACIONES:



DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR. ARNULFO IRIGÓYEN CORIA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR. ÁNGEL GRACIA RAMÍREZ
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DEDICATORIA:

A VIOLETA, por su amor y aliento en todo momento.

A ANDRÉS Y MÓNICA por su amor y guía desde que tengo memoria.

A La Dra. Rocío Montesinos por contagiarme el gusto por la atención a las familias.

AGRADECIMIENTOS:

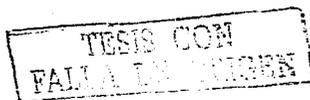
Agradezco el apoyo, dirección y buen humor brindado por el Mtro. Omar Ramírez a lo largo de todo el desarrollo del presente trabajo.

A la Dra. Linda Shields FRNCA por su amable y diligente apoyo, por ceder las encuestas por ella elaboradas y validadas durante un largo año de trabajo, por el material bibliográfico e informático enviado desde Australia (incluido el Reporte Platt y una copia en CD de su propia tesis sobre las condiciones de hospitalización de niños en Tailandia, Indonesia, Gran Bretaña y Australia).

Al Dr. Dagoberto Mayrén a cargo del servicio de bioestadística del Hospital "Dr. Manuel Gea González" por habernos gentilmente facilitado las tablas de causas de internamientos de menores de cinco años en dicho nosocomio.

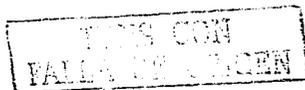
A la Dra. Consuelo González y la Dra. Eloisa Dickinson por haber leído y corregido el manuscrito y por el estímulo a lo largo del desarrollo del trabajo.

Al Dr. Moisés Villegas y la Dra. Martha Valles por su apoyo, invaluable en la aceptación del proyecto y la fase de aplicación de encuestas en el Hospital Pediátrico Coyoacán.



INDICE

	Páginas
I. INTRODUCCIÓN	
A) Marco teórico	1
B) Planteamiento del problema	9
C) Justificación	9
D) Objetivos	10
1. General	10
2. Específicos	10
II. METODOLOGÍA	
A) Tipo de estudio	11
B) Población lugar y tiempo del estudio	11
C) Tipo de muestra y tamaño de la muestra	11
D) Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	11
E) Información a recolectar	12
F) Método para captar información	12
1. Evaluación de aspectos sociodemográficos	13
2. Evaluación de las prácticas y rutinas hospitalarias actuales	13
3. Evaluación de lo que los encuestados consideran lo ideal en cuanto a la atención hospitalaria de los niños	13
4. Evaluación de la actitud de los padres hacia el servicio prestado por el personal de salud, así como la actitud del personal hacia el trabajo con los niños y sus padres	14
I) Consideraciones éticas	15
III. RESULTADOS	
A) Características sociodemográficas	16
1. Generalidades de la encuesta para padres	16
2. Características de las familias de los niños internados	19
3. Otras características sociodemográficas de los niños internados	26
4. Generalidades de la encuesta del personal de salud	27
B) Evaluación de las prácticas y rutinas hospitalarias actuales	33
1. Preparación para la hospitalización	33
1. Tiempo del que dispone el personal para jugar con los niño hospitalizados	33
3. Opinión del padre sobre el grado de información sobre la hospitalización que recibió al ingreso de su hijo	34
2. Quién debía dar y quién de hecho daba los informes	



sobre las rutinas hospitalarias	34
3. Qué le pide el personal de salud a los padres que hagan cuando se realizan procedimientos dolorosos o atemorizantes a sus hijos	35
4. Presencia de los padres en los tiempos pre y post operatorios.	35
C) Evaluación de lo que tanto el personal de salud como los Padres consideran lo ideal en cuanto a atención de los Niños hospitalizados	36
1. Evaluación de la actitud hacia la presencia parental activa y continua (escalas de Likert)	36
2. Actitud hacia el beneficio de la presencia parental al internarse un menor de cinco años	38
3. Actitud del personal hacia las clases escolarizadas para los niños internados	38
4. Actitud del personal hacia el tomar en cuenta las necesidades especiales de algunos niños internados derivadas de su filiación religiosa	38
5. Expectativas de información de los padres	39
D) Valoración de la actitud y opinión de los padres hacia el servicio brindado por el personal de salud y actitud y opinión del personal de salud hacia el trabajo con los niños internados y sus padres.	40
1. Actitud de los padres hacia el personal de salud	40
2. Actitud del personal de salud hacia el trabajo con niños y sus padres	40
3. Percepción del personal de salud sobre el grado de reconocimiento de su labor por parte de los niños y los padres de los niños que atienden	41
IV DISCUSIÓN DE RESULTADOS	42
V CONCLUSIONES	47
VI BIBLIOGRAFÍA	48
VII ANEXOS	
Encuestas	



I. INTRODUCCIÓN

A) MARCO TEÓRICO

Historia antigua

Los primeros hospitales pediátricos se establecieron alrededor del siglo VIII, siendo uno de ellos fundado en el año 787 en Milán por el arzobispo Datheus, su función principal era la de proveer de techo y alimento a niños abandonados, siendo más parecidos a lo que hoy conocemos como casas hogar que a los actuales hospitales. Las condiciones generales de estos establecimientos llegaron a ser hasta tal grado deplorables que aún 900 años después de su origen las tasas de mortalidad eran sumamente altas. En 1639 el 75% de los niños traídos de las provincias francesas al "hospital" parisino "Hospicio de los Niños Encontrados", murieron; 80% de los 31,951 niños admitidos entre 1771 y 1777 fallecieron antes de cumplir un año de haber ingresado; en un período similar el "Hospital para Niños Abandonados" de Dublín tenía un índice de mortalidad de 99.6%. El personal era escaso, la alimentación: mala, la higiene: deficiente, el hacinamiento: intolerable, al grado de que llegaban a dormir ocho niños en una cama, todo lo cual contribuía a que los brotes de enfermedades infecciosas produjeran muertes por centenas.¹

Los primeros hospitales pediátricos "modernos"

A todas luces la situación tenía que cambiar, fue así que poco a poco fueron surgiendo nuevos hospitales, algunos de ellos privados y claramente orientados a las clases media y alta como el Hospital Pediátrico de Viena abierto en 1792 y otros destinados a los niños de las clases bajas como el "Hospital de Niños Enfermos" de París (1792) y el "Hospital para Niños Enfermos" ubicado en la calle Great Ormond de Londres (1852), éste último sigue funcionando y a juzgar por los grabados y archivos que aún se conservan de sus inicios, la atmósfera era bastante hogareña, los médicos y enfermeras vestían ropa de calle y se procuraba la presencia de los padres y aunque no estaba exento de problemas importantes como que los drenajes y calentadores eran insuficientes para el número de niños y padres alojados por lo que solía tener un olor penetrante, tenía entre sus prioridades el bienestar anímico del niño.²

Las causas de la restricción a las visitas

A fines del siglo XIX, entre las clases media y alta en las cuales se encontraban los médicos de Europa y el resto del mundo occidental, comenzó a difundirse la idea de que el contacto físico afectuoso entre padres e hijos promovía el comportamiento irrespetuoso e indisciplinado de los últimos. El psicólogo norteamericano J.B. Watson aconsejaba en un libro dedicado al cuidado de los niños "...nunca los abraza o bese, nunca les permita sentarse en su regazo, si se ve obligado bésetelos una sola vez en la frente cuando te den las buenas noches..."² Algunos niños sufrieron un verdadero 'Apartheid' con todas sus consecuencias psicológicas.

Al realizar observaciones en el comportamiento de los niños hospitalizados se llegó al consenso entre el personal de salud que en vista de que los niños hospitalizados se tornaban muy inquietos cuando por alguna razón su madre o padre se tenían que retirar, la presencia de los padres era "disturbadora", y era mejor por lo tanto que éstos no vinieran a disturbar a los niños.



Las investigaciones en microbiología en aquel tiempo estaban en su apogeo y así en marzo de 1882 Koch dio a conocer su descubrimiento del bacilo de la tuberculosis³, noticia que se difundió rápidamente y con ella la idea de que todas las enfermedades eran infecciosas y cada persona un portador en potencia. Es así como se prohibió formalmente en muchos hospitales pediátricos el paso a los padres y otros visitantes por temor a las "infecciones cruzadas". Y así fue que transcurrió la primera mitad del siglo XX con muchos niños hospitalizados privados de visitas regulares incluso por períodos prolongados de tiempo.

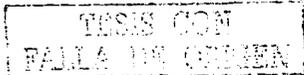
La Teoría del Vínculo y sus antecedentes

No fue sino hasta fines de la Segunda Guerra Mundial que se empezaron a difundir trabajos de investigación que identificaban daños profundos a la salud producidos a niños pequeños por la separación de sus madres. René Spitz un psiquiatra alemán, en 1945 publicó el primero de ellos seguido de un video titulado "El dolor, un peligro en la infancia" donde filmó niños pequeños separados de sus madres mostrando su decadencia física y anímica paulatina.

Acuñó poco después el término de "depresión anaclítica" para referirse al estado de 'aplanamiento' afectivo que se producía en los lactantes separados de sus madres que revertía al menos, parcialmente al regresar ésta y "hospitalismo" a aquella condición de daño psicológico irreversible que observó se producía en los niños separados de su madre por períodos prolongados (e.g. 5 meses o más) antes del año de edad.⁴

En 1950 John Bowlby, psiquiatra inglés, fue comisionado por la recién creada ONU para investigar el estado psicológico de millones de niños en Europa que habían sido separados de sus padres por la guerra⁵. Él ya había trabajado con niños sometidos a separación de sus padres a temprana edad, mientras trabajaba como director de la Clínica Tavistock en Londres que era un importante centro de paidopsiquiatría, donde estudió en forma retrospectiva a un grupo de jóvenes y niños que habían sido llevados por sus padres por haber robado, encasillando a cada uno dentro de seis grupos de personalidad, siendo pareados con otro grupo de niños y jóvenes que habían acudido a la clínica por otras causas. Encontró que 14 de los niños y jóvenes del grupo experimental cayeron en la categoría de "personalidad inactiva", caracterizada por la falta de escrúpulos, pena o responsabilidad, mientras que ninguno de los pacientes del grupo control ajustó para esta categoría. Doce de los 14 pacientes catalogados con "personalidad inactiva" tenían antecedentes de haber sido separados de su madre o cuidador primario a temprana edad por períodos prolongados de tiempo y muchas de estas separaciones se debían a hospitalización.

El cargo que recibió de la ONU, le permitió continuar con sus estudios sobre los efectos de la separación entre hijos y sus padres, para ir amasando la *Teoría del Vínculo* (entre madre e hijo). Bowlby sugirió que alrededor de los 7 meses de edad se desarrolla un marcado apego del niño por la madre o quien funja como cuidador primario. Si el niño al haber desarrollado el vínculo permanece la mayor parte del tiempo con su madre y percibe seguridad en ella, cuenta con una plataforma firme a partir de la cual puede 'lanzarse' a explorar el mundo y aprender. Y aunque se aventure lejos de la madre, con cierta frecuencia verifica que todavía anda por ahí y regresa a ella. De igual modo, la madre está al pendiente de lo que está haciendo su hijo (casi siempre), con lo que reafirma su



confianza y seguridad. Por el contrario, si el niño llega a ser separado de su madre, en especial si se encuentra en una situación extraña o amenazante, se torna ansioso y si la separación se prolonga, pueden desencadenarse a futuro trastornos de la personalidad que pueden fluctuar entre neurosis leves y psicosis. Cabe hacer notar que Bowlby no consideró esto como una regla general, y asentó en uno de sus trabajos el que hay niños que parecen no sufrir alteraciones, aun después de separaciones prolongadas.

Para 1948, James Robertson un trabajador social, se anexó al personal de la Clínica Tavistock como asistente de investigación para estudiar las reacciones de los niños separados de sus padres. Robertson a la sazón tenía ya experiencia en el tema, adquirida mientras trabajaba en un hogar para niños de padres que habían tenido que separarse de ellos por asuntos relacionados con la guerra. Había tenido contacto con las investigaciones realizadas en ese tipo de casas hogar por Dorothy Burlingham y Anna Freud, quienes encontraron que los niños sometidos a experiencias traumáticas, como bombardeos, en compañía de sus madres tenían menos probabilidades de desarrollar un 'trauma', que aquellos que vivieron las experiencias traumáticas sin sus madres. Notaron también que aún eventos adversos relativamente leves eran capaces de provocar un trauma en niños separados de la seguridad de sus familias.⁵ Robertson ya en la Clínica Tavistock junto con su esposa Joyce (psicóloga), investigó y filmó las reacciones de los niños durante la privación misma, realizando el ahora clásico documental "Un Niño de Dos Años Va al Hospital", mismo que inicialmente recibió una fría acogida al ser proyectado en la Real Sociedad de Medicina de Inglaterra. En sus investigaciones siguió encontrando inconvenientes y secuelas a la separación de niños pequeños de sus madres, lo que lo movió a lanzarse en franca campaña contra la restricción de las visitas en los hospitales pediátricos.

Robertson y Bowlby propusieron tres fases por las que pasa el niño al ser separado de sus padres. La primera de ellas, la *protesta* dura de unas horas a varios días, durante la misma el niño se encuentra confundido y asustado, agita los barrotes de la cuna, grita y voltea ante cualquier sonido que pueda sugerir el regreso de la madre. En la segunda etapa, la *desesperanza* que gradualmente sigue a la protesta, el niño se siente cada vez más triste y apático, llora con menor frecuencia y su llanto es monótono e intermitente, demanda poco de los que están a su alrededor. Es en ésta fase en la que puede cometerse el error de pensar que el niño "se está acoplando al servicio". En la tercera etapa difirieron llamándola *negación* Robertson y *desvinculación* Bowlby. Robertson describió esta etapa de aparente felicidad como un signo de alarma. Sugirió que en esta etapa la desesperanza se ha tomado tan grande que es intolerable, toda emoción se ha suprimido y el niño vive momento a momento reprimiendo los sentimientos por su madre.

Cuando éste estado continúa, los niños se muestran tan ensimismados que no buscan ya más el afecto maternal, un signo de trauma psicológico importante.^{5 y 6}

Los movimientos sociales en Europa y el resto del mundo occidental

La 'Federación Nacional de Institutos para la Mujer' en Inglaterra formuló en 1950 una moción dirigida a los hospitales pediátricos, solicitando se permitiera a las madres visitar a sus hijos hospitalizados. En 1960 cuatro madres de familia iniciaron el grupo "Cuidados Maternos para Niños Hospitalizados". La organización fue reuniendo adeptos y así en 1963 sostuvo su primera reunión anual con el nuevo nombre de "Asociación Nacional para el



Bienestar de los Niños Hospitalizados". En 1984 tal asociación hizo público un pliego petitorio denominado Cartilla para Niños Hospitalizados con 9 puntos, a saber:

1. Los niños deben ser hospitalizados, únicamente si el cuidado que requieren, no puede ser igualmente propinado en casa o como paciente ambulatorio.
2. Los niños hospitalizados deben tener el derecho a tener consigo a sus padres de manera constante debido a que éste es el principal interés del niño. Por lo tanto deberán ofrecerse facilidades para que éstos se queden en el hospital, siendo ayudados y motivados a quedarse.
3. Con el propósito de compartir el cuidado del niño, los padres deben ser informados detalladamente, sobre las rutinas del servicio y se les debe motivar a participar en el cuidado de sus hijos.
4. Los niños y/o sus padres deben tener el derecho de recibir información adecuada a su edad y capacidad de comprensión.
5. Los niños y/o sus padres deben ser tratados con tacto y comprensión y en todo momento debe ser respetada su privacidad.
6. Los niños deben gozar de cuidados propinados por personal adecuadamente capacitado, totalmente conciente de las necesidades físicas y emocionales de cada grupo de edad.
7. Los niños deberán poder vestir su propia ropa y tener consigo sus posesiones personales.
8. Los niños deben estar en un medio acondicionado y equipado para suplir sus requerimientos y que se ajuste a estándares de seguridad y supervisión.
9. Los niños deben tener plena oportunidad para el juego, recreo y educación adecuada a su edad y condición.⁷

Actualmente la organización lleva el nombre de "Acción para el Niño Enfermo" y se encarga de monitorizar las condiciones de atención y estancia de los niños hospitalizados en el Reino Unido.

En 1965 en Estados Unidos se formó la "Asociación para el Cuidado de la Salud de los Niños" y han ido surgiendo nuevas organizaciones civiles en los últimos 30 años, como la "Asociación para el Bienestar de los Niños de Gales", la "Asociación Nacional Escocesa para el Bienestar de los Niños Hospitalizados", la "Asociación Nacional para los Niños y Hospitales" en Holanda, la "Asociación Nórdica para el Cuidado del Niño Enfermo", el "Comité de Acción para los Niños Hospitalizados de Alemania", la "Asociación Australiana para el Bienestar de los Niños Hospitalizados" y la "Asociación para el mejoramiento de las Condiciones de Hospitalización para los Niños en Francia".¹⁷⁵

Las evidencias epidemiológicas y etológicas

En una cohorte de un gran número de niños nacidos en Inglaterra, la primera semana de marzo de 1946 y seguidos cada 2 años hasta la adolescencia, Douglas⁸ encontró una relación directa entre el número y duración de los internamientos y el deterioro en el comportamiento al regreso a casa, reportado por la madre, así como una relación inversa entre el tiempo permitido de visita a los familiares y dicho deterioro. Halló también, una asociación entre el número y duración de los internamientos hospitalarios ocurridos antes de los 5 años y el desarrollo de problemas de lectura, inestabilidad laboral, comportamiento agresivo y "problemas con la ley" durante la adolescencia.



En 1972 se realizaron estudios de comportamiento en monitos rhesus separados de sus madres, en los que se hallaron alteraciones en los patrones habituales de conducta entre aquellos monos sometidos a separación comparados con los controles no separados. Estas alteraciones fueron evidenciables aún dos años después de ocurrida la separación.²

El Reporte Platt

En 1956 el gobierno británico convocó a un comité parlamentario, encabezado por Sir Harry Platt presidente del Real Colegio de Cirujanos, para conocer las condiciones reinantes en los hospitales pediátricos. El documento resultante se conoce hoy en día como el "Reporte Platt" mismo que contiene 55 recomendaciones a los hospitales pediátricos y aquellos generales con servicios de hospitalización pediátrica. Entre éstas se incluye el permitir la presencia de los padres durante la hospitalización, proveer facilidades para la presencia constante de los mismos (como sillones reclinables, catres, etc), así como dar clases escolarizadas y recreación a los niños hospitalizados.¹

El Reporte Platt fue seguido por el "Reporte de la Corte" (1976), emitido por el Comité de Servicios de Salud para el Niño del Departamento de Salud y Seguridad Social de Inglaterra. En éste se apoyaba abiertamente la posición de la Asociación Nacional para el Bienestar de los Niños Hospitalizados, tocante al valor de las visitas sin restricciones de los padres, hermanos, compañeros de escuela y otros familiares, así como la provisión de facilidades para que un padre o familiar se quedara con el niño hospitalizado.¹

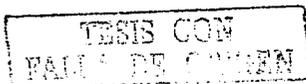
Los cambios tangibles en Europa

Las puertas de los hospitales pediátricos se fueron abriendo paulatinamente a los padres, con la presión de las evidencias científicas, de los grupos sociales y las recomendaciones gubernamentales. Así en Inglaterra, entre 1975 y 1982 el porcentaje de hospitales pediátricos que permitían visita sin restricción de horarios a los padres se incrementó de 17 a 49%.¹⁴

El enfoque médico familiar y el modelo de Cuidados Hospitalarios Centrados en la Familia

Las familias han sido definidas como sistemas constituidos por relaciones interpersonales, caracterizadas por intercambio constante entre sus miembros y por cadenas causa-efecto recíprocas. Es así como lo que afecta a un miembro repercute en el resto de la familia, ésta suele echar a andar una serie de mecanismos que procuran mantener la homeostasis del sistema.¹⁰ Cuando un miembro de la familia es sustraído y aislado del resto de la misma, especialmente cuando es un miembro socialmente vulnerable, se le priva de los beneficios de los mecanismos homeostáticos, pudiendo llegar a percibir la hospitalización incluso como un castigo¹¹, desarrollando en ocasiones depresión¹² u otras alteraciones de acuerdo a la vulnerabilidad individual.¹³ En vista de lo expuesto la "Asociación para el Cuidado de la Salud del Niño" de Estados Unidos diseñó un enfoque de atención denominado "Cuidados Hospitalarios Centrados en la Familia"¹⁴ en el que se persiguen, los siguientes objetivos:

1. Reconocer que la familia es una constante en la vida del niño mientras que los sistemas, servicios y personal de salud son fluctuantes.
2. Facilitar la colaboración entre el personal de salud y los padres en todos los niveles del cuidado de la salud.



3. Reconocer los puntos fuertes y la individualidad de cada familia y respetar las estrategias familiares de adaptación a la hospitalización.
4. Compartir en forma continua con los padres información completa y sin sesgos sobre el cuidado de su hijo en forma empática y apropiada.
5. Promover y facilitar apoyo entre los padres de diferentes niños hospitalizados.
6. Entender e incorporar las necesidades derivadas del desarrollo de niños, adolescentes y sus familias en los sistemas de salud.
7. Implementar políticas y programas adecuados a las necesidades emocionales y económicas de las familias.
8. Asegurar que el diseño de los servicios de salud sea flexible, accesible y que responda a las necesidades de las familias.
9. Implementar programas y políticas apropiadas que sean incluyentes, y provean de apoyo emocional para el personal de salud (éste último punto fue agregado por un hospital canadiense en el que se valoró el modelo para no dejar fuera al personal de salud).

Este modelo ha sido valorado en países desarrollados encontrándose particularmente difícil de lograr el punto dos relativo a la colaboración entre padres y personal de salud, aparentemente debido a una actitud inquisidora y poco tolerante del personal de salud hacia los padres y viceversa.¹⁴

Los hospitales de cuidados paternos

Movidos tanto por las evidencias del beneficio de la presencia de los padres, como por la preocupación del costo creciente de los servicios hospitalarios, surgió en la década de los 60's en EEUU el modelo de Hospitales de Cuidados Paternos.¹⁶ Algunos de ellos construidos exprofeso, otros remodelados a partir de hospitales preexistentes, se basan en la inclusión activa de los padres en las labores de enfermería como bañar, cambiar, tomar los signos vitales, etc. Este tipo de hospitales tiene entre sus ventajas el evitar lo que se dio a conocer como el "Síndrome de la Madre Cautiva",¹⁵ en el que la madre se encontraba acorralada en una situación en la que por un lado, se sentía emotivamente obligada a permanecer al lado de su hijo, pero por el otro no se le incluía en el hospital en actividad alguna, con lo que se aburría sobremanera.

Se ha reportado en algunos de éstos hospitales haber logrado reducir significativa mente el tiempo de hospitalización y mejorar las perspectivas de salud para niños con enfermedades crónicas, ya que durante la estancia hospitalaria los padres adquieren confianza y destreza en el manejo de la enfermedad.¹⁷

La preparación de los niños para la hospitalización y cirugía

Hall¹⁵, ha hecho notar que el dar información al niño que requiere cirugía y/o hospitalización, reduce en gran medida la ansiedad inherente al internamiento. Tal información puede presentarse en forma de pláticas adecuadas a la edad del niño, visitas guiadas al hospital, folletos y videos.

Esbozo de la historia de los hospitales pediátricos del Distrito Federal

Los actuales hospitales pediátricos dependientes de la Secretaría de Salud del Distrito Federal tienen sus raíces en los inicios del siglo XX, cuando como respuesta a la necesidad



de contar con servicios médicos traumatológicos que cubrieran también, la atención de pacientes lesionados por ilícitos, se creó el primer puesto de socorro de la capital. Fue hacia 1909 que el entonces gobernador del Distrito Federal, Guillermo de Landa y Escandón, inaugurara "La Central de Socorro" como fue conocido el puesto, en la calle de "Las Verdes" muy cerca de La Ciudadela siendo bautizado como "La Cruz Verde".¹⁸ Las demandas crecieron con la ciudad y los puestos se multiplicaron hasta constituirse en 1921 como los "Servicios Médicos de la Policía". En 1935 bajo la dirección del Dr. Rubén Lefero, los hasta entonces Servicios Médicos de la Policía, pasaron a depender de Acción Social del ya Departamento del Distrito Federal. El 5 de marzo de 1960 se inauguraron El Hospital Infantil de La Villa y el Hospital Infantil de Iztapalapa, primeros hospitales pediátricos dependientes de la Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal. Hacia 1962 la institución contaba ya con siete hospitales infantiles, y se abrieron oficialmente las plazas a residentes. El 20 de julio de 1963 se inauguró el Hospital Infantil de Inguarán, y el 18 de septiembre el Infantil de Legaria. En 1964 fueron inaugurados los Hospitales Infantiles de San Juan de Aragón y Xochimilco. Hacia 1982 estando al frente de la Dirección General de Servicios Médicos del D.F. el doctor y general Manuel Moreno Castellanos, se inició la remodelación del Hospital Pediátrico de Coyoacán junto con tres hospitales traumatológicos de la dependencia. Surgieron entonces a principios de los ochentas en algunos hospitales materno infantiles y pediátricos del D.F. (como el Infantil de Iztapalapa y Coyoacán), iniciativas encaminadas a mejorar la calidad de la atención brindada. Tal fue el caso de los programas de "Madre Canguro" y "Madre Acompañante" programas que sin ser oficiales daban la oportunidad a la madre de estar continuamente al lado de su hijo. En forma paralela había hospitales infantiles que proseguían con la estrategia de visitas con horarios preestablecidos. Desafortunadamente para madres e hijos, estos programas fueron desapareciendo paulatinamente persistiendo únicamente en dos de los hospitales dependientes de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.¹⁹

Recientemente en nuestro medio, Cortés Romero²⁰ al evaluar los cambios conductuales de 62 niños apendicectomizados en el Hospital Pediátrico de Moctezuma no encontró diferencias conductuales estadísticamente significativas a los 15 días de haberse egresado. No obstante como el mismo autor puntualiza las estancias por este padecimiento suelen ser cortas. Nosotros agregaríamos que los pacientes estudiados por Cortés tenían entre seis y 15 años por lo que su susceptibilidad a sufrir daño psicológico de acuerdo a la teoría del vínculo era menor.

Variaciones interinstitucionales de la participación parental en la atención médica pediátrica en México

En México, hay marcadas diferencias en el tiempo de visitas permitido a los familiares y la inclusión de los padres en el cuidado de sus hijos. Así el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), adoptó el sistema de visitas no restringidas, lo cual resulta de capital ayuda en servicios como el de oncología de los centros médicos. De la misma forma el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), permite la presencia parental, en forma continua.

La inclusión de los padres en las actividades de enfermería no se da en forma oficial, más en la práctica se llega a involucrar a la madre, en algunas actividades como bañar al niño y darle de comer. En los hospitales dependientes de la Secretaría de Salud del Gobierno del



Distrito Federal (SSGDF), existen dos vertientes: en los Hospitales Generales con servicios de internamiento pediátrico, en donde el número de camas pediátricas suele ser relativamente reducido, se permite la visita sin restricciones a los padres, y se les suele involucrar en actividades de enfermería, en forma similar a lo que sucede en el IMSS e ISSSTE.

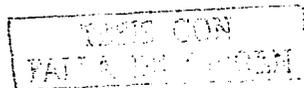
En el resto los Hospitales Pediátricos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (HPSSDF) los horarios de visita e inclusión parental varía de hospital a hospital, desde aquellos que cuentan con un sistema prácticamente de visita continua, hasta aquellos cuyos horarios de visita se restringen entre dos y cuatro horas al día. La inclusión de los padres en el cuidado de sus hijos y la toma de decisiones respecto a su salud, no es la norma.

B) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen evidencias de que la hospitalización de niños y niñas a temprana edad sin la compañía de su madre o cuidador primario puede provocar sentimientos de culpa, depresión y daño psicológico profundo durante la hospitalización, y en la adolescencia, problemas en la habilidad para leer, comportamiento agresivo, inestabilidad laboral e inclusive problemas con la ley. Se ha observado que la gravedad de las alteraciones está en relación inversa con el tiempo permitido de visitas. Así a tiempos breves de visita mayores alteraciones, observándose el menor índice de alteraciones cuando se permite el paso a la madre sin restricción de horario.^{4,8,11,12} Los horarios de visita en los HPSSDF son en la mayoría de ellos de entre dos y cuatro horas al día. Por lo anterior se antoja imperativo el cambiar las políticas relativas al horario de visita en dichos hospitales. No obstante la presencia de los padres en ocasiones trae consigo algunos inconvenientes como la sobrecarga de trabajo, aumento de las exigencias, la poca consideración ante las necesidades del personal y la falta de respeto directa hacia el mismo, entre otras. Consideramos por lo tanto inaplazable el indagar las opiniones y actitudes tanto de los padres como del personal de salud de uno de estos hospitales con respecto a la presencia parental activa y continua.

C) JUSTIFICACIÓN

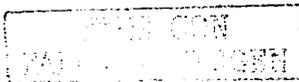
En el Distrito Federal para el año 2001 se registró una población total de 8,796,861 habitantes, de los cuales aproximadamente la mitad cuentan con servicios médicos institucionales (IMSS, ISSSTE, Servicios Médicos de PEMEX, SEDENA y otros) y la otra mitad no. A este segundo grupo poblacional se le llama población abierta y asciende a 4,082,809 habitantes.²¹ De ésta, 340,933 tienen menos de 5 años.²¹ En los 11 HPSSDF en el mismo año (2001) se registraron 23,410 egresos hospitalarios de los cuales 14,027 fueron de menores de 5 años.²² Si consideramos que las alteraciones a futuro que han sido documentadas en niños hospitalizados a temprana edad sin la presencia de los padres o con presencia escasa de los mismos, implica problemas en el ámbito de la salud mental, en el aprendizaje, en las relaciones interpersonales y en el desempeño laboral; el evitar dichas alteraciones lleva en sí gran trascendencia. Consideramos que la factibilidad del proyecto es



moderada ya que aunque la investigación *per se* es descriptiva las implicaciones que se desprenden como, eventualmente, el permitir, la presencia continua de los padres en las salas de hospitalización del Hospital Pediátrico de Coyoacán implica mucho más que el solo ofrecerles una silla al lado de su hijo para que lo acompañen durante todo el día. El médico familiar se ve involucrado en el proceso de hospitalización de los niños y de las familias a su cargo desde el inicio del proceso de internamiento, ya que en muchas ocasiones, es quien identifica la necesidad de atención intra hospitalaria, es quien trata las afecciones del resto de la familia, mientras uno de sus miembros está hospitalizado, da información sobre los procedimientos hospitalarios y finalmente, es quien recibe al paciente al egreso del hospital para darle seguimiento. El actual trabajo implica a los tres pilares de la medicina familiar²⁷: por un lado aborda el problema con una visión de riesgo, considerando al niño por hospitalizarse como un individuo en riesgo de padecer, además de las complicaciones propias de la enfermedad que motivó el internamiento, complicaciones inherentes al internamiento en sí, que serán más importantes en función de lo prolongado de la estancia, la edad del paciente y la presencia o no de los padres acompañando y apoyando al paciente pediátrico; se considera la atención longitudinal en cuanto a que busca incidir en los factores de riesgo de los pacientes a través de toda su enfermedad, incluso en la fase intra hospitalaria. Sin pretenderse asumir funciones del médico pediatra experto en manejo intra (y extra) hospitalario de infantes, más como experto en relaciones familiares, busca enfatizar la importancia del apoyo presencial de los padres durante la hospitalización; el tercer pilar de la medicina familiar y aquel que lo distingue de otros especialistas: el estudio de la familia se trasluce a partir de los dos previos en cuanto a que se busca incidir no en aspectos biológicos pediátricos que se asume que se manejan apropiadamente sino en aquellos aspectos de las relaciones familiares que influyen en la salud integral del niño y su sistema familiar.

D) OBJETIVOS

1. *General*: Conocer la opinión y actitud del personal de salud del Hospital Pediátrico de Coyoacán (HPC) y los padres de niños ahí hospitalizados sobre la presencia parental activa y continua.
2. *Específicos*:
 - a) Conocer las actitudes y opiniones de los padres de los niños internados y el personal de salud del HPC hacia los siguientes aspectos, relativos a la presencia parental activa y continua:
 - Opinión del efecto de la presencia parental continua sobre la adaptación de los niños a la hospitalización.
 - Opinión sobre la inclusión de los padres en la toma de decisiones.
 - Opinión sobre la pertinencia de solicitar expresamente la presencia de los padres al lado de sus hijos hospitalizados.
 - Conveniencia de la presencia intrahospitalaria de los abuelos y otros familiares para ayudar en el cuidado de los niños.
 - Conveniencia de la presencia parental continua cuando se interna un menor de cinco años.
 - Opinión sobre la conveniencia de brindar información a los padres sobre las condiciones de internamiento y estado de salud de sus hijos hospitalizados.



- Pertinencia del apoyo parental en la provisión de cuidados técnicamente sencillos (como dar de comer, cambiar, bañar y consolar).
 - Pertinencia del apoyo parental en la provisión de cuidados técnicamente complejos (como inyectar y colocar venoclisis).
 - Conveniencia de la presencia de los padres acompañando a sus hijos en el período prequirúrgico inmediato.
 - Conveniencia de la presencia de los padres acompañando a sus hijos en el período posquirúrgico inmediato.
- b) Conocer la tipología de las familias de los niños hospitalizados en el HPC así como otras características sociodemográficas de las mismas.
 - c) Conocer algunas características sociodemográficas del personal de salud del HPC.
 - d) Conocer la actitud de los padres de los niños hospitalizados en el HPC hacia el personal de salud del mismo.
 - e) Conocer la actitud del personal de salud del HPC hacia el trabajo con niños y sus padres así como que tanto disfrutan y consideran reconocido su actual trabajo.
 - f) Conocer la opinión del personal de salud sobre la pertinencia de brindar clases escolarizadas dentro del hospital.
 - g) Conocer la opinión del personal sobre la conveniencia de tomar en cuenta las necesidades especiales de atención de algunos niños derivadas de su filiación religiosa.
 - h) Conocer algunas de las prácticas y rutinas hospitalarias actuales.

TIENE CON
TALLA DE ORIGEN

II. METODOLOGÍA

A) TIPO DE ESTUDIO

Se trató de un estudio observacional, descriptivo y transversal.

B) POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

Se eligió por conveniencia (ya que es uno de los hospitales donde el investigador realiza actividades asistenciales), el Hospital Pediátrico de Coyoacán (HPC), uno de los 11 Hospitales Pediátricos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF), ubicado dentro de la zona urbana del Distrito Federal. Se abordó por separado a dos grupos poblacionales: el **personal de salud** del HPC (constituido por médicos, enfermeras y personal de trabajo social), y los **padres** (o cuidadores primarios) de los niños internados en dicho nosocomio. Se contó con dos cuestionarios, uno para cada población, mismos que fueron aplicados entre el 26 de agosto y el tres de diciembre de 2002. La aplicación tuvo lugar dentro de las áreas de trabajo respectivas, en el caso de los cuestionarios al personal de salud, y en la sala de espera del hospital elegido, en el caso de los cuestionarios a los padres.

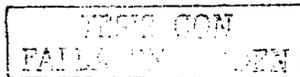
C) TAMAÑO Y TIPO DE MUESTRA

Se calcularon como números de muestra, 184 encuestas para los padres y 120 para el personal. El número de muestra para los padres fue obtenido en base al número total de egresos hospitalarios del HPC en el año 2001 (2600 egresos), después de aplicar fórmula para poblaciones finitas menores de 10,000 elementos²⁴ con un nivel de confianza de 95% y un error muestral de 5% con una $p=0.9$ y $q=0.1$. El número de muestra para el personal fue obtenida en base al total de personal de enfermería, médico y de trabajo social de base (171 elementos) según nómina de 2001 del HPC, con la fórmula previamente citada, con un nivel de confianza de 95% y un error muestral de 4% con una $p=0.9$ y $q=0.1$. Los valores de p y q para ambas muestras fueron calculadas en base al índice de éxito-fracaso observado en la prueba piloto. Se agregó 15% a ambas muestras para suplir aquellas encuestas que pudiesen ser eliminadas. No se tomaron en cuenta las encuestas levantadas a residentes ni pasantes de enfermería en el cumplimiento de la cuota muestral del personal de salud. En ambas poblaciones el muestreo fue por conveniencia (no probabilístico).

D) CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

1. *Criterios de inclusión:* En el caso del cuestionario de los padres el hecho de tener un hijo hospitalizado en ese momento y estar presente en la sala de espera del hospital en el momento que se presentaron alguno de los dos entrevistadores. En el caso de las encuestas del personal de salud fueron incluíbles, todos los médicos, enfermeras, personal de trabajo social tanto del turno matutino como del vespertino, nocturno y turnos especiales, así como residentes de pediatría o pasantes de enfermería que estuvieran en rotación en el momento de levantarse las encuestas.

2. *Criterios de exclusión:* En el caso del cuestionario de los padres fueron excluidos, aquellos con retraso mental de cualquier tipo y aquellos que se negaron a contestar los cuestionarios. Fueron excluidos, aquellos miembros del personal exclusivamente adscritos a áreas críticas: terapia intensiva, neonatología o zona de infectocontagiosos, ya que se consideró que las preguntas estaban encaminadas a áreas no críticas.



3. *Criterios de eliminación.* Aquellos entrevistados que profirieran palabras altisonantes, ofendieran a los encuestadores, o aquellos cuestionarios a los que les faltaran más de tres respuestas. Se consideró como una respuesta a cada uno de los apartados de cada diferencial semántico (ver: *características del instrumento de medición*).

E) INFORMACIÓN A RECOLECTAR

- 1) Aspectos sociodemográficos de ambos grupos (padres y personal de salud).
- 2) Prácticas y rutinas actuales del hospital.
- 3) Lo que los encuestados (tanto el personal como los padres) consideraron lo ideal en cuanto a la atención de los niños hospitalizados. En este apartado estuvo contenida la parte medular del estudio: La opinión y actitud de los padres y el personal de salud sobre la presencia parental activa y continua. También se incluyó la opinión del personal de salud sobre la pertinencia de contar con clases escolarizadas dentro del hospital, así como la opinión del personal, sobre la conveniencia de tomar en cuenta, las necesidades especiales de algunos niños internados, derivadas de su filiación religiosa.
- 4) Actitud de los padres hacia el servicio brindado por los médicos, las enfermeras y el personal de trabajo social, con su contraparte en la encuesta del personal de salud en que se le preguntó al personal sobre su actitud hacia el trabajo con niños y sus padres así como que tanto disfrutaban y consideraban reconocido su actual trabajo.

F) MÉTODO PARA CAPTAR INFORMACIÓN

1. Instrumentos de medición.

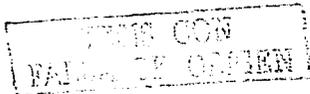
Se contó dos cuestionarios, ambos elaborados por Shields¹⁴ y amablemente puestos a disposición del presente estudio por la autora. Fueron diseñados en base al reporte Platt²⁷ y un texto actualizado de enfermería, y utilizados en cuatro países (Indonesia, Australia, Tailandia e Inglaterra) para valorar los cuatro rubros enunciados en el apartado previo.

2. Prueba piloto y modificación a las encuestas originales.

Se realizó una prueba piloto aplicando 10 cuestionarios de cada tipo (tanto del cuestionario para los padres como de aquel del personal de salud). Corrigiéndose posteriormente la sintaxis y estructura de algunas preguntas a fin de adaptarlas a la cultura local y hacerlas más claras. Contándose en todo el proceso con la asesoría de un maestro en antropología con vasta experiencia en trabajo de campo. Se eliminaron cuatro preguntas de la encuesta de los padres originalmente elaborada por Shields por considerarse que no correspondían a los objetivos del presente estudio. Se agregaron dos preguntas al cuestionario del personal de salud para evaluar la percepción de los mismos sobre el reconocimiento de su trabajo por los niños y padres de los niños que atienden. Quedando finalmente constituida por 43 preguntas la encuesta de los padres y 31 preguntas aquella del personal de salud.

3. Captura y análisis de la información.

Una vez recolectado el total del número de ambas muestras, se procedió al vaciado de datos en sendas hojas del programa Excel para Windows, programa con el que se calcularon las frecuencias absolutas y los promedios, las modas y medianas fueron calculadas manualmente. Se realizó el análisis de los datos en base a los cuatro rubros evaluados por las encuestas como se expone a continuación:



a) *Evaluación de aspectos sociodemográficos*

Evaluado mediante preguntas abiertas y cerradas. En este rubro se analizó la tipología familiar de los niños hospitalizados, así como generalidades de ambas poblaciones. El análisis se efectuó por separado con el propósito de esbozar las características de cada grupo, mismas que fueron expuestas en forma de tablas, gráficas de barra y de pastel así como histogramas.

b) *Evaluación de las prácticas y rutinas hospitalarias actuales.*

Evaluado mediante preguntas cerradas dicotómicas y en abanico. Los resultados de la valoración de prácticas hospitalarias según reportado por padres y personal de salud fueron presentados en forma de tablas con frecuencias absolutas y porcentajes. Se realizó comparación cuando fue pertinente de aquello expuesto por el personal con lo expuesto por los padres.

c) *Evaluación de lo que los encuestados consideran lo ideal en cuanto a la atención hospitalaria de los niños.*

Este rubro constó de tres partes: 1) evaluación de la actitud hacia la presencia parental activa y continua 2) opinión del personal sobre la pertinencia de las clases escolarizadas dentro del hospital y 3) opinión del personal respecto a necesidades particulares de los niños derivadas de su filiación religiosa.

La actitud de los encuestados sobre la presencia parental activa y continua fue valorada mediante la escala de Likert y dos preguntas cerradas en abanico en cada una de las encuestas. El análisis de las escalas se efectuó por medio de la técnica para calificar escalas de Likert expuesta por Hernández Sampieri et al.²⁸ que a continuación describimos brevemente.

Las escalas de Likert son instrumentos diseñados para medir *actitud* entendida ésta como "una predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable respecto a un *objeto* o sus símbolos".²⁸ En nuestro caso el objeto fue la *participación parental activa y continua*.

Las preguntas en las escalas de Likert pueden estar enunciadas en sentido positivo o negativo, siendo un ejemplo de pregunta enunciada en sentido positivo: "¿Cree usted que los padres deben participar en las decisiones sobre la atención del niño?" y la misma pregunta enunciada en sentido negativo quedaría así: "¿Cree usted que los padres no deben participar en las decisiones sobre la atención del niño?". En las encuestas aplicadas todas las preguntas se formularon en sentido positivo.

Las opciones de respuesta a las preguntas que conformaron la escalas de Likert de ambas encuestas fueron básicamente:

- 1) *Si, siempre* (equivalente a totalmente de acuerdo con el enunciado de la pregunta);
- 2) *A veces* (equivalente a ni totalmente de acuerdo ni totalmente en desacuerdo),
- 3) *No, nunca* (equivalente a totalmente en desacuerdo).

Obteniendo al momento de codificar las respuestas, una calificación de "1" la respuesta *Si, siempre*, "2" *A veces* y "3" *No, nunca*. En aquellas preguntas en que las opciones de respuesta fueron *Si, No y No sé*, para efectos de cuantificación a *Si*, se le adjudicó una calificación de "1", a *No*, calificación de "3" y a *No sé* calificación de "2".

Una de las preguntas que formó parte de la escala de Likert de la encuesta de los padres tuvo cuatro opciones de respuesta: *Si siempre, A veces, No nunca y No sabe*. En esta pregunta se agregó la opción *No sabe* para conocer el grado de incertidumbre de los



padres. No obstante con el propósito de cuantificación en la escala de Likert a la respuesta *No sabe* se le dio un valor de "2" equivalente a neutral lo cual consideramos que no modifica en forma importante el resultado global (solo 6 padres de 175 eligieron la opción *No sabe*).

La puntuación de la escala de Likert para cada encuestado se obtuvo sumando los valores alcanzados respecto a cada pregunta y dividiendo posteriormente la suma entre el número de preguntas (9 preguntas). Siendo "1.0" la calificación más a favor posible, y "3.0" la calificación más en contra posible. En base al resultado numérico obtenido en la escala se establecieron cuatro intervalos: de 1 a 1.5: muy favorable; de 1.5 a 2.0: favorable; de 2.0 a 2.5 desfavorable y de 2.5 a 3.0 muy desfavorable. Este resultado se consideró la actitud del encuestado hacia la participación parental activa y continua. Posteriormente se procedió a calcular el promedio de calificaciones por grupo en el caso de la encuesta del personal (médicos, enfermería y trabajo social) y global en el caso de la encuesta de los padres. Finalmente se calcularon los promedios de puntuación para cada una de las preguntas que constituyeron la escala de Likert a fin de evaluar por separado qué aspectos de la participación parental activa y continua contaron con mayor aprobación. En este caso también "1.0" fue la calificación más aprobatoria y "3.0" la más reprobatoria. Se establecieron también cuatro intervalos como en el análisis del total de la escala.

La opinión del personal respecto a la pertinencia de las clases escolarizadas dentro del hospital y la consideración de las necesidades particulares de algunos niños derivadas de su filiación religiosa fueron calificadas del mismo modo que se calificaron individualmente las preguntas que conformaron la escala de Likert.

Las dos preguntas cerradas en abanico que pertenecieron a la valoración de la actitud hacia la participación parental activa y continua fueron expresadas en forma de porcentaje de cada una de las respuestas.

d) Evaluación de la actitud de los padres hacia el servicio prestado por el personal de salud, así como actitud del personal hacia el trabajo con niños y sus padres así como que tanto disfrutaban y consideraban reconocido su actual trabajo.

Estas fueron valoradas mediante diferenciales semánticos. Esta técnica de evaluación consiste en una serie de adjetivos opuestos (antónimos) que califican al *objeto de actitud* ante los cuales se solicita la reacción del sujeto.²⁸ Los adjetivos ante los cuales el sujeto debe pronunciarse son extremos como "bueno" y "malo" y se colocan una serie de espacios o 'casillas' entre ambos (en nuestro caso fueron cinco casillas). Ejemplo: bueno: : : : : malo. Se pidió entonces al encuestado que colocara una cruz en la casilla que considerara expresaba mejor sus sentimientos hacia los conceptos enunciados. Se indicó que si el encuestado se inclinaba totalmente a una de las palabras escribiera la cruz en la casilla inmediatamente adyacente a dicha palabra. Por ejemplo si consideraba que la respuesta era totalmente bueno, pusiera la cruz así: bueno: x : : : : malo, o si consideraba que era totalmente malo la colocara así: bueno: : : : : x malo. En caso de considerarse sin preferencia por alguna de las dos palabras, escribiría una cruz en la casilla central. Ejemplo: bueno: : : x : : malo. Y cuando se sintiera inclinado solo ligeramente hacia una de las dos palabras pusiera la cruz así: bueno: : x : : malo, o así: bueno: : : : x malo. En los diferenciales semánticos no se emplea únicamente un par de adjetivos opuestos, sino varios para

calificar un mismo objeto. A continuación expondremos uno de los diferenciales semánticos contenido en la encuesta del personal de salud .

Enunciado:

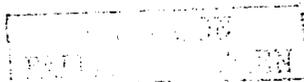
1. Casi siempre el trabajar con niños me resulta

satisfactorio: : : : : insatisfactorio
agradable: : : : : desagradable
placentero: : : : : fastidioso
fascinante: : : : : sin chiste
motivante: : : : : desmotivante
entretenido: : : : : aburrido
reconfortante: : : : : no reconfortante

En la encuesta del personal de salud además de éste diferencial semántico se contó con uno más (con la misma serie de adjetivos opuestos) para evaluar la actitud hacia el trabajo con los padres de los niños hospitalizados. La encuesta de los padres contó con tres diferenciales semánticos con diez pares de adjetivos opuestos (los mismos en los tres diferenciales pero distintos a los empleados en la encuesta del personal): De forma similar a las escalas de Likert, todos los diferenciales semánticos tuvieron un sentido positivo. En todos los casos el adjetivo con una connotación positiva se colocó del lado izquierdo de las casillas, y se adjudicó un valor de "1" a la primera casilla (de izquierda a derecha), "2" a la segunda y así sucesivamente hasta adjudicar el "5" a la última casilla. Así se sumó el resultado de cada uno de los pares de adjetivos de cada diferencial semántico y posteriormente se dividió la suma entre el número de pares de adjetivos de dicho diferencial (siete en los del personal de salud y 10 en los de los padres). Así se obtuvieron tres calificaciones de actitud por cada padre encuestado (una relativa a los médicos, otra a enfermería y otra a trabajo social) y dos por cada miembro de personal de salud encuestado (una relativa al trabajo con los niños y otro al trabajo con sus padres). Siendo en todos los casos 1.0 la calificación más favorable posible y 5.0 la calificación más desfavorable posible, estableciéndose cuatro intervalos entre tales extremos: Siendo de 1.0 a 2.0: muy favorable; de 2.0 a 3.0 favorable; de 3.0 a 4.0: desfavorable y de 4.0 a 5.0 muy desfavorable. Para facilitar el análisis de los resultados se promedió la calificación que obtuvo cada encuestado por grupo de profesión en el caso del personal de salud y en forma global en el caso de los padres. Se obtuvieron los promedios para cada par de adjetivos con propósitos comparativos. Lo mismo se hizo con las tres preguntas que no perteneciendo a los diferenciales semánticos tuvieron una estructura similar y valoraron que tanto reportó el personal disfrutar su actual trabajo y considerarlo reconocido por los niños y los padres de los niños que atienden.

G) CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se obtuvo la aprobación del Comité de Investigación del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México recibiendo código de registro número 302-110-0102. Se obtuvo la aprobación por el Comité de Ética, Bioseguridad e Investigación del HPC el 10 de julio de 2002. Se hizo del conocimiento de todos los encuestados el carácter anónimo de la información proporcionada y en ningún caso se pidió el nombre del informante. Se obtuvo consentimiento informado verbal. Se guardó la confidencialidad de la información en todos los casos y en especial en los casos en que el cargo del encuestado pudiese ayudar a su fácil identificación (directivos).



III. RESULTADOS

A) CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Generalidades de la encuesta para padres

Todas las encuestas fueron aplicadas en la sala de espera del hospital sede, entre las 8:30 y las 20:30 horas, la primera fue aplicada el 26 de agosto y la última el tres de diciembre de 2002. Se obtuvo una buena respuesta ya que únicamente 5 padres se negaron a responder la encuesta. Se aplicaron un total de 185 encuestas. De éstas se eliminaron ocho por contener más de tres preguntas no contestadas, y dos más que contenían información duplicada ya que fueron respondidos un día por los padres y otro por las madres de dos menores. Por lo tanto el análisis se realizó a partir de las 175 encuestas restantes. 134 (76.6%) de éstas encuestas fueron contestadas por la madre del menor, 33 (18.9%) por el padre y 8 (4.5%) por algún otro familiar.

Escolaridad de los padres encuestados

Tabla 1. Escolaridad de los padres encuestados HPC, México, D.F.

Escolaridad	Número	Porcentaje
No sabe leer ni escribir	7	4
No estudió pero si sabe leer y/o escribir	4	2.3
Primaria	54	30.8
Secundaria	68	38.8
Preparatoria, vocacional, bachillerato o carrera técnica	36	20.6
Licenciatura	6	3.4
Total	175	99.9

Fuente: Cuestionario para padres HPC, 2002

n=175

Más del 60% de los padres tuvieron nivel de secundaria o superior lo cual habla de un aceptable nivel de escolaridad, pudiendo considerarse un factor de buen pronóstico para la salud familiar.

Estado civil de los padres encuestados

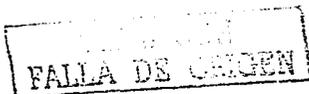
Tabla 2. Estado civil de los padres encuestados HPC México, D.F.

Estado Civil	Número	Porcentaje
Casados	76	43.4
Unión libre	74	42.3
Solteros	19	10.9
Separados	5	2.8
Viudos	1	0.6
Total	175	100

Fuente: Cuestionario para padres HPC, 2002

n=175

Más del 80% de los encuestados refirió vivir con una pareja, lo cual eventualmente puede conferirles flexibilidad y permitir que uno de los miembros de la pareja acuda al hospital mientras que el otro asegura el aporte económico. Los 19 encuestados que refirieron ser



solteros fueron, en su totalidad, madres y cuatro de ellas tuvieron menos de 18 años (madres adolescentes, solteras).

Edades de los padres encuestados

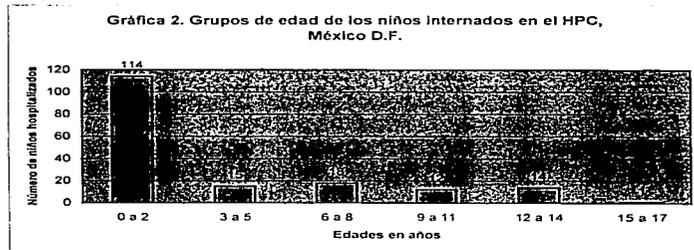


Fuente: Cuestionario para padres HPC, 2002

n=175.

Los encuestados fueron relativamente jóvenes con 85.1% de 35 y menos años (gráfica 1); 11 (7%) de los encuestados fueron adolescentes.

Sexo y Edad de los niños internados



Fuente: Cuestionario padres HPC 2002.

n=175.

De las 175 encuestas, 107 (61.1%) fueron varones y 68 (38.9%) mujeres; 106 (60.6%) fueron menores de 3 años, y 123 (70.3%) menores de 6 años. El de mayor edad tuvo 15 años (gráfica 2).



2. Características de las familias de los niños internados

Ocupación de las madres de los niños internados

Tabla 3. Ocupación de madres de los niños internados HPC México D.F.

Ocupación	Número	Porcentaje
Amas de casa	141	84.4
Empleadas	7	4.2
Estudiantes	6	3.6
Comerciantes	4	2.4
Trabajadoras domésticas	2	1.2
Técnicas	2	1.2
Desempleada	1	0.6
Artesana	1	0.6
Profesionista	1	0.6
Maestra de natación	1	0.6
Pinada	1	0.6
Total	167	100

Fuente: Cuestionario para padres HPC, 2002 n=167

Se contó con la información de la ocupación de 167 de las madres de los 175 niños ya que 8 de los entrevistados no eran la madre ni el padre y la pregunta para conocer la ocupación iba dirigida hacia el encuestado y su pareja. A continuación en los siguientes dos apartados, al hacer mención del *total* de familias (excepto los totales expresados en las tablas) nos referiremos a las 167 familias de las que se recabó información completa con respecto a la actividad laboral de al menos uno de los progenitores.

Clasificación familiar en base a su patrón cultural

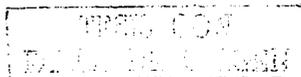
Tabla 4. Tipología familiar de los niños internados en el HPC, México D.F. en base a su patrón cultural.

Tipología familiar	Número	Porcentaje
Familias tradicionales	135	93.1
Familias modernas	10	6.9
Total	145	100

Fuente: Cuestionario para padres HPC, 2002

n=145

El cálculo del porcentaje de familias en base a su patrón cultural se realizó a partir de las 145 familias de las que se obtuvo información sobre la ocupación de ambos miembros de la pareja. Dentro de las familias tradicionales se incluyeron seis casos en los que el padre realizaba actividades remuneradas y la madre reportó ser estudiante, ya que se asumió arbitrariamente que además de estudiar la madre se encargaría del cuidado de los hijos y el hogar.



Ocupación del padre de los niños internados

Tabla 5. Ocupación de los padres de los niños internados HPC, México D.F.

Ocupación	Número	Porcentaje
Empleados (federales, de almacenes, gasolineras, tiendas.)	40	27.2
Oficios (carpintero, electricista, mecánico, cocinero, pintor, jardinero, barnizador, plomero.)	19	12.9
Comerciantes (ambulantes y establecidos)	17	11.5
Choferes (taxi, microbús, y particular.)	16	10.9
Obreros	13	8.8
Albañiles (oficiales y ayudantes)	12	8.1
Agricultores	6	4.1
Personal de seguridad (privada, y policías.)	4	2.7
Técnicos (en computación, capturistas.)	3	2.0
Meseros	3	2.0
Desempleados	3	2.0
Profesionistas	2	1.4
Estudiantes	2	1.4
Ayudantes (sin especificar de qué)	2	1.4
Instructor de tenis	1	0.7
Lava coches	1	0.7
Contratista	1	0.7
Pastor de iglesia	1	0.7
Intendente	1	0.7
Total	147	99.9

Fuente: Cuestionario para padres HPC, 2002

n=147

Se contó con la información sobre 147 de los padres de los niños internados. Se advirtió una proporción marcadamente mayor de ocupaciones remuneradas en el grupo de padres (96.6%), al ser comparado con el grupo de madres (10.8%). Se advirtió en ambos grupos el predominio de empleos relativamente poco remunerados.

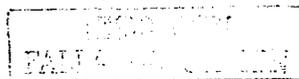
Clasificación familiar en base a la condición y tipología laboral de las familias de los niños internados

Tabla 6. Tipología de las familias de los niños hospitalizados en el HPC, México D.F. por su condición laboral

Tipo de familia	Número	Porcentaje
Familias desempleadas	8	4.8
Familias campesinas	6	3.6
Familias obreras	48	28.8
Familias empleadas	89	53.2
Familias profesionistas	9	5.4
No se contó con información	7	4.2
Total	167	100

Fuente: Cuestionario para padres HPC, 2002

n=167



Se clasificó como desempleadas a aquellas familias en las que: bién el padre refiriera ser desempleado y la madre no realizara actividades remuneradas (tres casos), bién fueran monoparentales y el progenitor presente refiriera ser desempleado (un caso), o bién fueran monoparentales y el progenitor presente refiriera ser ama de casa y no pertenecer a una familia extensa (cuatro casos). Las siete familias de las que no se contó con información fueron aquellas familias monoparentales y extensas en las que la madre no refirió realizar actividades remuneradas. Estas familias no fueron clasificadas como desempleadas, ya que el termino conlleva una connotación de vulnerabilidad económica, y es posible que la familia extensa proveyera recursos económicos suficientes. Los padres obreros representaron el 8.8% de los padres, más las familias obreras, considerando como obreros también a los padres con algún oficio, albañiles, ayudantes e intendentes, fueron el 28.8% del total. Las familias empleadas, (considerando además de los que refirieron ser empleados, a los comerciantes, choferes, personal de seguridad, meseros e instructor de tenis, así como nueve madres sin pareja que refirieron ser empleadas) correspondieron a 53.3% del total de familias. De las 12 madres que fueron catalogadas como empleadas 3 tenían pareja y esta trabajaba también, asumiendo arbitrariamente que era el padre el que recibía el salario mas elevado y por lo tanto de estar presente fue quién determinó la tipología laboral de la familia. La muestra contó con 2 padres profesionistas más las familias profesionistas, considerando como profesionistas a aquellos con escolaridad técnica, estudiantes, contratista y un pastor de iglesia (la madre profesionista fue esposa de uno de los padres profesionistas) hizo que la cifra se elevara a 5.4% del total.

Presencia de otros hijos además del hijo internado.

Al preguntar a los encuestados, si el niño hospitalizado tenía otros hermanos(as) 115(65.7%) refirieron que sí, y 60 (34.3%) refirieron que no. A continuación se expone el número y porcentaje de familias que tuvieron ninguno, uno, dos, tres y más hijos:

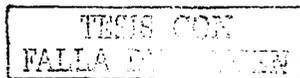
Tabla 7. Frecuencia de familias con otros hijos además del hijo hospitalizado en el IIPC, México D.F.

	Número	porcentaje
Ninguno más	60	34.3
Uno más	58	33.1
Dos más	37	21.1
Tres más	10	5.7
Cuatro más	5	2.9
Cinco más	3	1.7
Seis más	1	0.6
Nueve más	1	0.6
Total	175	100

Fuente: Cuestionario para padres IIPC, 2002

n=175

Se pudo observar que un tercio de las familias solo tienen un hijo (el hospitalizado), otro tercio tiene dos y un 20% más tiene tres, es así que 88.5% de las familias tuvieron entre uno y tres hijos. El promedio fue de 2.2 hijos, la moda y mediana fueron dos hijos por familia. Lo cual puede estar relacionado con el hecho de los padres encuestados fueron relativamente jóvenes.



Cuidado de los hermanos de los niños internados, mientras sus padres están en el hospital.

Tabla 8. Esquema de cuidados a los hermanos de los niños internados en el HPC, México D.F.

Características	Número	Porcentaje
Familias con otros hijos además del hospitalizado	115	100
Aquellas que dejan a sus otros hijos con alguien más	101	87.8
Aquellas que llevan a sus otros hijos al hospital	7	6.1
Aquellos que refirieron que nadie cuida a sus otros hijos	7	6.1

Fuente: Cuestionario para padres. HPC 2002

n=115

Al indagar quién cuida a los hermanos de los niños hospitalizados (en caso de tenerlos), la mayor parte dijo que los dejan con alguien más. Una pequeña proporción refirieron llevarlos al hospital junto con ellos, y otros pocos dijeron que nadie los cuida (sobretudo se trató de casos en que los niños fueron escolares o adolescentes).

Tipo de cuidadores de los hermanos de los niños internados



Fuente: Cuestionario para padres HPC 2002

n=101

Entre las familias a las que alguien más cuidaba de sus hijos, al indagar, qué relación tenía el cuidador con la familia, la gran mayoría respondieron que se trataba de otros familiares y un pequeño porcentaje dijeron que eran vecinos o la pareja de la madre.

Origen de los 'cuidadores familiares' de los hermanos de los niños hospitalizados.

Tabla 9. Origen de los cuidadores familiares de los hermanos de los niños hospitalizados en el HPC, México D.F.

Tipo de parentesco	Número	Porcentaje
Familiares de origen materno	50	49.5
Familiares de origen paterno	26	25.7
Madre	4	3.9
Padre	3	2.9
Hermana mayor	3	2.9
No se contó con información	11	10.9
Total	101	99.9

Fuente: Cuestionario para padres HPC 2002

n=101

En proporción fueron más abundantes los cuidadores de la familia de origen materno con respecto a la de origen paterno. Y en su mayoría (75.2%) los cuidadores no pertenecieron a la familia nuclear.

Género del cuidador de los hermanos de los niños internados

Tabla 10. Género del cuidador de los hermanos de los niños internados en el HPC, México D.F.

Genero del cuidador	Número	Porcentaje
Femenino	85	84.1
Masculino	5	5
Cuidado por un hombre y una mujer	2	2
No se especificó	9	8.9
Total	101	100

Fuente: Cuestionario para padres HPC, 2002

n=101

La gran mayoría de los cuidadores fueron mujeres, lo cual coincide con el hecho de que culturalmente en nuestro país, la mujer ha sido la encargada de la educación y la salud de los miembros de la familia desde tiempos remotos.

Proporción de abuelos y tíos como cuidadores.

En 51 casos (50.5%) hubo al menos una abuela(o) al cuidado de los hermanos de los niños hospitalizados y en 35 casos (34.6%) al menos una tía(o).

Tipología de las familias en cuanto a su conformación: ²⁹

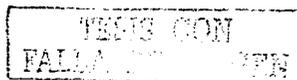
Tabla 11. Tipología familiar de las familias de los niños internados en el HPC, México D.F. en base a su conformación.

Tipología familiar	Número	Porcentaje
Familias nucleares	95	54.3
Familias extensas	55	31.4
Familias monoparentales	25	14.3
Familias compuestas	0	0
Total	175	100

Fuente: Cuestionario para padres. HPC 2002

n=175

Se pudo advertir en nuestra muestra el predominio de las familias nucleares característica propia de las sociedades urbanas. No se reportó el que viviera alguna otra persona no emparentada con la familia (familias compuestas) a pesar de que se indagó intencionadamente a todos los encuestados. De las 25 familias monoparentales en una fue el padre el que estaba presente y en las 24 restantes, la madre.



Presencia de los abuelos en las familias extensas

Tabla 12. Presencia de los abuelos en las familias extensas de los niños internados en el HPC, México D.F.

Miembro de la familia	Número	Porcentaje
Abuela sola	29	54.7
Abuelo solo	3	5.7
Abuela y Abuelo	21	39.6
Total	53	100

Fuente: Cuestionario para padres HPC, 2002

n=53

En cuanto a qué familiares conformaban los demás miembros de las familias extensas, 53 (74.6%) de éstas familias contaban con la presencia de al menos un abuelo(o) y es posible observar que las abuelas estuvieron presentes en casi la totalidad de dichas familias (94.3%), mientras que los abuelos en menos de la mitad (45.3%). Lo cual consideramos que respondió al gran número de abuelas viudas que viven con sus hijos.

Origen de los miembros de las familias extensas.

Tabla 13. Origen de los miembros de las familias extensas de los niños internados en el HPC México D.F.

Origen	Número	Porcentaje
Materno	37	52.1
Paterno	28	39.4
Ambos	1	1.4
No especificado	5	7
Total	71	99.9

Fuente: Cuestionario para Padres HPC 2002

n=71

Se observó un discreto predominio de la familia de origen materno conformando la familia extensa. Lo anterior habla de una mayor matrilocalidad (el hecho de que al formarse una nueva familia ésta se quede a vivir en casa de los padres del miembro femenino de la pareja), y se ve influenciada por el hecho de que todas excepto una de las familias monoparentales es la madre la que está presente, y 13 de esas familias monoparentales conformadas por madres, son extensas. Lo cual significa muy probablemente que hay 13 madres con sus hijos que viven en la casa de su familia de origen.

Cuidado de los hermanos de los niños hospitalizados pertenecientes a familias extensas.

Una familia extensa es aquella que incluye la unidad familiar nuclear y uno o más familiares consanguíneos, ya sean verticales ascendentes (abuelos, tíos, etc.), verticales descendentes (sobrinos) o laterales (cuñados, hermanos), viviendo bajo el mismo techo.²⁹ Los miembros de la familia extensa pueden o no fungir como una red de apoyo, realizando eventualmente funciones como el cuidado de los hermanos de un niño hospitalizado mientras los padres se encuentran en el hospital. Fue de nuestro particular interés el conocer si los miembros de las familias extensas de nuestra muestra cuidaron de los hermanos (cuando los hubo) de los niños hospitalizados mientras los padres estaban en el hospital.



Tabla 14. Casos de hermanos de niños hospitalizados en el HPC, México D.F. pertenecientes a una familia extensa cuidados y no cuidados por algún miembro de la familia extensa

Familias extensas con hermanos que cuidar	Número	Porcentaje
Los cuidó la familia extensa	25	59.5
No los cuidó la familia extensa	17	40.5
Total	42	100

Fuente: Cuestionario para padres. HPC 2002

n=42

De las 57 familias extensas, en 42 hubo hermanos que cuidar. Y de estas últimas en tres de cada cinco, fue alguno de los miembros de la familia extensa (generalmente una mujer) quien cuidó a los hermanos del niño internado mientras los padres estaban en el hospital. En el resto de los casos fue algún otro familiar externo a la familia extensa quien se encargó del cuidado.

Fase del ciclo de vida de las familias de los niños internados.

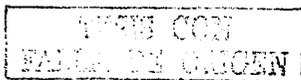
Tabla 11. Fase del ciclo de vida de las familias de los niños internados en el HPC México D.F.

Fase del ciclo de vida	Número	Porcentaje
Expansión	94	54
Dispersión	72	41.4
Independencia	8	4.6
Total	174	100

Fuente: Cuestionario para padres HPC, 2002

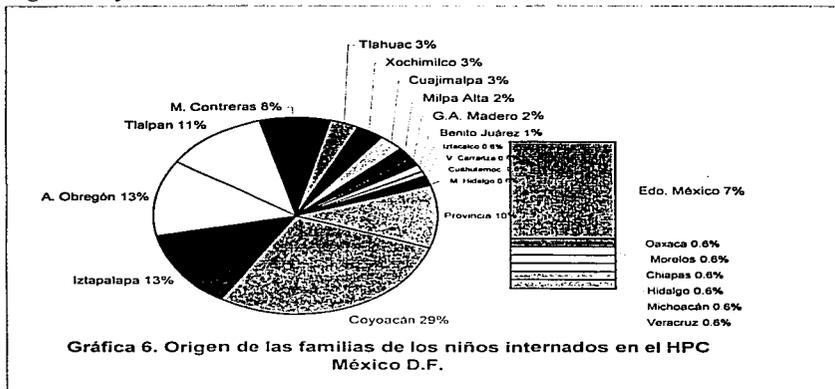
n=174

Se consideraron familias en fase de expansión cuando ninguno de los hijos (ya fuera el hijo hospitalizado o algún otro) tuviera seis o más años, familias en fase de dispersión a aquellas con al menos un hijo mayor de 6 años mas todos los hijos dependieran económicamente de los padres y familias en fase de independencia cuando hubiera en la familia hijos mayores de edad o que no dependieran económicamente de los padres. Uno de los encuestados no respondió, por lo que se consideró como total 174 familias. Fue notorio el predominio de familias "jóvenes", lo cual puede explicar el que en general, el número de hijos sea pequeño (tabla 7)



3. Otras características sociodemográficas de los niños internados

Origen de las familias de los niños internados.



Fuente: Encuesta para padres, HPC 2002

n=174

Pudo observarse que los internamientos fueron básicamente de niños capitalinos (90%) y 70% fueron residentes de Coyoacán y sus 5 delegaciones colindantes.

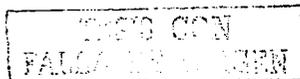
Medios de transporte utilizados para llegar al hospital.

Tabla 12. Medio de transporte utilizado para llegar al hospital por los padres de los niños internados en el HPC, México D.F.

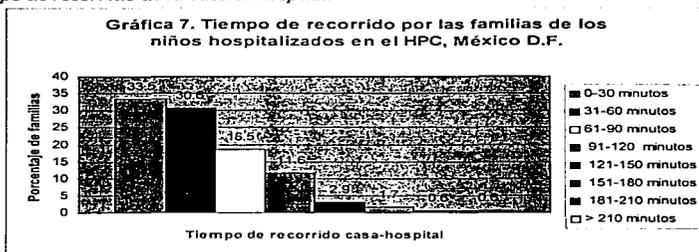
Medio de transporte	Número	Porcentaje
Microbús	109	62.6
Taxi	21	12
Metro	14	8
Carro particular	13	7.5
Camión	8	4.6
Trolebús	6	3.5
Autobús foráneo	2	1.1
Caminando	1	0.6
Total	175	99.9

Fuente: Cuestionario para padres, HPC, 2002

n=175



Tiempo de recorrido de la casa al hospital.



Fuente: Cuestionario para padres. HPC 2002

En cuanto al tiempo que tarda en llegar el encuestado de su domicilio al hospital este varió entre 10 minutos y 6 horas con un promedio de 65.8 minutos de 2002. Se aplicaron un total de 139 cuestionarios de los cuales fueron eliminados seis ya que se aplicaron incidentalmente a personal que no estaba contemplado dentro de los criterios de inclusión (dos odontólogos, una puericultista, una psicóloga clínica, un empleado administrativo y un técnico radiólogo). Se eliminaron siete cuestionarios mas, por faltarles más de tres respuestas, quedando para el análisis 126 cuestionarios.

4. Generalidades de la encuesta del personal de salud

Los cuestionarios del personal de salud fueron aplicadas dentro del hospital, generalmente en el sitio de trabajo de cada uno de los encuestados en todos los turnos. El primero de ellos se aplicó el 10 de octubre y el último el 30 de noviembre de 2002. Se aplicaron un total de 139 cuestionarios de los cuales fueron eliminados seis ya que se aplicaron incidentalmente a personal que no estaba contemplado dentro de los criterios de inclusión (dos odontólogos, una puericultista, una psicóloga clínica, un empleado administrativo y un técnico radiólogo). Se eliminaron siete cuestionarios mas, por faltarles más de tres respuestas, quedando para el análisis 126 cuestionarios.

Tabla 13. Profesión del personal encuestado HPC México D.F.

Personal Encuestado	Número	Porcentaje
Médicos	56	44.4
Enfermeras	61	48.4
Trabajadoras sociales	9	7.1
Total	126	99.9

Fuente: Encuesta para el personal de salud, HPC 2002.

n=126

Dentro de los cuestionarios analizados se tuvieron 56 aplicados a médicos, 61 al personal de enfermería y 9 al personal de trabajo social.



Questionarios de los médicos

Sin contar a los médicos residentes de pediatría se entrevistaron 47 médicos que corresponden a 82.4% de los médicos incluidos en la nómina del hospital (no obstante 3 de estos cuestionarios fueron eliminados por faltarles más de 3 respuestas).

Tabla 14. Cargo de los médicos encuestados HPC, México D.F.

Cargo	Número	Porcentaje
Directivos y jefes de área	10	17.9
Asistentes de la dirección	4	7.1
Médicos adscritos	30	53.5
Residentes	12	21.4
Total	56	99.9

Fuente: Cuestionario para el personal de salud HPC 2002

n=56

Un poco más de la mitad de los médicos encuestados fueron adscritos (esto es, médicos no directivos comprendidos en la nómina del hospital), se entrevistaron también a 14 directivos y 12 residentes de pediatría.

Questionarios del personal de enfermería

Sin contar a las pasantes de enfermería se entrevistaron a 59 enfermeras que corresponden al 58.4% de las enfermeras incluidas en la nómina (no obstante 4 de éstas encuestas fueron eliminadas por faltarles más de 3 respuestas).

Tabla 15. Cargo de las enfermeras encuestadas HPC México D.F.

Cargo	Número	Porcentaje
Supervisoras y otros cargos directivos	6	9.8
Jefes de servicio	14	23
Enfermeras especialistas	6	9.8
Enfermeras generales	29	47.5
Pasantes de enfermería	6	9.8
Total	61	99.9

Fuente: Cuestionario para el personal de salud HPC 2002

n=6

En el grupo de enfermería se entrevistó a enfermeras generales, especialistas, jefes de servicio, supervisoras, directivas y pasantes. Quedando 61 encuestas para el análisis.

Questionarios del personal de trabajo social

Por último se encuestaron a nueve trabajadoras sociales que corresponden a 75% de las incluidas en la nómina. Dos de ellas fueron directivas y las restantes trabajadoras sociales de base.

Tabla 16. Cargo de trabajadoras sociales encuestadas HPC México D.F.

Cargo	Número	Porcentaje
Trabajadoras sociales con funciones directivas	2	22.2
Trabajadoras sociales de base	7	77.7
Total	9	99.9

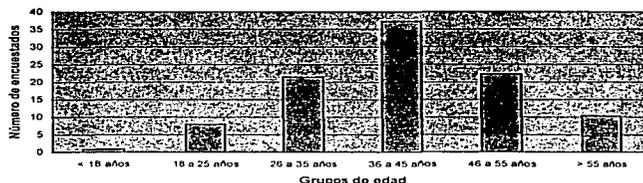
Fuente: Cuestionario para el personal de salud Hospital Pediátrico de Coahuacán 2002

n=9



Edad del personal de salud

Gráfica 8. Edades del personal de salud del HPC, México D.F.



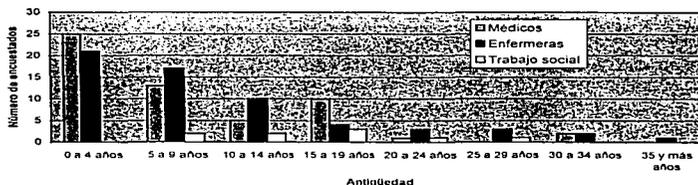
Fuente: Cuestionario del personal de salud HPC 2002

n=126

Aunque entre los encuestados se contaron pasantes de enfermería y residentes, en general el personal encuestado fue de edad madura (gráfica 8), con muchos años en su profesión y puesto y experiencia en el trabajo con niños.

Antigüedad en el puesto actual.

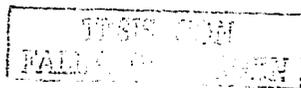
Gráfica 9. Antigüedad en el puesto actual del personal de salud del HPC, México D.F.



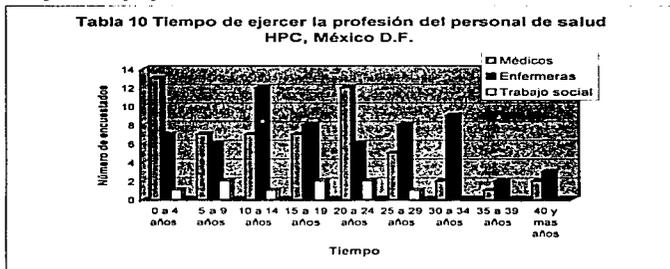
Fuente: Encuesta para personal de salud HPC 2002

n=126

Aquella que lleva más años en el puesto que desempeña actualmente es una enfermera, con 39 años, mas como grupo es trabajo social quienes con 14.7 años de promedio por persona es quienes más tiempo tienen en el puesto, seguidas de enfermería con 9.2 años por persona, y el grupo de médicos con 7.9 años por persona (gráfica 9)



Tiempo de ejercer la profesión.

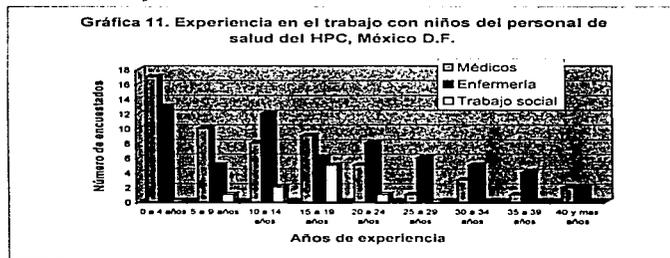


Fuente: Encuesta para personal de salud HPC 2002

n=126

El grupo de enfermería fué el que tuvo un mayor promedio de años de ejercer la profesión con 18.8 años, seguido por los médicos con 15.4 años y las trabajadoras sociales con 14.9 años (gráfica 10).

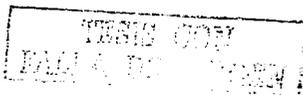
Experiencia en el trabajo con niños.



Fuente: Encuesta para personal de salud HPC 2002

n=126

En promedio el grupo de enfermeras tuvo 16.5 años de experiencia en el trabajo con niños, seguidas por el grupo de trabajo social con 14.7 años y el de médicos con 12.3 años (gráfica 10).



Escolaridad.

Tabla 17. Escolaridad del personal de salud del HPC, México D.F.

<i>Escolaridad</i>	Médicos		Enfermería		Trabajo social	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Primaria	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Secundaria	-----	-----	5	8.2	-----	-----
Preparatoria, vocacional o bachillerato técnico	-----	-----	30	49.1	5	55.5
Licenciatura, postécnico, residente	20	37.7	26	42.6	2	22.2
Maestría, especialidad	28	50	-----	-----	2	22.2
Doctorado, subespecialidad	8	14.3	-----	-----	-----	-----
Total	56	100	61	99.9	9	99.9

Fuente: Encuesta para personal de salud HPC 2002

n=126

El grupo con más escolaridad fueron los médicos con más del 60% con postgrado, seguido por el grupo de trabajo social quienes tuvieron la mitad nivel preparatoria y la otra mitad licenciatura y maestría, por último el grupo de enfermería las cuales un poco menos de la mitad tuvo nivel de licenciatura o postécnico y algo mas de la mitad bachillerato o secundaria.

Estudios en pediatría.

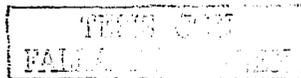
Tabla 18. Estudios en pediatría del personal del HPC, México D.F.

<i>Estudios</i>	Médicos		Enfermería		Trabajo social	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Especialidad en pediatría	17	30.4	16	26.2	-----	-----
Subespecialidad pediátrica	9	16.1	-----	-----	-----	-----
Otros estudios	23	41	12	12.7	2	22.2
Porcentaje del total	49	87.5	28	45.9	2	22.2
Total de encuestados	56	100	61	100	9	100

Fuente: Encuesta para personal de salud HPC 2002

n=126

Solo los grupos de médicos y enfermeras tuvieron especialidad o subespecialidad pediátrica (ya que no existen estudios formales de especialización en pediatría para trabajadoras sociales). Casi la mitad de los médicos contaron con especialidad y/o subespecialidad pediátrica y una de cada cuatro enfermeras fue enfermera pediátrica. Muchos de los encuestados que reportaron otro tipo de estudios refirieron haber asistido a cursos de actualización sobre el manejo de ventiladores y neumonías impartidos por la institución.



Genero del encuestado:

Tabla 19. Género del personal de salud del HPC, México D.F., encuestado.

Género	Médicos		Enfermería		Trabajo social	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Femenino	25	44.6	59	96.7	9	100
Maculino	31	55.4	2	3.3	0	0
Total	56	100	61	100	9	100

Fuente: Encuesta para personal de salud HPC 2002

n=126

En general las mujeres predominaron entre los encuestados con 93 (73.8%) encuestadas en total. Siendo este hecho mas evidente en los grupos de enfermería y trabajo social.

Presencia de hijos.

Tabla 20. Hecho de tener hijos entre el personal de salud del HPC, México D.F.

Hecho de tener hijos	Médicos		Enfermería		Trabajo social	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Si tiene hijos	37	66.7	45	75	6	66.7
No tiene hijos	19	33.3	16	25	3	33.3
Total	56	100	61	100	9	100

Fuente: Encuesta para personal de salud HPC 2002

n=126

Al preguntar si el encuestado(a) tenía hijos 70.6% del total refirieron si tenerlos lo cual constituye una ventaja ya que suele ser mas fácil que alguien se ponga en el lugar de la contraparte cuando ha tenido oportunidad de vivir en carne propia una situación similar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

B) EVALUACIÓN DE LAS PRÁCTICAS Y RUTINAS HOSPITALARIAS ACTUALES.

En este rubro como en los dos siguientes, se expondrá en letra cursiva el aspecto a evaluar y a su lado entre paréntesis el número(s) de pregunta(s) que valora(n) dicho concepto así como una letra 'p' o una 's' acompañando a cada número para indicar si la pregunta pertenece al cuestionario de los padres o del personal de salud respectivamente.

1) Preparación para la hospitalización. (7p)

Tabla 21. Preparación para la hospitalización de niños internados en el HPC, México D.F.

Preparación para la hospitalización	Número	Porcentaje
Ninguna	18	23
El padre o madre le explicaron	51	65.4
Folletos entregados en el hospital	2	2.6
Alguien más le explicó	7	9
Total	78	100

Fuente: Cuestionario para padres HPC, 2002.

n=78

La existencia de preparación de los niños para la hospitalización fue valorada solo en los 78 niños que al ingreso fueron susceptibles de ser preparados esto es, los que tuvieron dos o más años (de la etapa del pensamiento preoperacional, descrita por Piaget,⁶ en adelante). Un niño de 13 años ingresó inconsciente por lo que no fue considerado dentro del análisis de éste aspecto. Fue notorio que en la mayor parte de los casos fueron los padres los que prepararon con explicaciones a sus hijos para la hospitalización.

2) Tiempo del que dispone el personal para jugar con los niños hospitalizados(3s) y disposición hacia el juego como parte de la labor terapéutica.

Tabla 22. Percepción y del personal de salud del HPC, México D.F. sobre la cantidad de tiempo de que disponen para jugar con los niños ahí internados y disposición hacia dicha actividad como parte de la labor terapéutica.

Tiempo disponible para el juego	Número	Porcentaje
Casi siempre	22	17.5
Solo en ciertos momentos	64	50.8
Rara vez	39	31
Siente que no es parte de su trabajo	1	0.8
Total	126	100.1

Fuente: Cuestionario para personal de salud. HPC, 2002

n=126

Esta fue una pregunta en abanico. Aunque la gran mayoría no descartaron como parte de su trabajo al juego, es notorio el que solo menos del 20% refirieron disponer del tiempo necesario para practicarlo asiduamente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3) *Opinión del padre sobre el grado de información sobre la hospitalización que recibió al ingreso de su hijo (1p).*

Tabla 23. Opinión de los padres de niños hospitalizados en el HPC. México D.F. sobre el grado de información recibido al ingresar su hijo.

Grado de información recibido por los encuestados al ingreso de sus hijos	Número de encuestados	Porcentaje de encuestados
Nada	106	60.6
Poco	43	24.6
Bastante	6	3.4
Casi todo	20	11.4
Total	175	100

Fuente: Cuestionario para padres HPC, 2002.

n=175

Consistió en una pregunta cerrada en abanico en la que el padre eligió entre cuatro opciones al preguntársele ¿Qué tanto sabía acerca de lo que le iba a pasar a su hijo en el hospital?. Esta pregunta nos muestra la necesidad de información percibida por los padres, y urge a evaluar las estrategias de información que actualmente se emplean.

4) *Quién debía dar y quién de hecho daba los informes sobre las rutinas hospitalarias de acuerdo a lo reportado por los padres encuestados (4s, 8p)*

Tabla 24. Comparación entre quién considera el personal de salud del HPC que debe informar sobre las rutinas hospitalarias y quien reportan los padres de los niños internados en el HPC que de hecho da dicha información.

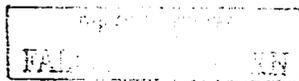
Persona	Padre quién informa (porcentaje)	Personal quién debe informar (porcentaje)
Enfermería	12.4	13.5
Médicos	35.9	52.4
Trabajo social	42.5	33.3
Otra madre o padre	2.6	0.0
Otro	6.5	0.8
Nadie	12.1	0.0
Total	100	100

Fuente: Cuestionarios para el personal de salud y los padres HPC 2002

n=301

Fue posible constatar que el personal opina que la mayor parte de las rutinas hospitalarias deben de ser informadas por el médico, no obstante en la práctica, según lo reportado por los padres, es el personal de trabajo social quién da la mayor parte de la información. Cabe mencionar que el enunciado de la pregunta para el personal no fue lo suficientemente claro, prestándose para varias interpretaciones, ya que pregunta sobre quien es el responsable de informar sobre las "rutinas" hospitalarias, siendo que en realidad a cada miembro del equipo de salud le está encomendado informar de cierta parte de esas rutinas, no siendo exclusiva la responsabilidad de un solo grupo.

En el rubro de "otro" el cual tuvo un valor de 6.5%, contó por 10 casos en seis de los cuales se reportó que fue el policía quién dio la información y los otros cuatro caso fue el personal de la administrativo que controla las admisiones



5) *Que le pide el personal de salud a los padres que hagan cuando se realizan procedimientos dolorosos o atemorizantes a sus hijos.*(5p,6p,2s)

Tabla 25. Actitud hacia el beneficio de la presencia de los padres cuando se realizan procedimientos dolorosos o atemorizantes HPC, México D.F.

Respuestas	Padres %	Verificación%	Personal %
Ayudar aunque pueda no querer	-----	1.7	5.6
Ayudar un poco	35.4	11	3.2
Ayudar en lo que se pueda	15.4	15.5	7.1
Salir del sitio en que se realiza el procedimiento	49.2	71.8	84.1
Total	100	100	100

Fuente: cuestionario del personal de salud y los padres HPC, 2002

n=301

En esta serie de preguntas se preguntó al personal de salud y los padres que consideraban que idealmente debían hacer los padres cuando se realizaban procedimientos dolorosos o atemorizantes como colocar venoclisis o inyecciones. Posteriormente se hizo una pregunta de verificación para conocer a decir de los padres, que es lo que realmente le pide el personal de salud a los padres, que hagan, cuando se presenta tal situación. Se decidió exponer aquí las tres preguntas juntas a pesar de que dos de ellas corresponden al siguiente apartado: "¿qué consideran los padres y el personal de salud como ideal en cuanto a la atención de los niños hospitalizados?" ya que las tres como es evidente tocan el mismo punto. Valga pues este error de colocación. Pudo observarse como la posibilidad de que los padres ayuden en cualquiera de las modalidades para esta respuesta fue prácticamente descartada por la opinión del personal de salud siendo contundente su inclinación hacia que los padres salgan del sitio en que se realiza el procedimiento. Los padres se pronunciaron en forma dividida: La mitad a favor de ayudar en cualquiera de sus modalidades y la otra mitad a favor de dejar el campo libre para que el personal trabaje. En la pregunta de verificación pudo constatarse de que pensamiento y acción van unidos en relación a no permitir el que los padres permanezcan cuando se realizan procedimientos por parte del personal de salud.

6) *Presencia de los padres en los tiempos pre y post operatorios* (9p,10p,11p).

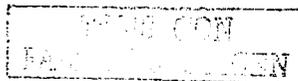
Tabla 26 Presencia de los padres de los niños hospitalizados en el HPC, México D.F. en los periodos pre y posquirúrgicos.

Presencia de los padres	Periodo prequirúrgico	Periodo postquirúrgico
Si estuvieron presentes	0	5 (29.4%)
No estuvieron presentes	17 (100%)	12 (70.6%)
Total	17 (100%)	17 (100%)

Fuente: Cuestionario para padres. HPC, 2002

n=126

Cinco casos de padres con hijos que fueron sometidos a cirugía durante el internamiento en que se realizó la encuesta refirieron haber podido estar presentes en el momento en que su hijo despertó de la anestesia. No obstante ningún encuestado refirió haber podido estar presente cuando su niño(a) se quedó dormido por la anestesia.



C) EVALUACIÓN DE: ¿QUÉ CONSIDERAN COMO IDEAL TANTO EL PERSONAL DE SALUD COMO LOS PADRES EN CUANTO A ATENCIÓN DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS?

Este rubro fue analizado mediante una escala de Likert y otras preguntas complementarias. La escala de Likert en ambas encuestas constó de nueve preguntas que valoraron en forma paralela entre el personal y los padres nueve aspectos relacionados con la presencia parental activa y continua. Las preguntas complementarias fueron tres en el cuestionario de los padres (una de ellas ya analizada en la sección previa) y cuatro más en el del personal de salud (también una ya analizada). Entre las preguntas complementarias del personal de salud está la opinión sobre la pertinencia de las clases escolarizadas en el hospital y el si se deben de tomar en cuenta los requerimientos especiales de algunos niños derivados de su filiación religiosa.

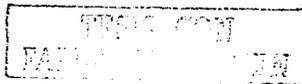
1) *Evaluación de la actitud hacia la presencia parental activa y continua (escala de Likert).*

Los nueve puntos analizados en la escala de Likert de ambas encuestas fueron:

- a) Actitud hacia el proporcionar tanta información como sea posible a los padres sobre el estado de salud de su hijo. (5s,12p)
- b) Actitud hacia la participación parental en las decisiones sobre la atención de su hijo hospitalizado. (6s,13p)
- c) Actitud hacia el solicitar expresamente la presencia de los padre al lado de su hijo hospitalizado. (7s,14p)
- d) Actitud sobre la mejor adaptación del niño hospitalizado cuando su madre o su padre se quedan acompañándolo en forma constante. (8s,15p)
- e) Actitud hacia la participación parental activa en labores técnicamente sencillas (como dar de comer, bañar, cambiar y consolar) con respecto a su hijo hospitalizado. (9s,16p)
- f) Actitud hacia la participación parental activa en labores relativamente complejas (como inyectar o colocar venoclisis) con respecto al cuidado de su hijo hospitalizado. (10s,17p)
- g) Actitud hacia la presencia de los abuelos y otros familiares al lado del niño hospitalizado para ayudar en su atención. (11s,18p)
- h) Actitud hacia la presencia parental en el período prequirúrgico hasta que el niño se quede dormido por la anestesia. (12s,19p)
- i) Actitud hacia la presencia parental en el periodo postquirúrgico cuando el niño despierta de la anestesia. (13s,20p)

Calificaciones de las escalas de Likert.

A continuación se exponen los resultados de la escala de Likert. La columna de la extrema izquierda contiene cada una de las nueve preguntas. Para identificar cada pregunta se colocó la letra del inciso con que fue definida la pregunta en el párrafo anterior y una palabra que hace las veces de etiqueta de dicha pregunta. En el primer renglón de la tabla se encuentran las población a evaluar, a saber: médicos, enfermería, trabajo social, personal de



salud como grupo y padres de los niños internados como grupo. De el encabezado de cada grupo parten dos columnas hacia abajo, una que contiene números y otra que contiene letra(s). Los números representan la calificación numérica obtenida en cada una de las nueve preguntas por cada grupo. Las letras representan esa misma calificación pero expresada en términos de escala de intervalo, es así que MF significa actitud "Muy Favorable"; F corresponde a actitud "Favorable"; D equivale a actitud "Desfavorable" y MD a actitud "Muy Desfavorable". El cuarto grupo corresponde a "Personal total". Las calificaciones de este grupo se obtuvieron al promediar cada una de las respuestas de los 126 miembros del personal del HPC encuestados, sin tomar en cuenta si eran médicos, personal de enfermería o trabajo social, con el propósito de dar el mismo valor a las respuestas de cada uno de los encuestados. En la última columna marcada como "Promedio" se expresó el promedio obtenido de sumar las calificaciones de las columnas "Personal total" mas "Padres total" y dividir el resultado entre dos, acompañando a cada resultado la calificación en términos de intervalo. De esta forma se dio, como grupo, el mismo valor a la opinión del personal (aunque fueron menos encuestados), que a la opinión de los padres. Los resultados "desfavorables" o "muy desfavorables" se escribieron con letra cursiva para su fácil identificación.

Tabla 27. Resultados de cada uno de las preguntas de la escala de Likert aplicada al personal de salud y los padres de los niños hospitalizados en el HPC, México D.F. para valorar actitud sobre la presencia parental activa y continua.

Población Pregunta	Médicos		Enfermería		Trabajo social		Personal total		Padres total		PROMEDIO	
	N	Letra	N	Letra	N	Letra	N	Letra	N	Letra	N	Letra
a) información	1.035	MF	1.065	MF	1.0	MF	1.047	MF	1.029	MF	1.038	MF
b) decisiones	1.589	F	1.443	MF	1.444	MF	1.507	F	1.234	MF	1.37	MF
c) quedarse	1.696	F	1.836	F	1.444	MF	1.746	F	1.303	MF	1.524	F
d) adaptación	1.714	F	1.754	F	1.222	MF	1.698	F	1.314	MF	1.506	F
e) comer	1.589	F	1.655	F	1.555	F	1.619	F	1.234	MF	1.426	MF
f) inyectar	2.696	MD	2.590	MD	2.111	D	2.603	MD	1.41	MF	2.006	D
g) abuelos	2.553	MD	2.573	MD	2.444	D	2.555	MD	1.857	F	2.206	D
h) prequirúrgico	2.446	D	2.590	MD	2.111	D	2.492	D	1.52	F	2.006	D
i) postquirúrgico	1.857	F	1.950	F	1.222	MF	1.857	F	1.25	MF	1.553	F
PROMEDIO	1.908	F	1.940	F	1.617	F	1.903	F	1.349	MF	1.626	F

Fuente: Cuestionario para padres y personal de salud HPC 2002.

n=301.

Salta a la vista el hecho de que el grupo de padres, en general, tuvo una actitud más favorable hacia prácticamente todas las preguntas que cualquier otro grupo. Es de hacerse notar el que la actitud hacia las primeras cinco y la última preguntas fue "favorable" o "muy favorable", en todos los grupos. Las preguntas relativas a la participación parental en labores relativamente complejas como inyectar y colocar venoclisis (f), el permitir la presencia de los abuelos y otros familiares para ayudar en el cuidado de los niños hospitalizados (g) y la presencia parental en el periodo prequirúrgico inmediato (h) fueron calificadas en forma "desfavorable" y "muy desfavorable" por todos los grupos del personal de salud. Lo cual dio como resultado una calificación global, "desfavorable", para las tres preguntas expuestas. La actitud global hacia la participación parental activa y continua fue de 1.626 esto es: "favorable".



2) *Actitud hacia el beneficio de la presencia parental al internarse un menor de cinco años (1s, 4p)*

Tabla 28. Actitud hacia el beneficio de la presencia parental al internarse un menor de cinco años HPC, México, D.F.

Respuestas	Padres (%)	Personal (%)
Quedarse día y noche al lado del niño	81.1	39
Quedarse únicamente de día	5.7	13
Acudir a visitarlo unas horas a diario	4	21
Acudir a visitarlo unas cuantas horas no diario	8	18
Dejarlo a cargo del personal del hospital	1.2	9.5
Total	100	100

Fuente: Encuestas del personal de salud y los padres HPC 2002

n=301

Esta pregunta redondeó aquello indagado por la escala de Likert pero fue más específica en cuanto a la edad del menor internado ya que se ha observado que es particularmente importante la presencia de los padres cuando los niños internados tienen menos de cinco años. Se observó una franca discrepancia entre las opiniones de padres y personal, no obstante en forma global la respuesta de este último grupo fue favorable.

3) *Actitud del personal hacia las clases escolarizadas para los niños internados en el hospital. (14s)*

Tabla 29. Actitud del personal de salud del HPC, México D.F. hacia las clases escolarizadas para los niños internados.

Grupo de población	Calificación Numérica	Calificación de intervalo
Médicos	1.911	Favorable
Enfermeras	2.164	Desfavorable
Trabajo social	2.11	Desfavorable
Total	2.047	Desfavorable

Fuente: Cuestionario para personal de salud HPC, 2002

n=126

Esta pregunta indagaba si el entrevistado consideraba que la institución debía proporcionar clases escolarizadas a niños hospitalizados. Únicamente el grupo de médicos se pronunció en forma favorable. El promedio de las actitudes fue 2.047 que equivale a "desfavorable".

4) *Actitud del personal hacia el tomar en cuenta las necesidades especiales de algunos niños internados derivados de su filiación religiosa. (3s)*

Tabla 30. Actitud del personal de salud del HPC, México D.F. respecto a tomar en cuenta las necesidades especiales de algunos niños derivadas de su filiación religiosa.

Grupo	Calificación numérica	Calificación en intervalo
Médicos	2.114	Desfavorable
Enfermería	2.246	Desfavorable
Trabajo social	2	Desfavorable
Total	2.182	Desfavorable

Fuente: Cuestionario para personal de salud HPC, 2002.

n=126

A todas luces la actitud del personal hacia el tomar en cuenta los requerimientos especiales de algunos niños derivados de su filiación religiosa fue "desfavorable". Lo anterior pudo deberse a que el personal contestara en sentido de no querer discriminar en base a religión. De hecho al estar llenando los cuestionarios muchos encuestados refirieron, "...debemos respetar, eso sí, pero tratarlos de modo diferente,....no".

5) *Expectativas de información de los padres.*

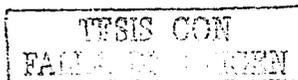
Tabla 31. Expectativas de información sobre el internamiento entre los padres de niños hospitalizados en el HPC, México D.F.

Opinión	Número	Porcentaje
Me hubiera gustado haber recibido más información sobre el internamiento	158	90.3
No me hubiera gustado haber recibido más información sobre el internamiento	17	9.7
Total	175	100

Fuente: Cuestionario para padres HPC, 2002

n=175

Esta pregunta esta relacionada con la tabla 23 en la que se expone la opinión de los padres sobre el grado de información recibida al ingreso de su hijo, en la que el 85.2% se pronunció en sentido de haber recibido poca o ninguna información.



D) VALORACIÓN DE LA ACTITUD Y OPINIÓN DE LOS PADRES HACIA EL SERVICIO BRINDADO POR EL PERSONAL DE SALUD Y ACTITUD Y OPINIÓN DEL PERSONAL DE SALUD HACIA EL TRABAJO CON NIÑOS Y SUS PADRES.

1) Actitud de los padres hacia el personal de salud.

Tabla 32. Actitud de los padres hacia el personal de salud del HPC, México D.F.

Grupo	Calificación Numérica	Calificación de intervalo
Médicos	1.60	Muy favorable
Enfermería	1.71	Muy favorable
Trabajo social	1.98	Muy favorable
Promedio	1.76	Muy favorable

Fuente: Cuestionario para los padres HPC 2002

n=175

Esta fue indagada mediante tres diferenciales semánticos (41p, 42p, 43p). Pudo advertirse una actitud muy favorable de los padres hacia el personal de salud en todos los grupos por separado y en conjunto.

2) Actitud del personal de salud hacia el trabajo con niños y sus padres.

Tabla 33. Actitud del personal del salud hacia el trabajo con los niños y sus padres HPC México D.F.

Personal	Actitud hacia el trabajo con niños		Actitud hacia el trabajo con los padres	
	calificación numérica	calificación de intervalo	calificación numérica	calificación de intervalo
Médicos	1.34	Muy favorable	2.33	Favorable
Enfermería	1.37	Muy favorable	2.38	Favorable
Trabajo Social	1.36	Muy favorable	2.16	Favorable
Promedio	1.36	Muy favorable	2.34	Favorable

Fuente: cuestionario para el personal de salud HPC, 2002

n=126

Estas dos variables fueron valoradas mediante sendos diferenciales semánticos (27s y 28s). Encontrándose una actitud muy favorable por parte de los tres grupos de personal, hacia el trabajo con niños y favorable hacia el trabajo con padres.

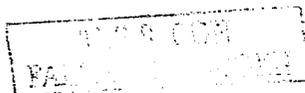
Qué tanto disfruta el personal de salud su trabajo hospitalario.

Tabla 34. Evaluación sobre qué tanto disfruta el personal de salud del HPC, México D.F. el trabajo que desempeña en el hospital.

Personal	Calificación numérica	Calificación en intervalo
Médicos	1.214	Mucho
Enfermería	1.131	Mucho
Trabajo social	1.556	Mucho
Promedio del total de encuestados	1.199	Mucho

Fuente: Cuestionario para los padres HPC, 2002

n=126



Adicionalmente se preguntó que tanto disfrutaba el encuestado su actual trabajo por medio de una pregunta con diseño similar a una de las preguntas de los diferenciales semánticos (29s), siendo uno la máxima calificación y cinco la mínima. Con los siguientes intervalos: 1 a 2 = "mucho"; 2 a 3 = "bastante"; 3 a 4 = "algo" y 4 a 5 "no mucho". En forma global e individualmente cada grupo, el personal refirió disfrutar mucho su trabajo hospitalario.

3) Percepción del personal de salud sobre el grado de reconocimiento de su labor por parte de los niños y padres de los niños que atienden.

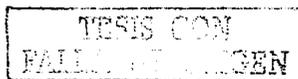
Tabla 35. Percepción del personal de salud sobre reconocimiento de su trabajo por parte de los niños y los padres de los mismos.

Personal	Que tanto valoran los niños		Que tanto valoran los padres	
	Calificación numérica	Calificación en intervalo	Calificación numérica	Calificación en intervalo
Médicos	1.964	Mucho	2.142	Bastante
Enfermería	1.573	Mucho	1.983	Mucho
Trabajo social	1.889	Mucho	1.244	Mucho
Promedio del total de encuestados	1.772	Mucho	2.081	Bastante

Fuente: Cuestionario para los padres HPC, 2002

n=126.

La percepción del personal sobre qué tanto consideraban valorado su trabajo por los niños y los padres de los niños atendidos, se evaluó por medio de dos preguntas con el mismo diseño e intervalos que la pregunta previa (30s,31s). Observándose que el personal considera un poco mas valorado su trabajo por los niños que por los padres de los niños que atiende. Siendo las enfermeras quienes más consideraron valorado positivamente su trabajo por los niños, siendo ellas mismas las que en general tienen un contacto mas cercano y prolongado con los niños.



IV. DISCUSIÓN

En éste estudio se enfrentaron las opiniones de dos poblaciones involucradas en un mismo hecho: el internamiento de un menor. Ambas poblaciones, comparten el interés por reestablecer la salud del paciente, más difieren en aspectos importantes tales como edad, escolaridad y concepción de la enfermedad entre otros.

A) Encuesta de los padres.

En cuanto a las características de los niños internados el predominio de varones puede ser explicado por el importante porcentaje de luxaciones y fracturas (segunda causa de hospitalización en nuestra muestra) ya que éstas son marcadamente más frecuentes en niños que en niñas. En otro hospital³⁰ que brinda atención a población abierta, del sur de la Ciudad de México se encontró una relación similar a la identificada por nosotros entre niños y niñas internados. No obstante no consideramos que el género del niño internado haya influido en la opinión de los padres hacia la participación parental activa y continua.

Los tiempos de estancia fueron en general cortos, lo cuál es favorable para la salud psicológica del niño. Y éste hecho apoya el que para una importante proporción del personal, el hecho de alentar clases escolarizadas (que benefician sobre todo a los niños con estancias prolongadas) no sea prioritario.

De especial interés son las 25 familias monoparentales (14.3% del total) de las cuales cuatro el progenitor no refirió realizar actividades remuneradas ni vivir al abrigo de una familia extensa por lo que podríamos considerar a dichas familias como económicamente vulnerables.

El hecho de que 87.8% de las familias con otros hijos además del internado, dejen a éstos otros hijos con alguien más, habla de que las familias echan mano de las redes de apoyo. Y de éstas preferentemente de la interfamiliares (entre varias familias que proceden de una misma familia de origen), lo anterior apoyado por el hecho de que el 96% de los cuidadores del resto de los hijos fueron familiares. Las redes de apoyo intrafamiliares (dentro de una misma familia) también jugaron un papel importante ya que en 3 de cada 5 casos de familias extensas en que había hermanos de los niños internados que cuidar, fue un miembro de dicha familia extensa quien lo(s) cuidó.

En cuanto al género de los cuidadores de los hermanos de los niños internados, fue notorio el predominio de las mujeres (particularmente la abuela o la tía), con un ligero predominio del lado materno, probablemente porque la madre sienta más confianza en encargar a sus hijos a su madre o hermana que a su suegra o cuñada.

En cuanto a la fase del ciclo de vida en que se encontraban las familias tenemos que en general fueron familias jóvenes (siendo de esperarse ya que todas ellas tuvieron hijos en edad pediátrica).

En cuanto al lugar de origen de las familias considero que el principal determinante fue la proximidad de la vivienda. Es significativo el hecho de que 10% de los internamientos hallan sido de pacientes provenientes de provincia y un tercio de éstos de estados distintos



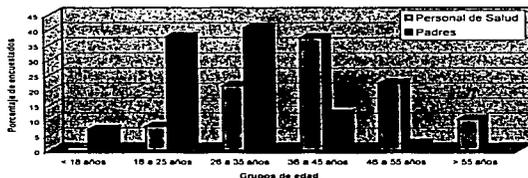
al estado de México. Lo cual habla por un lado el prestigio que en cuanto a salud aún tiene la capital (Suele oírse "Se fue a curar a la capital", como si el echo de llegar y curarse fuera uno mismo), y las condiciones de marginación en que vive la provincia mexicana.

Uno de los encuestados refirió venir de Veracruz y llegar en autobús foráneo, al preguntarle dónde se quedaba a dormir, respondió que en la sala de espera. Cualquiera que no conociese las condiciones de estancia de los familiares de pacientes hospitalizados en hospitales del sector público en México podría asombrarse, más no es secreto para nadie que pasando la media noche, el piso de la sala de espera de éste y muchos otros hospitales del sector público, se ve tapizado por padres acostados en batería, llegando a contarse en una noche cualquiera entre 20 y 30 padres (entiéndase por padres, a las madres, padres, abuelas y otros familiares). A quién le va bien colocando un cartón en el suelo y quién no con un suéter o chamarra.

B) Encuesta del personal de salud

En cuanto a las características del personal de salud entrevistado, se obtuvo una mayor representatividad de médicos, posteriormente trabajo social y enfermeras, este último grupo siendo el más numeroso del hospital. Con un número relativamente elevado de encuestas eliminadas ya que las preguntas que identifican la profesión del encuestado se encuentran hacia el final de la encuesta, por lo que varias encuestas fueron iniciadas pensando erróneamente que se trataba de alguno de los grupos de profesionistas considerados en el estudio, sin serlo. Se decidió contar con la opinión de residentes y pasantes de enfermería por considerarse que tienen una visión fresca y entusiasta de la atención pediátrica, mas no se advirtió en los cuestionarios variaciones muy evidentes en las respuestas dependiendo de los años de experiencia del encuestado. El personal en general fue de mayor edad que el grupo de padres. (gráfica 12) lo cual pudiese llegar a contribuir al surgimiento de conflictos intergeneracionales, al encontrarse el personal de enfermería, trabajo social y médico con un grupo de padres marcadamente más jóvenes que exigen ser tratados como iguales en el términos de responsabilidad e información, como veremos más adelante.

Gráfica 12. Comparación de edades del personal de salud y los padres de los niños internados en el HPC México D.F.



Fuente: Cuestionarios para el personal de salud y padres HPC, 2002

n=301

Con una experiencia de trabajar con niños superior a 10 años por persona como grupo el personal encuestado puede tranquilamente considerarse como experimentado, lo cual puede ser por un lado una gran ventaja en cuanto a manejo eficiente del paciente pediátrico pero

por otro pudiese eventualmente llegar a contribuir en cuanto a resistencia al cambio, ya que no es del todo falso que los hábitos de trabajo mientras mas tiempo hallan sido practicados, más difícil será cambiarlos.

La escolaridad como grupo del personal fue mayor a la del grupo de padres lo que pudiese contribuir a establecer una diferencia jerárquica que pudiese eventualmente entorpecer la inclusión de los padres en forma activa a la atención de su hijo hospitalizado. Siendo además el hospital "terreno del personal de salud".

En cuanto al género del personal encuestado fue mucho mas prevalente el femenino, lo cual puede ser una ventaja ya que aunado a que 70% de los encuestados refirieron tener hijos da una visión más amplia del problema de la presencia de los padres en el hospital. Así al ir respondiendo las preguntas a menudo cuando se trataba de una encuestada que a su vez tuviera hijos fue frecuente el oír la comentar "bueno uno de madre quisiese estar todo el tiempo con su hijo..." haciendo referencia a su muy particular visión materna.

C) Valoración de las condiciones actuales de hospitalización

El que la mayor parte de los niños internados hayan sido preparados para la hospitalización por sus padres, habla de la carencia de un programa estructurado de preparación para la hospitalización dirigido a los niños. Lo cual da cabida a que los padres con buena voluntad pero pocos conocimientos de las rutinas hospitalarias (las más de las veces), den a los niños un panorama irreal de lo que implica la hospitalización, aumentando la incertidumbre de los menores una vez estando internados. Aunque 1.2% de los encuestados refirieron haber recibido folletos explicativos sobre el internamiento, es posible que se hallan confundido en la respuesta pues no es de nuestro conocimiento la existencia de ningún folleto informativo relativo al internamiento en el hospital encuestado.

Se consideró la opinión del personal de salud sobre el beneficio del juego y las clases escolarizadas. En el caso del juego solo un entrevistado opinó que no lo consideraba parte de su trabajo, lo cual habla bien sobre la conciencia del personal sobre el efecto terapéutico del mismo entre los niños. No obstante la sobrecarga de trabajo, (de la cual fuimos testigos al momento de aplicar las encuestas) parece ser el principal obstáculo para que éste se desarrolle más ampliamente en el hospital. La existencia de pasantes de puericultura en el hospital constituye una gran ventaja a este respecto, no obstante no es posible sustentar programas hospitalarios en personal no adscrito al hospital, por lo que sería recomendable el contratar puericultistas "de base".

85% de los padres encuestados refirieron haber recibido poca o ninguna información sobre hospitalización de su hijo al ingreso. Consideramos que dicha cifra puede ser inexacta ya que por rutina hospitalaria, todo padre al ser ingresado su hijo pasa al área de trabajo social donde se le informa sobre los aspectos básicos de la hospitalización. No obstante puede interpretarse junto con la pregunta que valora expectativas de información de los padres en que 90.3% refirieron que hubiesen querido recibir más información sobre la hospitalización de sus hijos, como una demanda legítima de recibir información, mas detallada o mas clara.



Al indagar entre el personal quién considera que debe dar la información sobre las rutinas hospitalarias fue claro el que la pregunta estaba mal planteada, ya que existen varias rutinas hospitalarias y cada grupo de personal esta encargado de informar sobre cierto tipo de rutinas, por tal motivo dicha pregunta no será comentada. La contraparte preguntada a los padres, sobre quién les informó sobre las rutinas hospitalarias, mostró que fue trabajo social con 42% quien da la mayor parte de la información, seguido por el grupo de médicos 36% y enfermería con 12%. No obstante se hizo mención de que en algunos casos fue el personal de vigilancia o admisión quienes informaron. La provisión de informes está en cierta forma supeditada a la carga de trabajo existente y dado que tal carga se distribuye de manera mas o menos uniforme entre los tres grupos de personal de salud, consideramos que de intensificarse el programa de informes, debe de repartirse la responsabilidad en forma equitativa entre médicos, enfermeras y personal de trabajo social, delimitando con precisión, sobre qué tipos de rutinas debe de informar cada grupo. De no ser posible lo anterior consideramos convendría el habilitar personal que conozca el movimiento del hospital (por ejemplo personal de admisión, vigilancia e inclusive intendencia) al cual se le promueva y coloque en posición tal, que su función sea básicamente el hacer de enlace entre los padres y el personal de salud a manera de facilitadores, dado que ya de manera no oficial en ocasiones desempeñan tal función.

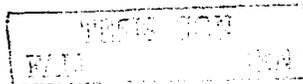
Es prácticamente consenso entre el personal, el hecho de que los padres deben de salir del sitio en el que se realizan procedimientos dolorosos o atemorizantes a sus hijos. Lo anterior confiere indudables ventajas para nuestro gremio (por ejemplo el no tener que dar explicaciones cuando no se logra canalizar al niño al primer intento), pero ¿es realmente lo mejor para el niño?. Este punto consideramos debe ser objeto de discusión abierta y sensata entre el personal.

Al comparar lo que ocurrió en relación a la presencia de los padres en los períodos pre y postoperatorio inmediatos, ningún padre de los niños que fueron operados refirió haber estado presente en el preoperatorio, pero cinco de 17 refirieron si haber estado cuando su hijo despertó de la anestesia (período postoperatorio inmediato), probablemente porque en este período suele ser más fácil acceder al paciente (ya que generalmente está en la sala de recuperación) mientras que al quedarse dormido prácticamente siempre se encontrará en el quirófano. Además de ser por naturaleza más tenso el período prequirúrgico en el que la incertidumbre para los familiares sobre el curso de la cirugía flota en el aire. A diferencia del período postquirúrgico en el que el cirujano suele ya haber tranquilizado a los padres con su esperada frase "todo salió bien...".

D) Evaluación de lo que tanto los padres como el personal consideran lo ideal en cuanto a atención intrahospitalaria.

La actitud favorable que manifestaron los tres grupos de personal de salud, muy favorable del grupo de padres así como la calificación global favorable, hacia la presencia parental activa y continua, constituyen un aliciente para adoptar estrategias de atención hospitalaria en las que se incluya más y por más tiempo a los padres.

Los puntos evaluados en la escala de Likert son relativamente difíciles de implementar: el que los padres participen en actividades como inyectar y colocar venoclisis (acotando el personal encuestado que inyectar si podría enseñárseles más colocar venoclisis no) y el



permitir la presencia de los padres dentro del quirófano hasta que su hijo se quede dormido por la anestesia. Y fueron precisamente esos dos puntos (junto con el permitir la presencia de los abuelos y otros familiares dentro del hospital para ayudar en el cuidado del niño) los que recibieron calificaciones desfavorables y muy desfavorables. De sustraer estos tres aspectos, francamente reprobados por el personal de salud, la respuesta a la participación parental activa y continua, sería marcadamente mejor.

Es de notar el que aún el grupo de los padres consideró relativamente dispensable la presencia de los abuelos al lado de sus nietos hospitalizados expresándose en contra de la presencia de los mismos casi uno de cada cuatro padres entrevistados. Lo anterior posiblemente como forma de expresar su natural autoridad sobre sus hijos.

Se encontraron diferencias significativas entre la opinión de los padres y el personal en cuanto a qué es lo mejor al internarse un menor de cinco años siendo los primeros más entusiastas en cuanto a su permanencia en el hospital al lado de su hijo hospitalizado, más no por ello se encontró una negativa rotunda por parte de los segundos ya que mas de la mitad del personal opinó que lo ideal sería que el padre estuviese más tiempo del que actualmente está al lado de su hijo hospitalizado opinando en más de un tercio de los casos que deberían estar éstos todo el día y la noche al lado de su hijo hospitalizado

El que únicamente el grupo de médicos haya tenido una actitud favorable hacia el contar con clases escolarizadas para los niños hospitalizados, eventualmente podría tener relación con el mayor grado de escolaridad de este grupo y una cierta tendencia a valorar la educación escolar por arriba de otras formas de adquirir conocimientos. No obstante las objeciones expuestas por los detractores fueron en general coherentes ya que muchos refirieron que el tiempo de estancia es generalmente corto, y un gran numero de pacientes son preescolares (hechos que pudimos constatar). En caso de permitirse el paso de la madre por suficiente tiempo, esta pudiera servir de maestra (ya que la 63% refirieron tener educación secundaria o más) de sus hijos hospitalizados en edad escolar.

El hecho de tomar en cuenta las necesidades especiales de algunos niños derivados de su filiación religiosa. es un aspecto delicado y controversial, toca aspectos éticos y de tolerancia, que son ineludibles en cualquier institución médica. Aunque la pregunta no fue explícita en el sentido de que tipo de necesidades especiales, muchos entrevistados, comentaron el hecho de la no aceptación de transfusiones sanguíneas por el grupo religioso de "Testigos de Jehová", y en general fue patente la determinación a favor de la supremacía del juicio médico-biológico sobre la decisión del paciente. Sin tener nosotros la respuesta a tal dilema, consideramos que es este, otro tema que es conveniente "seguir aireando" en las sesiones hospitalarias conjuntas.

E) Valoración sobre la actitud y opinión del personal de salud hacia el trabajo con los niños y los padres de los niños internados y de los padres hacia el servicio brindado por el personal de salud y

En cuanto a la actitud de los padres hacia el personal del hospital fue notable el que los tres grupos (médicos, enfermería y trabajo social) obtuvieran en promedio calificación de actitud muy favorable, lo cual habla bien del desempeño profesional del personal del hospital. No descartamos que exista un pequeño sesgo al respecto, en cuanto a que tal



opinión fue recabada en el mismo hospital y algún padre eventualmente pudiese haber respondido opinando favorablemente del personal con el fin de evitar represalias.

En cuanto a la actitud del personal hacia el trabajo con los niños y sus padres, al igual que lo hallado por Shields¹⁴ en forma consistente en Indonesia, Tailandia, Australia y Gran Bretaña, se encontró una significativa preferencia hacia el trabajo con niños, no obstante en los tres grupos el trabajo con padres obtuvo calificación promedio de "favorable". Esto comenta Shields es hasta cierto punto esperable entre personas que han elegido el dedicar su vida a trabajar con niños.

V. CONCLUSIONES

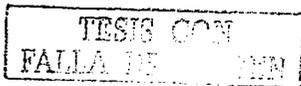
El polémico tema de la presencia de los padres dentro de los hospitales, se torna aun más difícil de resolver cuando el personal es escaso y las demandas asistenciales abundantes. Lo anterior debido a que la presencia de los padres incrementa las demandas de atención al ya de por sí atareado personal.

En general las familias de los niños internados fueron familias urbanas, no numerosas, en fase de expansión y dispersión, proletarias, la mayor parte nucleares, tradicionales, con padres empleados y obreros, madres dedicadas al hogar. Quienes al enfermar uno de los hijos, suele acudir a las mujeres de las familias de origen, en busca de apoyo para el cuidado del resto de los hijos. Teniendo una muy favorable opinión sobre el personal de salud.

El personal de salud fue en general experimentado en el trabajo con niños, de mayor edad y escolaridad como grupo que los padres, con hijos y buena disposición hacia el trabajo con niños y sus padres.

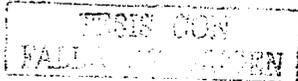
La opinión de padres y personal hacia la participación parental activa y continua fue favorable en forma global, lo cual sienta las bases para la elaboración en un futuro de una propuesta de atención hospitalaria que incluya a los padres en forma continua en la atención de sus hijos hospitalizados.

Consideramos impostergable el establecimiento de estrategias encaminadas a mejorar la preparación de los niños y padres para el ingreso hospitalario, lo que contribuye a disminuir la ansiedad y por lo tanto los conflictos que pudiesen generarse en torno al internamiento de un(a) niño(a).



VI BIBLIOGRAFÍA

1. Landsdown R. Children in Hospital, A Guide for Family and Carers. Oxford: Oxford University Press, 1996.
2. Zetterstrom R. Responses of Children to Hospitalization. Acta Paediatr Scand, 1984; 73: 289-295.
3. De Kruijff P. Los Cazadores de Microbios. 7a ed. México: Editorial Epoca, 1992.
4. Spitz R. El Primer Año de Vida del Niño. México; Fondo de Cultura Económica, 1969.
5. Shields AL, Mohay H. John Bowlby and James Robertson: Theorists, Scientists and Crusaders for Improvements in the Care of Children in Hospital. J Adv Nurs, 2001; 35(1): 50-58.
6. Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de Psiquiatría. México: Editorial Médica Panamericana, 8a ed. 2000.
7. Davies LJ. Welfare of Children in Hospital (carta al editor). Arch Dis Child, 1985;60: 595-596.
8. Douglas J. Early Hospital Admission and Later Disturbances of Behaviour and Learning. Develop Med Child Neurol, 1975; 17: 456-480.
9. Thornes R. Parental Access and Family Facilities in Children Wards in England. Br Med J, 1983; 287:190-192.
10. Shapiro J. Family Reactions and Coping Strategies in Response to the Physically Ill and Handicapped Child: a Review. Soc Sci Med, 1983; 32(1):20-32.
11. Brewster A. Chronically Ill Hospitalized Children's Concept of their Illness. Pediatrics, 1982; 69(3):355-362.
12. Blumberg M. Depression in Children on a General Pediatric Service, Am J Psychother, 1978; 32(1): 20-32.
13. Mac Carthy D. Mac Keith R. A Parent's Voice. Arch Dis Child. 1985; 60:179- 181 (Reimpreso de Lancet,1965: 1289-1291)
14. Shields AL. A Comparative Study of fue Care of Hospitalized Children in Developed and Developing Countries. Tesis de maestría, Universidad de Queensland, Australia 1999
15. Hall D. Social and Psychological Care Before and During Hospitalization, Soc Sci Med, 1987; 25(6):721-732. .
16. Oberlander R. Patient Care Units Bring Home to fue Hospitals. Hospitals, 1980; Nov 81-85. 17.
17. Cleary J, Gray OP, Hall DJ, Rowlandson PH, Saninsbury CPQ, Davies MM. Parental Involvement in the Lives of Children in Hospital. Arc Dis Child, 1986; 61: 779-787.
18. Castellero y del Saz R. Algunos datos históricos de los Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal. Revista de Salud del Distrito Federal. 1992; 1:23-25
19. Comunicación personal de exdirector de Hospital Materno Infantil Milpa Alta.
20. Cortés Romero HH. Cambios Conductuales Postquirúrgicos en Pacientes Pediátricos Sometidos a Apendicectomía. Tesis del Curso de Especialización en Cirugía Pediátrica. México UNAM .SSDF 2001.
21. Gráficos de población total y población abierta por grupo de edad según sexo 2001. Sub dirección de Información y Seguimiento, Dirección de Vigilancia



- Epidemiológica, Dirección General de Servicios de Salud Pública, Gobierno del Distrito Federal.
22. Tablas de Principales Causas de Morbilidad, Servicios Normales y Corta Estancia, Hospitales Pediátricos 2001. Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial. Secretaría de Salud, Gobierno del Distrito Federal.
 23. Irigoyen-Coria A. Gómez-Clavelina FJ. Fundamentos de Medicina Familiar. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana 4a ed. 1996.
 24. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER. Guía para el Seminario de Investigación del PUEM. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana 1999.
 25. Cuyás AA, Bohigas MR. Diccionario Inglés Español. Barcelona Ediciones Hysa, 1980.
 26. Méndez-Ramírez I, Namihira-Guerrero D, Moreno-Altamirano L, Sosa-Martínez C. El Protocolo de Investigación. México: Editorial Trillas 2aed. 1990.
 27. The Welfare of Children in Hospital, Report of the Committee ("Reporte Platt"). Ministry of Health Central Health Services Council 1959.
 28. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P. Metodología de la investigación. México: Editorial McGraw Hill 3a ed. 2003.
 29. Huerta-González JL. Estudio de la salud familiar. En Programa de Actualización Continua en Medicina Familiar (PAC MF-1). México: Editorial Intersistemas 1999. Libro 1, 4ª unidad. pp 31.
 30. Estadísticas de Diagnósticos de Internamiento de Menores de Cinco años, año 2000. Hospital General "Dr. Manuel Gea González" SSA.

TESIS CON
FALLA DE REGISTRO

ESTA ES LA

Fecha: ___ de ___ de 2002

Cuestionario para Padres

Por favor circule el número que elija como respuesta (circule únicamente una respuesta)

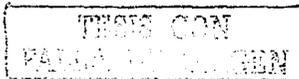
1. ¿Qué tanto sabía usted acerca de lo que le iba a pasar a su hijo en el hospital?
 1. Nada
 2. Un poco
 3. Bastante
 4. Casi todo

2. le hubiera gustado tener más información acerca de la hospitalización de su hijo?
 1. Si
 2. No

3. ¿Porqué?: _____

4. Si un niño menor de 5 años es hospitalizado, piensa usted que la madre, el padre o algún familiar (si esto fuera posible para ellos) deberían:
 1. Quedarse en el hospital acompañando a su hijo al lado de su cama día y noche
 2. Estar presente junto a él todo el día e irse en la noche
 3. Acudir a visitar al niño unas cuantas horas diario
 4. Acudir a visitar al niño unas cuantas horas la mayor parte de los días que esté hospitalizado
 5. Dejarlo al cuidado del personal del hospital

5. Cuando se realizan procedimientos dolorosos o atemorizantes (como aplicar una inyección o un suero) a su niño ¿qué prefiere usted?:
 1. Ayudar en cualquier forma
 2. Ayudar un poco
 3. Dejar a su hijo a cargo de las enfermeras y médicos



12. ¿Cree usted que debe darse a los padres tanta información como sea posible acerca del estado de salud de su hijo?

1. Si, siempre 2. A veces 3. No, nunca

13. ¿Cree usted que la madre y el padre deben participar en las decisiones sobre la atención de su hijo hospitalizado?

1. Si, siempre 2. A veces 3. No, nunca 4. No sabe

14. ¿Cree usted que se debería pedir a la madre o el padre que se quedaran al lado de la cama de su hijo durante la hospitalización?

1. Si, siempre 2. A veces 3. No, nunca

15. ¿Cree usted que los niños se adaptan mejor a estar internados si su madre o su padre se quedan al lado de su cama durante la hospitalización?

1. Si, siempre 2. A veces 3. No, nunca

16. ¿Cree usted que la madre o el padre de los niños hospitalizados les deben dar de comer, bañar, cambiar y consolar?

1. Si, siempre 2. A veces 3. No, nunca

17. ¿Cree usted que se debe enseñar a la madre o el padre a dar cuidados mas complicados como inyectar y aplicar suero a sus hijos hospitalizados?

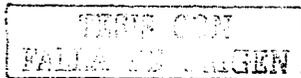
1. Si siempre 2. A veces 3. No, nunca

18. Como regla general, ¿cree usted que a los abuelos y otros familiares se les debería permitir permanecer en el hospital para ayudar en el cuidado de los niños?

1. Si, siempre 2. A veces 3. No, nunca

19. De requerir operación algún niño ¿cree usted que la madre, el padre o algún otro familiar, deben quedarse con el niño hasta que se quede dormido por la anestesia?

1. Si, siempre 2. A veces 3. No, nunca



20. Cree usted que el padre la madre o algún otro familiar deben estar presentes cuando el niño despierte de la anestesia?

1. Si, siempre 2. A veces 3. No, nunca

21. Fecha en la que se internó su hijo en ésta ocasión: dia ___ mes ___ año ___

22. ¿Qué enfermedad motivó la hospitalización de su hijo(a)?

23. ¿En dónde vive (pueblo o colonia y delegación o municipio y entidad)?

24. ¿Cómo se viene al hospital? (microbús, metro, taxi, caminando, etc)

25. ¿Cuánto tiempo se tarda en llegar al hospital? _____ horas _____ minutos

26. ¿Cuál es su escolaridad (hasta dónde estudió)?

1. No estudió y no sabe leer ni escribir
2. No estudió pero sí sabe leer y/o escribir
3. Primaria
4. Secundaria
5. Preparatoria, vocacional, bachillerato, carrera técnica
6. Licenciatura
7. Maestría, doctorado, especialidad, subespecialidad

27. ¿A qué se dedica? _____

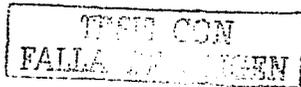
28. ¿A qué se dedica su pareja? _____

29. ¿Cuál es su estado civil?

1. Casado (a)
2. Unión libre
3. Soltero (a)
4. Divorciado (a)
5. Separado (a)
6. Viudo (a)

30. ¿Cuántos otros hijos e hijas tiene (además del que tiene hospitalizado)?
_____ (Si no tiene ningún(a) otro(a) pase a la

pregunta 39)



31. ¿Qué edades tienen sus otros hijos e hijas? _____

32. ¿Quién cuida a sus otros hijos mientras usted está en el hospital?

33. ¿Le paga a alguien para cuidar a sus hijos mientras usted está en el hospital?

1. Si

2. No

(Si respondió NO, pase a la pregunta 39)

34. Si respondió SI ¿Cuánto paga al día? _____

35. ¿Qué es usted del niño? _____

36. En que grupo de edad está usted:

1. Menos de 18 años
2. Entre 18 y 25 años
3. Entre 26 y 35 años
4. Entre 36 y 45 años
5. Entre 46 y 55 años
6. Más de 55 años

37. Además de su pareja y sus hijos ¿viven con usted algún o algunos otros familiares?

1. Si (quién) _____ 2. No

38. ¿Vive con su familia alguien que no sea familiar?

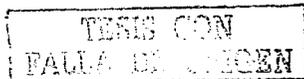
1. Si (quién) _____ 2. No

39. ¿Qué edad tiene su hijo? _____ años _____ meses

40. ¿Cuál es el sexo de su hijo? 1: masculino (niño) 2: femenino (niña)

En las siguientes preguntas he escrito dos palabras que son opuestas una a la otra, una en cada extremo de una línea con separaciones.

Ejemplo: negro : : : : blanco



Si siente que sus sentimientos acerca de algún concepto se acercan a alguna de las palabras en cada extremo de la línea, ponga una cruz en el espacio que se encuentra 'pegadito' a esa palabra.

Ejemplo: negro: _ : _ : : blanco o negro: : _ : _ : blanco

Si se siente neutral, esto es, que no tenga preferencia por ninguna de las palabras, ponga la cruz en el espacio del centro.

Ejemplo: negro: _ : : _ : blanco

Puede sentirse solo ligeramente inclinado a una de las palabras, entonces ponga la cruz así:

Ejemplo: negro: _ : _ : : blanco o negro: : _ : _ : blanco

Por favor coloque una cruz en las escalas para indicar sus sentimientos

41. La mayor parte de los doctores que atienden a mi hijo en éste hospital han sido:

amables: _ : _ : : no amables
interesados en la salud del niño: _ : _ : : no interesados en la salud del niño
comprensivos: _ : _ : : no comprensivos
acomodados: _ : _ : : no acomodados
se relacionan bien con el niño: _ : _ : : no se relacionan bien con el niño
accesibles: _ : _ : : inaccesibles
explican de forma que entiendo: _ : _ : : no explican de forma que entiendo
educados: _ : _ : : groseros
competentes: _ : _ : : incompetentes
abiertos: _ : _ : : cerrados

42. La mayor parte de enfermeras(os) que atienden a mi hijo en éste hospital han sido:

amables: _ : _ : : no amables
interesados en la salud del niño: _ : _ : : no interesados en la salud del niño
comprensivos: _ : _ : : no comprensivos
acomodados: _ : _ : : no acomodados
se relacionan bien con el niño: _ : _ : : no se relacionan bien con el niño
accesibles: _ : _ : : inaccesibles
explican de forma que entiendo: _ : _ : : no explican de forma que entiendo

TESIS CON
FALLA DE CENSURA

educados: : : : : groseros
competentes: : : : : incompetentes
abiertos: : : : : cerrados

43. La mayor parte del personal de trabajo social, inhaloterapia y administrativo (personal que atiende en informes) de éste hospital han sido:

amables: : : : : no amables
interesados en la salud del niño: : : : : no interesados en la salud del niño
comprensivos: : : : : no comprensivos
acomodidos: : : : : no acomodidos
se relacionan bien con el niño: : : : : no se relacionan bien con el niño
accesibles: : : : : inaccesibles
explican de forma que entiendo: : : : : no explican de forma que entiendo
educados: : : : : groseros
competentes: : : : : incompetentes
abiertos: : : : : cerrados

TESIS CON
FALLA EN EL TITULO

Fecha: ____ de ____ de 2002

Cuestionario Para el Personal de Salud.

Por favor circule el número que elija como respuesta (circule únicamente una respuesta)

1. Si un niño menor de 5 años es hospitalizado piensa usted que la madre, el padre o algún otro familiar (si esto fuera posible para ellos) deberían idealmente:
 1. Quedarse en el hospital con el niño día y noche
 2. Estar presente junto a él todo el día e irse en la noche
 3. Acudir a visitar al niño unas cuantas horas diario
 4. Acudir a visitar al niño unas cuantas horas la mayor parte de los días que esté hospitalizado
 5. Dejarlo al cuidado del personal del hospital

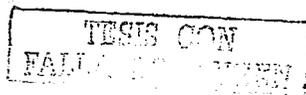
2. Cuando se realizan procedimientos dolorosos o aterrizantes a un niño (como aplicar una inyección o venoclisis), cree usted que los padres deben:
 1. Ayudar aunque puedan no querer
 2. Ayudar un poco
 3. Ayudar en lo que puedan
 4. Salir del sitio en el que se realiza el procedimiento

3. ¿En su día de trabajo, ha notado que tiene tiempo para jugar con un niño aburrido?
 1. Casi siempre
 2. Solo en ciertos momentos
 3. Rara vez
 4. Siente que no es parte de su trabajo

4. Cuando los niños son hospitalizados ¿señale usted a quién le corresponde informar a los padres y al niño sobre las rutinas del hospital?
 1. Enfermera
 2. Médico
 3. Trabajo social
 4. Otros padres
 5. Otro niño
 6. No lo sé

TESIS CON
FALLA EN
INGEN

5. ¿Cree usted que debe darse a los padres tanta información como sea posible acerca del estado de salud de su hijo hospitalizado?
1. Si, siempre 2. A veces 3. No, nunca
6. ¿Cree usted que la madre y el padre deben participar en las decisiones sobre la atención del niño?
1. Si, siempre 2. A veces 3. No, nunca
7. ¿Cree usted que idealmente se debería pedir a la madre o al padre que se quedaran al lado de su hijo durante la hospitalización?
1. Si, siempre 2. A veces 3. No, nunca
8. ¿Cree usted que los niños se adaptan mejor a estar internados si su madre o sus padre se quedan a su lado durante la hospitalización?
1. Si, siempre 2. A veces 3. No, nunca
9. ¿Cree usted que idealmente la madre o el padre de los niños hospitalizados les deben dar de comer, bañar, cambiar y consolar?
1. Si, siempre 2. A veces 3. No, nunca
10. ¿Cree usted que se debe enseñar a la madre o al padre a dar cuidados más complicados como inyectar y colocar venoclisis?
1. Si, siempre 2. A veces 3. No, nunca
11. Como regla general ¿Cree usted que a los abuelos y/o otros familiares se les debería permitir quedarse al lado de los niños hospitalizados para ayudar a atenderlos?
1. Si, siempre 2. A veces 3. No, nunca
12. ¿Cree usted que la madre, el padre o algún otro familiar idealmente deben estar presentes cuando un niño se va a operar hasta que se quede dormido con la anestesia?
1. Si 2. No 3. No sabe
13. ¿Cree usted que la madre, el padre o algún otro familiar idealmente deben estar presentes cuando el niño despierta de la anestesia?



1. Si

2. No

3. No sabe

14. ¿Cree usted que la institución debe proporcionar clases escolarizadas para niños hospitalizados?

1. Si, siempre

2. A veces

3. No, nunca

Especificar _____

15. ¿Cree usted que deben tomarse en cuenta en el hospital los requerimientos especiales de niños que pertenezcan a una religión distinta a la católica?

1. Si, siempre

2. A veces

3. No, nunca

16. ¿En qué grupo de edad se encuentra usted?

1. Menos de 18 años
2. Entre 18 y 25 años
3. Entre 26 y 35 años
4. Entre 36 y 45 años
5. Entre 46 y 55 años
6. Más de 55 años

17. ¿Cuál es su ocupación?

1. Médico
2. Enfermera(o)
3. Trabajador(a) social
4. Otro (especificar) _____

18. ¿Cuánto tiempo lleva en ésta ocupación? _____ años _____ meses

19. Dentro de su ocupación ¿qué cargo tiene actualmente?

20. ¿Cuántos tiempo ha estado en éste cargo? _____ años _____ meses

21. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando con niños (tanto niños hospitalizados como en una guardería, jardín de niños, preescolar, primaria o secundaria) _____ años _____ meses

22. ¿Cuál es su escolaridad?

1. Primaria
2. Secundaria
3. Preparatoria / Vocacional / Bachillerato técnico

TESIS CON
FALLA DE REGISTRO

A continuación coloque una cruz en el espacio que crea que describe mejor sus sentimientos acerca de su trabajo:

27. Casi siempre el trabajar con niños me resulta:

satisfactorio: _:_:_:_:insatisfactorio
agradable: _:_:_:_:desagradable
placentero: _:_:_:_:fastidioso
fascinante: _:_:_:_:sin chiste
motivante: _:_:_:_:desmotivante
entretenido: _:_:_:_:aburrido
reconfortante: _:_:_:_:no reconfortante

28. Casi siempre el trabajar con los padres me resulta:

satisfactorio: _:_:_:_:insatisfactorio
agradable: _:_:_:_:desagradable
placentero: _:_:_:_:fastidioso
fascinante: _:_:_:_:sin chiste
motivante: _:_:_:_:desmotivante
entretenido: _:_:_:_:aburrido
reconfortante: _:_:_:_:no reconfortante

29. Casi siempre disfruto mi actual trabajo:

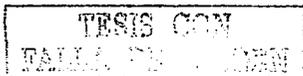
mucho: _:_:_:_:no mucho

30. Considero que el trabajo que realizo en el hospital es valorado por los niños que atiendo:

mucho: _:_:_:_:no mucho

31. Considero que el trabajo que realizo en el hospital es valorado por los padres de los niños que atiendo:

mucho: _:_:_:_:no mucho



4. Licenciatura / Postécnico/ Residente
5. Maestría / Especialidad
6. Doctorado / Subespecialidad

23. ¿Tiene usted estudios en pediatría? (médico pediatra, enfermera pediátrica, u otro)

1. Si

2. No

(En caso de responder *No* pase a la pregunta 25)

24. En caso de haber respondido *Si* por favor especifique ¿qué estudios tiene en pediatría? _____

25. ¿Tiene hijos?

1. Si

2. No

26. Es usted:

1. Mujer

2. Hombre

En las siguientes preguntas he escrito dos palabras que son opuestas una a la otra, una en cada extremo de una línea con separaciones.

Ejemplo: negro: _ : _ : _ : _ : blanco

Si siente que sus sentimientos acerca de algún concepto se acercan a alguna de las palabras en cada extremo de la línea, ponga una cruz en el espacio que se encuentra 'pegadito' a esa palabra.

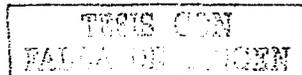
Ejemplo: negro: _ : _ : _ : **x** : blanco o negro: **x** : _ : _ : _ : blanco

Si se siente neutral, esto es, que no tenga preferencia por ninguna de las palabras, ponga la cruz en el espacio del centro.

Ejemplo: negro: _ : _ : **x** : _ : blanco

Puede sentirse solo ligeramente inclinado a una de las palabras, entonces ponga la cruz así:

Ejemplo: negro: _ : _ : **x** : _ : blanco o negro: **x** : _ : _ : blanco



A continuación coloque una cruz en el espacio que crea que describe mejor sus sentimientos acerca de su trabajo:

27. Casi siempre el trabajar con niños me resulta:

satisfactorio: _:_:_:_:insatisfactorio
agradable: _:_:_:_:desagradable
placentero: _:_:_:_:fastidioso
fascinante: _:_:_:_:sin chiste
motivante: _:_:_:_:desmotivante
entretenido: _:_:_:_:aburrido
reconfortante: _:_:_:_:no reconfortante

28. Casi siempre el trabajar con los padres me resulta:

satisfactorio: _:_:_:_:insatisfactorio
agradable: _:_:_:_:desagradable
placentero: _:_:_:_:fastidioso
fascinante: _:_:_:_:sin chiste
motivante: _:_:_:_:desmotivante
entretenido: _:_:_:_:aburrido
reconfortante: _:_:_:_:no reconfortante

29. Casi siempre disfruto mi actual trabajo:

mucho: _:_:_:_:no mucho

30. Considero que el trabajo que realizo en el hospital es valorado por los niños que atiendo:

mucho: _:_:_:_:no mucho

31. Considero que el trabajo que realizo en el hospital es valorado por los padres de los niños que atiendo:

mucho: _:_:_:_:no mucho

TESTS CON
FALLA DE ORIGEN