

11262



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

PROGRAMAS DE POSGRADO

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN CIENCIAS
MEDICAS ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

CUESTIONARIO DE REACCIONES A LA HOSPITALIZACION
EN NIÑOS PREESCOLARES: CONSTRUCCION Y
VALIDACION

T E S I S
QUE PRESENTA:
PARA OBTENER EL TITULO DE:
MAESTRA EN CIENCIAS
PRESENTA:
ALEJANDRA HERNANDEZ ROQUE

DIRECTOR: DR. FRANCISCO A. MORALES CARMONA

MEXICO, D. F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADEZCO AL:

- Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca No. 162828 que me permitió cursar la maestría y llevar a cabo esta investigación.
- Hospital Infantil de México Federico Gómez y cada uno de los pacientes que aceptaron participar y formar parte de este trabajo.
- Dr. Francisco A. Morales Carmona, que tanto te tengo que agradecer: conocimientos, guía, respeto, confianza y sobre todo tu dedicación. Gracias por ser mi tutor y sobre todo un gran amigo.
- Comité de Sinodales:
 - Dra. Ma. Carmen Martínez García.
 - Dr. M. Enrique Rendón Macías.
 - Dra. Catalina F. González Forteza.
 - Dra. Ma. Carmen E. Lara Muñoz.

Gracias por el tiempo dedicado a la revisión y crítica de este trabajo.

- Dra. Patricia Clark Peralta y Dra. Ma. Carmen Martínez García por su interés en formar profesionales dedicados a la investigación.
- A mi amiguita (M. en C.) Gabriela Tercero Quintanilla por ser la mejor compañera en dos años y medio de estudios, por estar siempre presente y compartir desde un dulce, una desvelada y hasta un examen. Obviamente por ser mi amiguita en todo momento y te salgo debiendo... lo único no logrado.. no aprendimos a chatear...

- Dra. Mercedes Luque Coqui y Dra. Rosaura R. Hernández Mote por su dedicación, consejos y conocimientos que han aportado a este trabajo y aún más a mi formación como profesional y como persona.
- A quienes nos “subimos a un barco” sin saber que formaríamos un gran grupo dispuesto a mantenerse a flote y vencer las adversidades: Anabel, Argelia, Bety F, Bety M, Claudia, Ernesto, Esperanza, Olga, Rebeca y Renata.
- A todas mis compañeras y amigas que siempre están cerca y apoyándome en todo: Anita, Lulú, Lupita A, Lupita C, Ofelia, Pilar y Rosa Ma.

DEDICATORIAS:

Especialmente se las dedico por ser mi familia.

A mis padres:

Ma. Elena y Eduardo.

Por enseñarme que las cosas siempre valen la pena, que los estudios siempre son importantes y sobre todo por ser su hija.

A mis hermanas:

Liz y Adis.

Con el deseo de mantenemos siempre unidas y porque son las mejores hermanas del mundo.

A Nico:

Por aparecer en mi vida en el momento más adecuado, por tu apoyo, confianza y sobre todo porque te quiero mucho.

INDICE

RESUMEN	i
CAPITULO I	1
• La hospitalización en niños.	2
• Importancia de estudiar los efectos de la hospitalización en niños.	4
• ¿Cómo afecta la hospitalización?	6
o A los niños.	6
o A los padres.	8
• Reacciones a la hospitalización.	9
• Cuidado de los niños en los hospitales.	13
o Carta Europea de los Derechos de los Niños Hospitalizados.	14
CAPITULO II	17
• Evaluación psicológica en la hospitalización infantil.	18
• Como construir un instrumento de medición.	20
o Pasos para la construcción de un instrumento.	21
o Construcción de Cuestionarios.	24
• Confiabilidad y validez de un instrumento.	26
o Validez.	26
o Confiabilidad.	29
o Factores que pueden afectar la confiabilidad y validez.	31
• Justificación.	33
• Objetivo.	34

CAPITULO III	35
• Lugar.	36
• Diseño.	36
• Población.	36
• Muestra.	36
• Tamaño de la muestra.	36
• Criterios de inclusión.	37
• Criterios de exclusión.	37
• Variables de estudio.	37
• Procedimiento general para la construcción y validación del cuestionario.	39
• Análisis estadístico.	42
• Recursos humanos.	42
• Recursos materiales.	43
• Consideraciones éticas.	43
CAPITULO IV	44
Resultados	45
CAPITULO V	79
Discusión	80
Conclusiones	84
Sugerencias	85
BIBLIOGRAFÍA	86
ANEXOS	89

RESUMEN

La psicología infantil se ocupa de observar los cambios en la conducta humana que se dan con el crecimiento, desarrollo y experiencia. Sus objetivos son la observación, medición, descripción y explicación de varias etapas de la vida, desde la concepción hasta la vida adulta.

El niño con alguna enfermedad aguda o crónica experimenta múltiples estresores, los que potencialmente causan desajustes emocionales o conductuales, además de que se encuentra en alto riesgo de desarrollar dificultades psicológicas que pueden mostrar antes o después de una hospitalización.

La hospitalización se define como el período de tiempo que una persona permanece internada en un hospital para la ejecución de cualquier acción médica (diagnóstico y/o tratamiento) referida a la enfermedad. Cuando un niño es hospitalizado, cambia su vida abruptamente. El hospital pasa a ser su espacio vital, durante días, semanas, meses o años. Desaparecen la casa, la escuela, los hermanos y los amigos. Se interrumpen las actividades usuales de juego, estudio y descanso. En el nuevo ambiente, el pequeño se ve obligado a asimilar múltiples cambios. De repente tiene que interactuar con muchas personas a quienes nunca vio (médicos, enfermeras, psicólogas, trabajadoras sociales y estudiantes).

La separación de sus padres constituye en la mayoría de los casos, una situación estresante. La intensidad de las respuestas infantiles disminuye con la edad, pero el niño en edad preescolar, de tres a seis años, puede llegar a manifestar reacciones extremas en el momento de la separación de personas significativas.

En la literatura se han descrito diversas reacciones a la hospitalización: ansiedad de separación; ansiedad estado (cómo se siente en este momento); angustia que se manifiesta a través del llanto, rabieta y protestas; temor ante los extraños; sentimientos de abandono; estado depresivos.; fobias escolares y médicas; agresividad (hacia los

demás y hacia sí mismo); pérdida de autoestima; miedo a morir o ser dañado, maltratado entre otras.

La hospitalización especialmente en períodos prolongados causa reacciones a largo plazo, obstaculizando su adaptación al hogar, a la escuela y a su medio ambiente. Los niños menores de seis años tienen reacciones más graves a la hospitalización que los que se encuentran en la edad escolar y esto es especialmente evidente en la ansiedad de separación originada por la separación de sus padres la cual es especialmente dramática para los preescolares.

En el medio hospitalario se dispone de poco tiempo para la evaluación psicológica, lo que hace necesario contar con cuestionarios que se puedan aplicar rápidamente. Al seleccionar los instrumentos es necesario considerar la edad y el nivel de desarrollo del niño, así como su vocabulario y habilidades de comunicación que afectarán tanto la comprensión de la prueba como la calificación de una conducta que sea clínicamente significativa.

La evaluación del preescolar hospitalizado se realiza mediante instrumentos generales, desarrollados y validados en población no hospitalizada. Requerimos de disponer de pruebas psicológicas que sean atractivas, y no conviertan esta en una actividad tediosa e incómoda para el niño y sus padres.

JUSTIFICACION

El comportamiento de la mayoría de los niños se afecta durante y/o después de una hospitalización. Estas conductas alteran la manera en que cada paciente puede enfrentar este ambiente, de forma que el reconocer la presencia de reacciones a la hospitalización que puedan complicar el manejo médico y el desarrollo psicológico del menor proporciona elementos para la realización de una intervención.

El registrar y medir las reacciones emocionales ante la hospitalización por medio de un cuestionario simple y de aplicación rápida nos permitirá desarrollar programas de intervención y educativos para la detección y prevención de las alteraciones de conducta

que afectan su estancia en el hospital, así como su vida diaria una vez que el niño es dado de alta.

OBJETIVO

Construir y validar un cuestionario para medir las reacciones emocionales a la hospitalización en niños preescolares.

MATERIAL Y MÉTODOS

Lugar: El estudio se realizó en el área de hospitalización del Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Diseño: Estudio transversal para construir y validar un cuestionario.

Población: Pacientes preescolares de tres a cinco años (niños y niñas) que fueron hospitalizados entre marzo de 2002 a enero de 2003.

Muestra: Se evaluaron 109 padres de pacientes en edad preescolar, obteniendo la muestra por medio de un muestreo no probabilístico de casos consecutivos.

Tamaño de la muestra: Se consideró el índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de .682 y .697 del Análisis Factorial para conocer la conveniencia del análisis y la suficiencia de la muestra.

Criterios de inclusión: a) Padres (mamá, papá o tutor) de pacientes entre tres y cinco años que fueron hospitalizados para determinar su diagnóstico (pacientes de nuevo ingreso) o realización de algún estudio. b) Pacientes que provenían del Distrito Federal y de diferentes estados de la República.

Criterios de exclusión: a) Niños con diagnóstico de enfermedades crónicas en fase terminal. b) Diagnóstico clínico de deficiencia mental o de psicosis en los niños o en sus

padres (criterio clínico). c) Pacientes que durante su hospitalización les fuera colocado equipo médico p.e. venoclisis, catéters, sujetadores o inmovilizadores.

Variables de estudio: Reacciones emocionales, hospitalización, edad, sexo y nivel socioeconómico.

Procedimiento: Este estudio se realizó conforme los pasos sugeridos en la literatura para la construcción y validación de un instrumento en tres fases.

Análisis estadístico: Se llevó a cabo por computadora a través del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS, Versión 10.0). Se calcularon las medidas de tendencia central y de las medidas de dispersión de las calificaciones obtenidas en el cuestionario y las variables de estudio. La validez y confiabilidad del cuestionario se obtuvo mediante el análisis factorial.

Consideraciones éticas: Este estudio se clasifica en la categoría de investigación sin riesgo debido a que se empleó investigación documental (aplicación de un cuestionario).

RESULTADOS

Para las variables de hospitalización, edad, sexo y nivel socioeconómico se calculó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para determinar el tipo de distribución. En todas las variables la distribución fue libre (no normal).

El número de días que los niños permanecieron en el hospital fue mínimo un día y máximo tres días. La mediana para la edad fue 53 meses (4 años 5 meses) con un valor mínimo de 36 meses (3 años 0 meses) y un valor máximo de 71 meses (5 años 11 meses). El mayor porcentaje lo presentó el sexo masculino con el 57.8%. El nivel socioeconómico más frecuente fue el I representado por el 90% de la población estudiada.

Los resultados del cuestionario se presentaron en tres fases:

En la primera, se hizo una revisión de la literatura para identificar el estado actual del tema y elaborar los reactivos que conforman las reacciones a la hospitalización, con esta información se elaboraron 20 reactivos que fueron dados a un grupo de cinco jueces para calificar su pertinencia en el cuestionario. La opinión de los jueces nos permitió evaluar las instrucciones, redacción y adecuación de cada una de los reactivos; considerando con este proceso la evaluación de la validez de apariencia y contenido.

En la segunda fase se llevó a cabo el primer análisis factorial de 109 cuestionarios con 17 reactivos. Se obtuvo un coeficiente de suficiencia de muestra de .682 con una varianza total explicada de 61.456% en seis factores. Se obtuvo un coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach de 0.7947 y un coeficiente de Spearman-Brown de 0.7167 con un nivel de significancia de $p < 0.05$. De este análisis se eliminaron cinco reactivos.

Finalmente en la tercera fase se calculó un segundo análisis factorial con los 109 cuestionarios, pero con 12 reactivos. El coeficiente de suficiencia de muestra fue de .697 con una varianza total explicada en cuatro factores de 60.562%. La confiabilidad del cuestionario se obtuvo por medio del Alfa de Cronbach con un valor de 0.7274 y un coeficiente Spearman-Brown para mitades paralelas de 0.7264; ambos con un nivel significativo menor a $p < 0.05$.

La versión final del cuestionario estuvo conformada por 12 reactivos con un coeficiente de suficiencia de muestra de 0.697 ($p < 0.000$), la varianza total explicada es de 60.562% en un total de cuatro factores y con coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.7264 y coeficiente de confiabilidad de mitades partidas de diferente longitud de Spearman-Brown de 0.7795. Cada uno de los factores fue renombrado para obtener la versión final del cuestionario: Factor I ansiedad general; Factor II miedos; Factor III dificultades en el sueño y Factor IV conductas de regresión.

Para la calificación total del cuestionario se calculó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y se determinó que la distribución de los datos fue libre y la mediana obtenida fue de 25 puntos (12-53 puntos). Se calcularon los percentiles de distribución de las calificaciones totales naturales.

Con los resultados obtenidos podemos concluir que se construyó un cuestionario de 12 reactivos con opción de respuesta múltiple de tipo ordinal, que cuenta con las características psicométricas adecuadas de validez y confiabilidad para la medición de las reacciones a la hospitalización en niños preescolares.

CAPITULO I

LA HOSPITALIZACIÓN EN NIÑOS

La psicología infantil se ocupa de observar los cambios en la conducta humana que se dan con el crecimiento, desarrollo y experiencia. Sus objetivos son la observación, medición, descripción y explicación de varias etapas de la vida, desde la concepción hasta la vida adulta.

El estudio del comportamiento y de las diversas fuerzas que actúan sobre un niño en crecimiento aclara muchas áreas de las ciencias biológicas y sociales; en el lado práctico tiene valor fundamental para los padres y profesionales en la crianza y educación del niño y proporciona gratificaciones a la sociedad en general y a los niños en particular. La exploración de las facetas del desarrollo del menor y el efecto de las experiencias tempranas; tiene mucho que ofrecer a los padres en la orientación del cómo pueden evitar o hacer mínimas las dificultades que pueden provocar problemas psicológicos y de conducta ¹.

Hace casi ciento cincuenta años, cuando se abrieron las primeras salas infantiles en los hospitales, se permitía a los padres que permanecieran con sus hijos el mayor tiempo posible, para mantener un clima familiar que favoreciera la adaptación de los niños al hospital.

A finales del siglo XIX se produjo un cambio en el sistema de visita de los padres. Con la necesidad del amamantamiento del niño por parte de la madre o el estado crítico de los enfermos, los familiares tenían el "privilegio" de permanecer con ellos, se desanimaba a aquellos que fueran a visitarles a la sala. La razón de este cambio fue debido a la posibilidad de que los padres llevaran infecciones a la sala constituyendo un peligro para los niños, añadiendo otras causas como el efecto de las visitas (recordaban el ambiente de la casa y dificultaban su adaptación al hospital). La principal preocupación de los niños hospitalizados se relacionaba con la enfermedad y la custodia. Asimismo, las reglas eran muy estrictas respecto a los juguetes, el confinamiento en la cama y la alimentación.

adecuada podía llevarle a un estado de marasmo y otras alteraciones incluso la muerte. Bowlby y Robertson, en 1952, prosiguen sus estudios del niño hospitalizado. Más tarde, en 1953, Robertson recoge en un filme un convincente documental que denominó *Un niño de dos años va al hospital* que sirvió para cambiar las formas utilizadas en el cuidado y tratamiento médico del niño en el hospital que impedían la permanencia de las madres con sus hijos².

El niño con alguna enfermedad aguda o crónica experimenta múltiples estresores, los que potencialmente causan desajustes emocionales o conductuales. El menor se encuentra en alto riesgo de desarrollar dificultades psicológicas que pueden mostrar antes o después de una hospitalización³.

La enfermedad origina una serie de efectos en el niño, resumidos en:

* Efectos directos: dolores generalizados, malestar, inquietud, irritabilidad, alteraciones del apetito y sueño entre otros.

* Efectos reactivos: incluyen regresión emocional y conductual, depresión, interpretaciones erradas de la realidad, fantasías sobre cambios en su imagen corporal, alteraciones de la adaptación social, etc.

La hospitalización se define como el período de tiempo que una persona permanece internada en un hospital para la ejecución de cualquier acción médica (por ejemplo, diagnóstico y/o tratamiento) referida a la enfermedad⁴. La palabra hospitalismo presupone la idea de que el hospital actúa patogénicamente no por lo que en él hay, sino por lo que en él falta. El hospital es la organización institucional de la carencia afectiva⁵. A los niños generalmente no se les reconoce como "pacientes activos", sujetos con derechos exigibles y personas co-responsables en la recuperación de su salud.

Cuando un niño es hospitalizado, cambia su vida abruptamente. El hospital pasa a ser su espacio vital, durante días, semanas, meses o años. Desaparecen la casa, la escuela, los hermanos y los amigos. Se interrumpen las actividades usuales de juego, estudio y descanso. En el nuevo ambiente, el niño se ve obligado a asimilar múltiples cambios. De repente tiene que interactuar con muchas personas a quienes nunca vio. Entre ellos están

los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, psicólogas, trabajadoras sociales y estudiantes). Así mismo, la hospitalización produce una crisis familiar debido a la separación de sus padres y hermanos.

La hospitalización es una ruptura de elementos donde la separación de su madre, padre, hermanos y/o de su medio ambiente, sin embargo, es la relación significativa con sus padres la que le permite al pequeño enfrentarse al medio ambiente para obtener un sentido de protección directa que implica la seguridad de saber que la figura materna y paterna están ahí para protegerlo.

El menor no tiene aún la capacidad para comprender que debe haber una razón para enfermarse que justifique la pérdida del cuidado materno; aunque la comprensión que pudiera mostrar ante la hospitalización es borrada por la imperiosa necesidad de su madre, por lo que se vuelve inconsolable y se muestra con urgencia de obtener seguridad⁵.

Importancia de estudiar los efectos de la hospitalización en niños

Es hasta después de la II Guerra mundial que comenzó a prestarse una especial atención a las consecuencias psicosociales derivadas de la hospitalización. Actualmente se puede afirmar que la enfermedad en la infancia, unida a los efectos de la hospitalización, tiene profundas repercusiones psicológicas y sociales sobre la vida del niño enfermo.

El desarrollo emocional, social e intelectual del menor tienen una gran influencia en la salud mental de su vida posterior; la enfermedad y la hospitalización suponen situaciones de profunda tensión y alteración de la rutina personal y familiar, por lo que se requiere estar alerta a las posibles implicaciones negativas para que sean susceptibles de ser minimizadas⁶⁻⁸.

Desde 1936 Beverly describió los posibles efectos que una enfermedad tiene sobre el

desarrollo emocional. En los 40's Levy, Jassner y Kaplan describieron el trauma psíquico que puede acompañar a una cirugía y una hospitalización en el niño⁹; en los 70's Mellish sustentó el uso de una preparación psicológica para la hospitalización y cirugía de pacientes pediátricos tomando en cuenta las características individuales de los niños, sus padres, el tipo de enfermedad y el trabajo médico¹⁰.

Los significados de estas experiencias para los niños fueron estudiados por Bowlby (1952) y Spitz (1945) quienes describieron los efectos de la privación debido a hospitalización sobre el desarrollo mental y conductual de niños pequeños. En el mismo periodo Ana Freud (1952) discutía la influencia de la hospitalización debida a enfermedades físicas sobre las reacciones psicológicas en los pequeños. Describió los sentimientos de incapacidad, menor control del yo y las fantasías, sobre todo en casos de cirugía.

En estudios de seguimiento realizados con niños hospitalizados Shannon, Fergusson y Dimond¹¹ relacionaron los problemas de conducta con el número de días en el hospital. Los autores conducen que, aparentemente, los efectos de la hospitalización deben ser explicados por la posición social de la familia y por los eventos que vivieron. Esto puede ser mediado por el apoyo parental (o la falta de este) y por la experiencia que vivieron en el hospital.

La hospitalización pediátrica ha cambiado mucho en los últimos años. Actualmente sabemos que es necesario ofrecer una atención global, bio-psico-social, y son bien conocidas las consecuencias tanto a corto, como a largo plazo.

¿ CÓMO AFECTA LA HOSPITALIZACIÓN ?

- **A LOS NIÑOS**

La separación de sus padres constituye en la mayoría de los casos, una situación estresante para el niño¹². Aunque la intensidad de las respuestas infantiles disminuye con la edad, el menor en edad preescolar de tres a seis años puede llegar a manifestar reacciones extremas en el momento de la separación de personas significativas¹³. Estas reacciones pueden depender de las mismas reacciones de los padres, que pueden ser atribuidas a la calidad de esta relación y de las reacciones específicas en esta interacción de los padres con sus hijos ante cualquier situación¹⁴.

Los cambios de horario, la separación de su familia, el malestar que siente por su enfermedad, las restricciones para desplazarse, la inactividad y otras incomodidades, contribuyen a explicar el por qué para muchos niños la experiencia de la hospitalización llega a convertirse en un verdadero trauma.

El niño asume dos formas de respuesta⁴:

1. Se siente enfermo, abandonado por su familia, no entiende por qué para estar bien tiene que estar sólo. Si se siente sólo, está más propenso a estar triste, desarrolla estrés y bajan las defensas biológicas.
2. Se siente con dolor, con desconcierto, depresión, miedo, enojo y aislamiento social.

En un estudio realizado en 1997 en el Hospital Universitario de Cartagena¹⁵ se observó que el 25% de los menores de seis años presentaron manifestaciones de ansiedad y depresión durante las primeras 72 horas de su hospitalización. Una segunda evaluación realizada siete días más tarde mostró que el porcentaje de niños en quienes se observaron estos síntomas de desadaptación se elevó al 75%. La afectación emocional de los menores como consecuencia de la hospitalización puede incrementarse a medida que ésta se prolonga.

Así la hospitalización puede causar reacciones inmediatas; en el mismo momento de la separación (gritos, llanto, negación) o después de esta con conductas como regresión, rechazo hacia los padres, etc.^{5,16}. En niños pequeños implica una experiencia muy importante y difícil tanto para ellos como para sus padres, y especialmente la madre. Esto repercute en la capacidad del menor para asimilar y recuperarse de las necesidades psicológicas que puedan presentarse a lo largo de la hospitalización.

Las amenazas, miedo y temores que viven los niños se clasifican en cinco categorías generales⁷:

- a) Daño físico o lesiones corporales en forma de malestar, dolor, mutilación o muerte.
- b) Separación de los padres y la ausencia de adultos confiables.
- c) Lo extraño, lo desconocido y las posibles sorpresas.
- d) La incertidumbre acerca de los límites y de la conducta que se espera de él.
- e) La relativa pérdida del control, autonomía y competencia.

El pequeño tiende a buscar objetos que le sean familiares, señales, sonidos que sean indicadores de la presencia de su madre o un familiar; el consuelo de estar cerca de su mamá, tener con él un juguete que le haga sentir la prolongación de su hogar en el hospital. Sin embargo el temor ante la presencia de extraños que lo exploran, inyectan, o trasladan a un estudio; son actividades que son concebidas como rutinarias para el personal de salud para el niño son percibidas como agresión porque son situaciones que desconoce y que la mayoría de las veces no le son explicadas⁶. El medio hospitalario es pobre en estímulos y su ritmo de actividades es monótono y repetitivo.

Algunos de los trastornos emocionales se originan en los niños como consecuencia de la pérdida del contacto con sus seres queridos. El sentimiento de abandono puede ser eliminado al permitir que el cuidador (madre) permanezca junto a él en la sala. La regresión puede hacerse manifiesta en un niño que ya controlaba esfínteres cuando moja la cama, cuando se succione el pulgar ó hable de manera infantil.

El niño hospitalizado tiene respuestas positivas a una hospitalización si tiene fuertes vínculos afectivos, si entiende que lo quieren y si se adapta mejor. Si comprende la hospitalización tiene mejor disponibilidad para el tratamiento. Posterior a la estancia hospitalaria la estrecha colaboración con padres, familiares y amigos reincorpora al pequeño a sus actividades cotidianas, recuperando su bienestar⁶.

- **A LOS PADRES**

Todo lo que afecte a un miembro de un sistema familiar, afecta a todos los demás. Así cuando un niño está en crisis, su familia, principal fuente de seguridad y apoyo, también lo está.

Hospitalización puede significar separarse del niño, dejarlo solo. Los horarios de visita y las restricciones al acompañamiento, limitan la posibilidad de contacto y esto es vivido por muchos padres con inmensa frustración; temen que en su ausencia el niño no sea bien tratado, se le ignore o que el personal de turno olvide darle la medicina o tratamiento que necesita. Que algo falle, mientras ellos no estén presentes para ayudar o que su hijo sufra en su ausencia, e incluso que muera.

Muchos padres o familiares sufren ante la carencia de información y el no saber cómo ayudar a su hijo hospitalizado. Con frecuencia se abstienen de preguntar pues tienen miedo de "regañados". Otras veces preguntan pero no entienden las explicaciones que se les dan; de esta manera se ven obligados a asumir una posición de pasividad, que los predispone a malinterpretar el sentido de las acciones del personal de salud.

REACCIONES A LA HOSPITALIZACIÓN

Una explicación a los efectos de la hospitalización en los primeros años de vida ha sido prevista por la teoría del apego de Bowlby¹⁷, quien señala que la separación del niño y su cuidadora o cuidadores, regularmente figuras de apego, es concebida como una consecuencia dañina de la hospitalización. Las separaciones en general son consideradas una amenaza al bienestar de los niños, dependiendo de la duración y circunstancias, porque durante la hospitalización los menores requieren de la proximidad de la figura de apego.

La duración de la hospitalización puede o no llegar a ser un factor que preceda a la aparición de síntomas ya que algunos niños requieren de tan solo de unos días, mientras que otros pueden estar varias semanas sin presentar ninguna alteración⁵. Se considera que uno de los factores que se encuentran más altamente vinculados con la aparición de síntomas y alteraciones conductuales y emocionales en el niño, es la separación de la madre.

Kay¹⁸ describe la presencia de comportamientos anormales como: los trastornos del sueño, poco apetito, enuresis, reducción de la comunicación con los padres y la falta de interés entre otros; que están relacionados con la separación o dependencia del niño hacia la madre.

Las reacciones a la hospitalización^{3,4,6,7,12,14,19-21} que se informan en la literatura son:

- Ansiedad de separación.
- Ansiedad (como se siente en este momento) que se manifiesta en el niño, a través del llanto, rabietas y protestas.
- Temor ante los extraños.
- Sentimientos de abandono.
- Sentimientos de soledad que aumentan ante la ausencia de la familia.
- Sentimientos de culpa y de impotencia.
- Regresiones (chuparse el dedo).

Las reacciones a la hospitalización (continuación):

- Trastornos del sueño (insomnio).
- Trastornos de eliminación (enuresis, encopresis).
- Trastornos de alimentación.
- Hostilidad.
- Estado depresivo.
- Ira.
- Fobias escolares y médicas.
- Resentimiento.
- Agresividad (hacia los demás y hacia sí mismo).
- Pérdida de autoestima.
- Miedo a morir, ser dañado o maltratado.

Los efectos de la hospitalización pueden repercutir en la relación y pérdida de confianza con los padres y hermanos. La separación en su significado psicológico es la ausencia de la presencia materna, cambios en su forma de vida la inseguridad que representa el ¿qué vendrá?; esto lleva a la generación de pensamientos y de fantasías que pretenden ser un sustituto temporal de aquello que le está faltando. Es decir la incapacidad para asimilar los eventos producto de la experiencia es susceptible de repercutir en la actitud del niño ante la hospitalización¹⁵. Si esta es dada por períodos prolongados causa reacciones a largo plazo, o incluso a la salida del hospital, obstaculizando su adaptación al hogar, a la escuela y a su medio ambiente²².

La ansiedad es una de las principales formas en la que reacciona un niño hospitalizado y se caracteriza por una sensación de peligro inminente del que no puede escapar, con actitud de espera, aprensión, malestar, desamparo y de la que desconoce la causa^{9,19,23}. La ansiedad puede expresarse en forma de depresión, desazón, irritabilidad, oscilaciones en el estado de ánimo, sueño inquieto, predisponibilidad a la ira e hipersensibilidad.

La ansiedad experimentada por un niño va a depender de su desarrollo evolutivo, la situación provocadora de la ansiedad y de los mecanismos de defensa de que disponga.

La separación produce alteraciones emocionales y conductuales principalmente en los menores de cinco años. Los efectos negativos en los más pequeños persisten de dos a tres semanas²¹.

Teichman¹⁴ investigó las reacciones de los niños a la hospitalización versus la clínica de día. Los resultados fueron que las mamás de menores que fueron hospitalizados en la clínica de día tenían significativamente más altos niveles de ansiedad (rasgo y estado) y los menores se mostraron más ansiosos que los niños que fueron hospitalizados en hospital tradicional. Los sentimientos de la madre percibidos por el niño son los factores más influyentes en la reacción del niño a la hospitalización.

La ansiedad de los padres tiene un fuerte impacto en la ansiedad del niño³ y las reacciones pueden variar de acuerdo a la edad y comprensión del pequeño.

Los niños menores de seis años tienen reacciones más graves a la hospitalización que los menores en edad escolar y esto es especialmente evidente en la ansiedad de separación^{7,12,24,25} originada por la separación de sus padres. La inmadurez de los niños y la dependencia en la relación con su madre, provee la base para los efectos de la separación. Se ha establecido la interpretación de la separación como la pérdida de amor, rechazo, o castigo¹².

En la etapa preescolar el niño comienza a tomar iniciativas y planificar actividades que le sirven para adaptarse a su entorno, promoviendo que tenga confianza y seguridad¹.

La gran vulnerabilidad del niño se ha atribuido a las dificultades en la preparación para la estancia hospitalaria, en comunicación y la dependencia del niño hacia la madre. El niño puede sentir que pierde el amor a consecuencia de la desobediencia y que la hospitalización es el castigo a su conducta^{26,27}. El preescolar puede creer que la enfermedad y su tratamiento, el tener que ir a un hospital o la separación, de deben a un castigo por realizar una conducta incorrecta o a un rechazo de los padres, es probable que

estas creencias se deriven de las recomendaciones o normas que los padres hacen a sus hijos.

Su limitada comprensión sobre la enfermedad así como la adquisición de ciertas habilidades para desplazarse, explorar y manipular, además de la manifestación de frecuentes negativas, dificulta al preescolar el cumplimiento de normas (permanecer en la cama, tomar medicinas, etc)²⁷ si no se siente mal. Puede manifestar reacciones contra la separación o conductas regresivas, con el objeto de lograr la atención de los padres y sentirse protegido.

CUIDADO DE LOS NIÑOS EN LOS HOSPITALES

La primera declaración oficial fue redactada en 1923 para proteger los derechos del niño, después de la Primera Guerra Mundial. En 1959 la Organización de las Naciones Unidas proclamó en Ginebra los diez derechos fundamentales del niño hospitalizado, enfatizando que su falta de madurez física e intelectual hace imprescindible la necesidad de un cuidado adecuado y especial para él.

En 1986, el Parlamento Europeo propone la **Carta Europea de los Niños Hospitalizados**, enumerando los derechos especiales que tienen cuando, por alguna causa, deben ser internados. En 1987 se redacta una serie de recomendaciones para quienes participan en la "situación de hospitalización del niño". El 20 de noviembre de 1989, en Nueva York, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención sobre los Derechos del Niño que consta de 54 artículos y establece la obligación de los estados miembros de la ONU de respetar y hacer respetar los derechos citados.

La Convención sobre los Derechos del Niño es incorporada a la Constitución de la Nación Española desde 1994, adoptada en 1998 por la Asociación Médica Mundial (Declaración de Ottawa).

Carta Europea de los Derechos de los Niños Hospitalizados²⁸⁻²⁹.

“Años atrás, no respetar los derechos del niño era aberrante. Hoy, además, es inconstitucional.”

El niño tiene derecho:

1. A que no se le hospitalice sino en el caso de no pueda recibir los cuidados necesarios en su casa o en un ambulatorio y si coordina oportunamente, con el fin de que la hospitalización sea lo más breve y rápida posible.
2. A procurar la hospitalización diurna, sin que ello suponga una carga económica adicional a los padres.
3. A estar acompañado de sus padres o de la persona que los sustituya, el mayor tiempo posible durante su estancia en el hospital, no como espectadores pasivos, sino como elementos activos de la vida hospitalaria, sin que ello comporte costes adicionales; el ejercicio de este derecho no debe perjudicar en modo alguno no obstaculizar la aplicación de tratamiento a los que hay someter a los niños.
4. A recibir información adaptada a su edad, su desarrollo mental, su estado afectivo y psicológico, con respecto al conjunto de tratamiento médico al que se le somete y a las perspectivas positivas que dicho tratamiento ofrece.
5. A una recepción y seguimientos individuales, destinándose en la medida de lo posible los mismos enfermos y auxiliares para dicha recepción y los cuidados necesarios.
6. A negarse (por boca propia, de sus padres o de la persona que lo sustituya) como sujetos de investigación, y a rechazar cualquier cuidado o examen cuyo propósito primordial sea educativo o informativo y no terapéutico.
7. A que los padres, o de la persona que lo sustituya, a recibir toda la información relativa a la enfermedad o al bien estar del niño, siempre y cuando el derecho fundamental del niño al respecto de su intimidad no se vea afectado.
8. A que los padres, o de la persona que lo sustituya, a expresar su conformidad con los tratamientos que se aplican al niño.

9. A que los padres, o de la persona que lo sustituya, a una recepción adecuada y a su seguimiento psicosocial a cargo del personal con formación especializada.
10. A no ser sometido a experiencias farmacológicas o terapéuticas, sólo los padres o la persona que lo sustituya, debidamente advertidos de los riesgos y de las ventajas de estos tratamientos, tendrán la posibilidad de conceder su autorización, así como retirarla.
11. A que cuando esté hospitalizado, cuando está sometido a experimentación terapéutica, este protegido por la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial y sus subsiguientes actualizaciones.
12. A no recibir tratamientos médicos inútiles y a no soportar sufrimientos físicos y morales que puedan evitarse.
13. De contar con sus padres o con la persona que los sustituya en los momentos de tensión.
14. A ser tratado con tacto, educación y comprensión, y a que se respete su intimidad.
15. A recibir, durante su permanencia en el hospital, los cuidados prodigados por el personal cualificado que conozca perfectamente las necesidades de cada grupo de edad, tanto en el plano físico como en el afectivo.
16. A ser hospitalizado junto a otros niños evitando todo lo posible su hospitalización entre adultos.
17. A disponer de locales amueblados y equipados, de modo que respondan a sus necesidades en materia de cuidados, de educación y de juegos, así como las normas oficiales de seguridad.
18. A proseguir su formación escolar durante su experiencia en el hospital, y beneficiarse de las enseñanzas de los maestros y del material didáctico que las autoridades escolares pongan a su disposición, en particular en el caso de hospitalización prolongada, con la condición de que dicha actividad no cause perjuicios a su bienestar y/o no obstaculice los tratamientos que se siguen.
19. A disponer durante su permanencia en el hospital de juguetes adecuados a su edad, de libros y de medios audiovisuales.

20. A que le sean practicados los estudios en caso de hospitalización parcial (hospitalización diurna) o de convalecencia en su propio domicilio.
21. A la seguridad de recibir los cuidados que necesita, incluso en el caso de que fuera necesario la intervención de la justicia si los padres o personas que los sustituya se niegan por razones religiosas, retardo cultural, de prejuicios, o no están en condiciones de dar los pasos necesarios para hacer frente a la urgencia.
22. A la necesaria ayuda económica y moral, así como psicosocial, para ser sometido a exámenes y/o tratamiento que deban efectuarse necesariamente en el extranjero.
23. A que sus padres o de la persona que lo sustituya a pedir la aplicación de la presente carta en el caso de que el niño tenga necesidad de hospitalización o de examen médico en países de no formen la Comunidad Europea.

Futuras investigaciones deben dirigirse a la identificación del riesgo emocional y conductual en los niños, para la prevención de los efectos negativos de la hospitalización³. La preparación del menor previa a la hospitalización y antes de someterle a exploraciones, procedimientos médicos e intervenciones, así como el apoyo posterior, contribuyen a disminuir su ansiedad facilitando una mejor recuperación y una adaptación más fácil y menos traumática psicológicamente. Pero cuando un niño está hospitalizado a veces se marchita su imaginación, su vitalidad natural, y el niño se retrae: deja de hablar, deja de jugar, de sonreír... Se sabe que algunos pequeños tienen esta necesidad de retraerse para así poder "ahorrar energía" y afrontar la situación, pero también se ha comprobado que si se les estimula a que se expresen, relacionen, jueguen y se diviertan, ello puede favorecer su salud mental e incluso una mejor evolución de la enfermedad.

El juego y la risa son una necesidad vital para los niños. El juego es una herramienta que les permite explorar y descubrir el mundo y a sí mismos, expresarse, encontrar satisfacción, aprender a vivir. Cuando se encuentra inmerso en el juego o en cualquier actividad, obtiene placer y aumenta su autoestima; esto contribuye a darle recursos para sobrellevar las incomodidades de la enfermedad, favorece su desarrollo global y mejora su calidad de vida⁶.

CAPITULO II

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN LA HOSPITALIZACIÓN INFANTIL

Cuando el niño está hospitalizado se encuentra en un entorno extraño en el cual sus actividades están reguladas por otras personas, que suelen ser gente desconocida, a menudo amenazante y cuya eficiencia puede ser interpretada por los menores como indiferencia ante su malestar; se le somete a procedimientos médicos atemorizantes y/o dolorosos y puede tener preocupaciones y malentendidos relacionados con la naturaleza del tratamiento. Este cuidado le impone dependencia, limitando algunas veces sus movimientos y actividades; debe adaptarse a reglas y rutinas del hospital, superar la separación de sus familiares y amigos y al mismo tiempo mantenerse vinculado a ellos; también puede tener dudas sobre lo que esperan de él las personas que le rodean.

Cuando ingresa al hospital se ve expuesto a un gran número de estímulos que pueden provocar distintas reacciones de un paciente a otro. La evaluación psicológica en este ámbito intenta acceder a la vivencia del niño hospitalizado y su entorno, valorando lo que significa esta experiencia para él, sus familiares y el personal de salud que lo atiende.

Palomo² enumera los objetivos de la evaluación psicológica hospitalaria:

1. Conocer cómo un determinado niño percibe diversos acontecimientos que ocurren en la experiencia de hospitalización, se siente afectado y se comporta ante ellos.
2. Conocer cómo los padres perciben la experiencia de tener un hijo hospitalizado, se sienten afectados y como se comportan ante ella.
3. Saber cómo los padres se relacionan con los hijos antes, durante y después de la citada experiencia.

En el medio hospitalario generalmente se dispone de poco tiempo para una evaluación psicológica, por lo que es necesario se cuente con pruebas que se puedan aplicar rápidamente. Al seleccionar los instrumentos psicológicos es necesario considerar la edad y el nivel de desarrollo del niño, así como su vocabulario y habilidades de comunicación que afectarán la comprensión de la prueba como la calificación de una conducta como clínicamente significativa.

La evaluación del niño hospitalizado se realiza mediante instrumentos generales y/o específicos desarrollados y validados en población no hospitalizada. Se requiere de material que sea atractivo, y no conviertan la tarea de evaluación en una actividad tediosa e incómoda para el menor y su padres⁴.

Asimismo, la evaluación de los padres tiene la doble finalidad de permitir que los progenitores valoren el comportamiento de su hijo, antes, durante y después de la experiencia hospitalaria. Esto posibilita el registro de conductas difícilmente accesibles por otros medios como el que se da en situaciones médicas previas o las conductas poshospitalarias.

En México no se cuenta con ningún instrumento para la medición de las reacciones emocionales de los niños hospitalizados. Algunas de las pruebas^{2,4} conocidas se dirigen a áreas específicas y para menores en edad escolar, dado que en esta etapa ya el infante cuenta con conocimientos y sobre todo con el nivel de comprensión necesario para responder a diferentes cuestionarios. El estudio en niños menores de cinco años es limitado y la opción con la que se cuenta es evaluarlos a través de sus padres, quienes por medio de la observación diaria pueden describir al personal de salud el comportamiento de su hijo durante la hospitalización.

COMO CONSTRUIR UN INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Medir significa "asignar números a objetos y eventos de acuerdo con reglas" Stevens, 1951³⁰, sin embargo esta definición es utilizada en objetos medibles y tangibles. En situaciones abstractas como ocurre en las ciencias sociales, la medición es "el proceso de vincular conceptos abstractos con indicadores empíricos", que se realiza mediante un plan explícito y organizado para clasificar y cuantificar los datos disponibles (los indicadores) en términos del concepto del investigador tiene en mente. El instrumento de medición o de recolección de datos juega un papel central ya que sin él no hay observaciones clasificadas.

Desde el punto de vista empírico el centro de atención es la respuesta observable (respuesta marcada en un cuestionario, una conducta o una respuesta dada a un entrevistador) y desde la perspectiva teórica el interés se sitúa en el concepto subyacente no observable que es representado por la respuesta. Así, los registros del instrumento de medición representan valores observables de conceptos abstractos.

Existen diversos tipos de instrumentos de medición, cada uno con características diferentes. Sin embargo, el procedimiento general para construirlos es semejante.

En una investigación hay dos opciones:

1. Elegir un instrumento ya desarrollado y disponible, el cual se adapta a los requerimientos del estudio en particular.
2. Construir un nuevo instrumento de medición de acuerdo con la técnica apropiada para ello.

En ambos casos es importante tener evidencia sobre su confiabilidad y validez.

PASOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN INSTRUMENTO³¹⁻³³.

Paso 1.

Listar las variables que se pretenden medir u observar.

Paso 2.

Revisar su definición conceptual y comprender su significado.

Paso 3.

Revisar cómo han sido definidas operacionalmente las variables, esto es, cómo se han medido. Ello implica comparar los distintos instrumentos o maneras utilizadas para medirlas (su confiabilidad, validez, sujetos a los cuales se les aplicó, facilidad de administración, las veces que tales mediciones han resultado exitosas y posibilidad de uso en el contexto de la investigación).

Paso 4.

Elegir los instrumentos ya desarrollados que hayan sido favorecidos por la comparación y adaptarlos al contexto de la investigación, sólo deben seleccionarse cuando la confiabilidad y validez se reporte. La confiabilidad varía de 0 a 1 y para la segunda se debe mencionar el método utilizado de validación y su interpretación. No se puede confiar en una forma de medir que carezca de evidencia clara y precisa de estos elementos. Cualquier investigación sería reportar la confiabilidad y validez de su instrumento de medición.

Si se selecciona un instrumento desarrollado en otro país, deben hacerse pruebas piloto más extensas, sin olvidar que traducir no es validar; o en el caso de que no se elija uno ya desarrollado sino que se prefiera construir o desarrollar uno propio, debe pensarse en cada variable y sus dimensiones, en indicadores precisos y reactivos para cada dimensión. Debemos asegurarnos de tener un número suficiente de reactivos para medir todas las variables en todas sus dimensiones. Ya sea que se seleccione un instrumento previamente desarrollado y se adapte o bien, se construya uno éste constituirá la versión preliminar de nuestra medición, versión que debe pulirse y ajustarse.

Paso 5.

Indicar el nivel de medición de cada reactivo y, por ende, el de las variables.

Existen cuatro niveles de medición:

1. Nominal. En este nivel se tienen dos o más categorías del reactivo o variable. Las categorías no tienen orden o jerarquía. Lo que mide es colocado en una u otra, lo que indica solamente diferencias respecto a una o más características (p.e. sexo). Ninguna de las dos categorías tiene mayor jerarquía que la otra, únicamente reflejan diferencias en la variable. No hay orden de mayor o menor. Los números utilizados en este nivel de medición tienen una función puramente de clasificación y no se pueden manipular aritméticamente. Las variables nominales pueden ser dicotómicas, p.e. sexo, tipo de escuela; o bien, tres o más categorías (categóricas) p.e. afiliación a un partido político, la carrera elegida.
2. Ordinal. En este nivel hay varias categorías, pero además éstas mantienen un orden de mayor a menor. Sin embargo las categorías no están ubicadas a intervalos iguales (no hay intervalo común).
3. Por intervalos. Además del orden o jerarquía entre categorías, se establecen intervalos iguales en la medición. Las distancias entre categorías son las mismas a lo largo de toda la escala. Hay intervalo constante, una unidad de medida. El cero en la medición, es un cero arbitrario, no es real p.e. la temperatura donde el cero es arbitrario, ni implica que realmente haya cero de temperatura.
En el estudio del comportamiento humano no son verdaderamente de intervalo (escalas de actitudes, pruebas de inteligencia), pero se acercan a este nivel y se suele tratarlas como si fueran mediciones de intervalo. Esto se hace porque este nivel de medición permite utilizar las operaciones aritméticas básicas y algunas estadísticas modernas, que de otro modo no podría ser posible usarla.

4. De razón. En este nivel, además de tenerse todas las características del nivel de intervalos (intervalos iguales entre las categorías y aplicación de operaciones aritméticas básicas y sus derivaciones), el cero es real, es absoluto (no es arbitrario). Cero absoluto implica que hay un punto en la escala donde no existe la propiedad; p.e. el número de hijos, las ventas de un producto, etc.

Es importante indicar el nivel de medición de todas las variables y reactivos, porque dependiendo de dicho nivel se selecciona uno u otro tipo de análisis estadístico.

Paso 6.

Indicar cómo se habrán de codificar los datos en cada reactivo o variable. Codificar los datos significa asignarles un valor numérico que los represente. A cada categoría se asignan valores numéricos que tienen un significado (sexo: femenino=1 y masculino=2). La codificación es necesaria para analizar cuantitativamente los datos, esto es, el análisis estadístico.

Paso 7.

Una vez que se indica el nivel de medición de cada variable y reactivo y que se determina su codificación, se procede a aplicar una "prueba piloto" del instrumento de medición. Es decir, se aplica a personas con características semejantes a las de la muestra o población de la investigación. La prueba piloto se realiza con una pequeña muestra (inferior a la muestra definitiva). Cuando la muestra sea de 200 o más, se lleva a cabo la prueba piloto con un número de entre 25 y 60 personas. Salvo que la investigación exija un número mayor.

En esta prueba se analiza si las instrucciones se comprenden y si los reactivos funcionan adecuadamente. Los resultados se usan para calcular la confiabilidad y, de ser posible la validez del instrumento.

Paso 8.

Sobre la base de la prueba piloto, el instrumento de medición preliminar se modifica, ajusta y mejora, los indicadores de confiabilidad y validez son una buena ayuda; y entonces estaremos en condiciones de aplicarlo.

CONSTRUCCIÓN DE CUESTIONARIOS

Es el instrumento más utilizado para recolectar datos. Un cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir.

El contenido de las preguntas puede ser variado como los aspectos que mida. Y básicamente, podemos hablar de dos tipos de preguntas: cerradas y abiertas.

- Las preguntas cerradas contienen categorías o alternativas de respuesta que han sido delimitadas. Es decir, se presentan a los sujetos las posibilidades de respuesta y ellos deben circunscribirse a ellas. Pueden ser dicotómicas (dos opciones de respuesta) o incluir varias opciones de respuesta. Las categorías de respuesta son definidas "a priori" por el investigador y se le presentan al respondiente quien debe elegir la opción que describa más adecuadamente su respuesta.
Son más fáciles de codificar, preparar para su análisis y requieren de menos esfuerzo por parte de la persona que responde al cuestionario.
- Las preguntas abiertas no delimitan de antemano las alternativas de respuesta. Por lo cual el número de categorías de respuesta es muy elevado, en teoría es infinito. Son útiles cuando no tenemos información sobre las posibles respuestas de las personas o cuando esta información es insuficiente. Son difíciles de codificar, clasificar y preparar para su análisis.

Características de las preguntas:

1. Las preguntas deben ser claras y comprensibles para quienes las respondan.
Deben evitarse términos confusos o ambiguos.

2. Las preguntas no deben incomodar al respondiente.
3. Las preguntas deben referirse preferentemente a un solo aspecto o relación lógica.
4. Las preguntas no deben inducir las respuestas.
5. El lenguaje utilizado en las preguntas debe ser adaptado a las características del respondiente.

CÓMO ESTÁ FORMADO UN CUESTIONARIO

Además de las preguntas un cuestionario, contiene *instrucciones* claras y entendibles que indican cómo se debe contestar. Es recomendable agradecer al respondiente el haberse tomado el tiempo para contestar el cuestionario; en algunas ocasiones puede incluirse una *carátula* de presentación.

TAMAÑO DE UN CUESTIONARIO

No existe regla, el tamaño depende del número de variables y dimensiones a medir, el interés de quién responde y la manera en que es administrado. Cuestionarios que duran más de 35 minutos suelen ser tediosos. Lo importante es no hacer preguntas innecesarias o injustificadas.

FORMAS DE APLICACIÓN DE UN CUESTIONARIO

Los cuestionarios pueden ser aplicados de diversas maneras:

- A. Autoadministrado.* El cuestionario se proporciona directamente a los respondientes. Esta forma no es recomendable para analfabetas, personas que tienen dificultades de lectura o niños que todavía no saben leer.
- B. Por entrevista personal.* Un entrevistador lo aplica y él va haciéndole las preguntas al respondiente y anota sus respuestas. Si hay varios entrevistadores, deben estar capacitados, conocer el cuestionario y no sesgar o influir en las preguntas.
- C. Por entrevista telefónica.* La entrevista es a través del teléfono.

D. Autoadministrado y enviado por correo postal, electrónico o servicio de mensajería.

Los respondientes contestan directamente el cuestionario, no hay intermediarios ni retroalimentación inmediata, si lo sujetos tienen alguna duda no se les aclara en el momento.

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE UN INSTRUMENTO

Todo instrumento debe reunir dos requisitos esenciales: confiabilidad y validez.

- **VALIDEZ**

La validez, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir³¹. Kerlinger³⁰ plantea al respecto: ¿está midiendo lo que cree que está midiendo? Si es así, su medida es válida; si no, no lo es.

La validez es un concepto del cual pueden tenerse diferentes tipos de evidencia³⁴:

1. *Evidencia relacionada con el contenido.* Se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide, el grado que la medición representa al concepto medido. Un instrumento debe contener representados a todos los reactivos del dominio de contenido de las variables a medir.
2. *Evidencia relacionada con el criterio.* Se establece esta validez comparándola con algún criterio externo. Este es un estándar con el que se juzga la validez del instrumento. Entre más se relacionen los resultados del instrumento de medición con el criterio, la validez será mayor. Si el criterio se fija en el presente, se habla de validez concurrente (los resultados del instrumento se correlacionan con el criterio en el mismo momento o punto de tiempo). Si se fija en el futuro, se habla de validez predictiva (utilizamos los resultados de los individuos para predecir su desempeño en el futuro). El instrumento predice cierto resultado después de un tiempo dado.

3. *Evidencia relacionada con el constructo.* Ésta es probablemente la más importante, sobretudo desde una perspectiva científica y se refiere al grado en que una medición se relaciona consistentemente con otras mediciones de acuerdo con hipótesis derivadas teóricamente y que conciernen a los conceptos (o constructos) que están siendo medidos. Un constructo es una variable que tienen lugar dentro de una teoría o esquema teórico.

La validez de constructo incluye tres etapas:

- Se establece y especifica la relación teórica entre los conceptos (sobre la base del marco teórico).
- Se correlacionan ambos conceptos y se analiza cuidadosamente la correlación.
- Se interpreta la evidencia empírica de acuerdo con el nivel en que clarifica la validez de constructo de una medición en particular.

El proceso de validación de un constructo está vinculado con la teoría. No es posible llevar a cabo la validación de constructo, a menos que exista un marco teórico que soporte a la variable en relación con otras variables. Desde luego, no es necesaria una teoría sumamente desarrollada, pero sí investigaciones que hayan demostrado que los conceptos están relacionados. Entre más elaborado y comprobado se encuentre el marco teórico que apoya la hipótesis, la validación de constructo puede arrojar mayor luz sobre la validez de un instrumento de medición. Y mayor confianza tendremos cuando sus resultados se correlacionan significativamente con un mayor número de mediciones de variables que teóricamente y de acuerdo con estudios antecedentes, están relacionadas.

$$\begin{aligned} \text{Validez total} &= \text{validez de contenido} + \text{validez de criterio} \\ &+ \text{validez de constructo.} \end{aligned}$$

Así la validez de un instrumento de medición se evalúa sobre la base de tres tipos de evidencia. Entre mayor evidencia de validez de contenido, validez de criterio y validez de constructo tenga un instrumento de medición, más representará a la variable o variantes que pretende medir.

Un instrumento de medición puede ser confiable pero no necesariamente válido. Por ello es requisito que el instrumento de medición demuestre ser confiable y válido.

CALCULO DE LA VALIDEZ

1. *Validez de contenido.* Es necesario revisar cómo ha sido utilizada la variable por otros investigadores, con base en dicha revisión, elaborar un universo de reactivos posibles para medir la variable y sus dimensiones (el universo debe ser lo más exhaustivo posible). Posteriormente se consulta con investigadores familiarizados con la variable para corroborar si el universo es exhaustivo. Se seleccionan los reactivos bajo una cuidadosa evaluación, si la variable está compuesta por diversas dimensiones o facetas, se extrae una muestra probabilística de reactivos, ya sea al azar o estratificada. Se administran los reactivos, se correlacionan las puntuaciones de los reactivos entre sí (deben existir correlaciones altas, especialmente entre reactivos que miden una misma dimensión), y se hacen estimaciones estadísticas para saber si la muestra es representativa. Para calcular la validez de contenido son necesarios varios coeficientes.
2. *La validez de criterio.* El investigador correlaciona su medición con el criterio, tomándose éste como coeficiente de validez.
3. *La validez de constructo* suele determinarse mediante un procedimiento denominado "análisis de factores"³⁵. Su aplicación requiere sólidos conocimientos estadísticos y un programa estadístico por computadora.

• CONFIABILIDAD

La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados^{31,34}. Es una forma de reflejar la cantidad de error aleatorio y sistemático, inherente en alguna medición³⁶. La confiabilidad se determina mediante diversas técnicas.

CALCULO DE LA CONFIABILIDAD.

Existen diversos procedimientos para calcular la confiabilidad de un instrumento de medición. Todos utilizan fórmulas que producen coeficientes de confiabilidad. Estos coeficientes pueden oscilar entre 0 y 1, donde 0 significa nula confiabilidad y 1 representa un máximo de confiabilidad (confiabilidad total). Entre más se acerque el coeficiente a cero, mayor grado de error habrá en la medición.

Los procedimientos^{34,36} más utilizados para determinar la confiabilidad mediante un coeficiente son:

1. *Medida de estabilidad*³³ (*confiabilidad por test-retest*). En este procedimiento un mismo instrumento de medición (o reactivos) es aplicado dos o más veces a un mismo grupo de personas, después de cierto periodo. Si la correlación entre los resultados de las diferentes aplicaciones es altamente positiva, el instrumento se considera confiable. El periodo de tiempo entre las mediciones es un factor a considerar. Si el periodo es largo y la variable susceptible a cambios, puede confundir la interpretación del coeficiente de confiabilidad obtenido por este procedimiento; pero si el periodo es corto, las personas pueden aparecer como más consistentes de lo que en realidad son.
2. *Método de formas alternativas o paralelas* (medida de equivalencia³³). En este procedimiento no se administra el mismo instrumento de medición, sino dos o más versiones equivalentes de éste. Las versiones (generalmente son dos) son administradas a un mismo grupo de personas dentro de un periodo de tiempo relativamente corto. El instrumento es confiable si la correlación entre los resultados

de ambas administraciones es significativamente positiva. Los patrones de respuesta deben variar poco entre las aplicaciones.

Los procedimientos anteriores (medidas de estabilidad y método de formas alternas), requieren cuando menos de dos administraciones de la medición en el mismo grupo de individuos y no siempre es posible obtenerlas.

Las *medidas de consistencia interna*³³ requieren de sólo una aplicación del instrumento. Estas estimaciones son índices de homogeneidad de los reactivos del instrumento, o el grado en el cual el reactivo correlaciona con la calificación total de la prueba.

La homogeneidad se refiere a la estructura interna, esto es, las relaciones entre los reactivos que forman en instrumento y el grado en que los reactivos se intercorrelacionan³⁷.

3. *Método de mitades partidas (split-halves)*. Específicamente, el conjunto total de reactivos (o componentes) es dividido en dos mitades y las puntuaciones o resultados de ambas son comparados. Si el instrumento es confiable, las puntuaciones de ambas mitades deben estar fuertemente correlacionadas.

La confiabilidad varía de acuerdo con el número de reactivos que incluya el instrumento de medición. Cuantos más reactivos mayor es la confiabilidad.

4. *Coefficiente alfa de Cronbach*. Este coeficiente, desarrollado por J. L. Cronbach, requiere de un sola administración del instrumento de medición y produce valores que oscilan entre 0 y 1. Su ventaja reside en que no es necesario dividir en dos mitades a los reactivos del instrumento de medición, simplemente se aplica y se calcula el coeficiente.

5. *Coefficiente KR-20*. Kuder y Richarson (1937) desarrollaron un coeficiente para estimar la confiabilidad de una medición. Se puede tomar en consideración como un caso especial del coeficiente alfa, cuando se califican los reactivos en forma dicotómica (es decir, correctas e incorrectas)³⁷.

Existen algunas formas diferentes de calcular el coeficiente de confiabilidad³⁶, como la Correlación Producto Momento de Pearson y el Coeficiente Kappa de Cohen.

- Correlación de Pearson.

La correlación de Pearson está basada en el análisis de regresión, y es una medición de la extensión de la relación entre dos variables que pueden ser descritas por una línea recta (regresión). Una prueba perfecta es obtenida cuando el coeficiente es de 1.0, pero sus valores pueden variar entre 0 y 1.

- Coeficiente de Kappa.

Se utiliza cuando sólo hay dos niveles: presente-ausente, positivo-negativo, vivo-muerto. Calcula la proporción de respuestas en las cuales dos de los observadores están de acuerdo. Se utiliza una tabla de 2x2 para calcularla.

FACTORES QUE PUEDEN AFECTAR LA CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

1. La improvisación. Algunas personas creen que elegir un instrumento de medición o desarrollar uno es algo que puede tomarse a la ligera. Hacerlos de un día para otro, o de una semana a otra, genera casi siempre instrumentos poco válidos o confiables y no debe existir en la investigación social (menos en ambientes académicos). Para poder construir un instrumento de medición se requiere conocer muy bien la variable que se pretende medir y la teoría que la sustenta.
2. A veces se utilizan instrumentos desarrollados en el extranjero que no han sido validados a nuestro contexto: cultura y tiempo. Traducir un instrumento, aun cuando adaptemos los términos a nuestro lenguaje y los contextualicemos, no es validarlo.
3. En ocasiones el instrumento resulta inadecuado para las personas a las que se les aplica: no es empático. Utilizar un lenguaje muy elevado para el encuestado, no

tomar en cuenta diferencias en cuanto a sexo, edad, conocimientos, capacidad de respuesta y otras diferencias, son errores que pueden afectar la validez y la validez del instrumento.

4. Las condiciones en las que se aplica el instrumento de medición. El ruido, el frío, un instrumento demasiado largo o tedioso, son cuestiones que pueden afectar negativamente la validez y confiabilidad. Los aspectos mecánicos como: si el instrumento es escrito, no se lean bien las instrucciones, falten páginas, no haya espacio adecuado para contestar, no se comprendan las instrucciones; también influyen de manera negativa.

Generalmente se tiene un grado de error en la medición, se trata de que este error sea el mínimo posible. Es por esto que la medición de cualquier fenómeno se conceptualiza con la siguiente fórmula:

$$X = t + e$$

Donde "X" representa los valores observados (resultados disponibles), "t" los valores verdaderos y "e" es el grado de error en la medición. Si no hay error de medición ($e=0$), el valor observado y el verdadero son equivalentes, lo cual representa el ideal de la medición. Entre mayor sea el error al medir, el valor que observamos se aleja más del valor real o verdadero. Es importante que el error sea reducido lo más posible. Calculando la confiabilidad y validez sabemos el grado de error que tenemos de una medición.

La confiabilidad puede incrementarse al aumentar el número de reactivos en el instrumento³⁶.

JUSTIFICACION

La hospitalización ocurre de forma común en la infancia. La conducta de la mayoría de los niños es afectada durante y/o después de la hospitalización²⁵. Obliga al niño a una separación de sus padres, quienes son los encargados de proveerle la seguridad y conocimiento del medio que le rodea. El ambiente hospitalario le es desconocido y regularmente llega a asociarlo únicamente con el dolor que le provoca una inyección o una persona desconocida para él (el médico). Conlleva la aparición de conductas como el llorar, pegar, morder o moverse continuamente, rehusarse a tomar los medicamentos o a la exploración y en algunos otros casos la presencia de síntomas depresivos, temor y angustia.

El impacto psicológico que la hospitalización produce en los niños se ha estudiado desde hace décadas. Se estima que pueden aparecer en el niño, como consecuencia de experiencias traumáticas en el hospital, una gran variedad de síntomas y problemas de personalidad, todos ellos consecuencia de la angustia y estrés^{2,8}.

Algunos niños muestran reacciones adversas a la hospitalización mientras se encuentran internados y de nuevo cuando regresan a su casa. Algunas de las conductas que el niño puede manifestar derivadas de dicha experiencia son ir siempre detrás de su madre a cualquier lugar de la casa, ponerse nervioso al oír mencionar a los médicos o el hospital, tener pesadillas, etc. La incidencia de problemas emocionales se presentan por breves periodos de tiempo o por un solo día.

Estas conductas alteran la forma en que cada niño puede enfrentar este ambiente, de forma que el reconocer la presencia de reacciones a la hospitalización que puedan afectar el manejo médico y el desarrollo psicológico del menor proporcionando elementos para la realización de una intervención. Actualmente estos pequeños llegan a ser reconocidos por el personal médico o paramédico como los "niños chillones, latosos, que no saben estar sin su mamá" o por el otro lado son "los niños buenos, no dan lata y cooperan en todo". Sin saber realmente que es una forma de reaccionar a un ambiente que no conocen o que les es aversivo.

El registrar y medir las reacciones a la hospitalización por medio de un cuestionario simple y de aplicación rápida nos permitirá desarrollar programas de intervención y educativos para la detección y prevención de las alteraciones de conducta que no solo afectan su estancia en el hospital sino además pueden afectar su vida diaria una vez que el niño es dado de alta.

OBJETIVO

Construir y validar un cuestionario para medir las reacciones emocionales a la hospitalización en niños preescolares.

CAPITULO III

MATERIAL Y MÉTODOS

- **LUGAR**

El estudio se realizó en el área de hospitalización del Hospital Infantil de México Federico Gómez; el cual es un Instituto de tercer nivel de atención que concentra a pacientes de diversos estados de la República Mexicana.

- **DISEÑO**

Es un estudio transversal para construir y validar un cuestionario.

- **POBLACIÓN**

Padres (mamá, papá o tutor) de pacientes preescolares de tres a cinco años (niños y niñas) que fueron hospitalizados en esta Institución entre marzo de 2002 a enero de 2003.

- **MUESTRA**

Fueron evaluados 109 padres de pacientes en edad preescolar, obteniendo la muestra por medio de un muestreo no probabilístico de casos consecutivos.

- **TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Para el tamaño de la muestra se consideró el índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)³⁸ del Análisis Factorial que nos permite saber por un lado la conveniencia del análisis y por el otro la suficiencia de la muestra. Las variables o reactivos deben estar altamente correlacionadas. En el área de ciencias sociales el coeficiente de este índice debe ser de un valor mínimo de .50, mientras que para las ciencias exactas (incluida medicina) los baremos propuestos son:

KMO > 0.9 = muy bueno.

KMO > 0.8 = meritorio.

KMO > 0.7 = mediano.

KMO > 0.6 = mediocre

KMO > 0.5 = bajo

KMO ≤ 0.5 = inaceptable.

Se considera que no debe realizarse un análisis factorial cuando el índice KMO es inferior a 0.5. porque significa que las variables no se correlacionan o que el tamaño de la muestra no es suficiente.

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- a) Padres (mamá, papá o tutor) de pacientes entre tres y cinco años que fueron hospitalizados para determinar su diagnóstico (pacientes de nuevo ingreso) o realización de algún estudio.
- b) Pacientes que provenían del Distrito Federal y de diferentes estados de la República.

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- a) Niños con diagnóstico de enfermedades crónicas en fase terminal.
- b) Diagnóstico clínico de deficiencia mental o de psicosis en los niños o en sus padres (criterio clínico).
- c) Pacientes que durante su hospitalización les fuera colocado equipo médico p.e. venoclisis, catéters, sujetadores o inmovilizadores.

- **VARIABLES DE ESTUDIO**

REACCIONES EMOCIONALES

Definición Conceptual	Respuesta infantil que se manifiesta como una reacción emocional durante la hospitalización. Estas reacciones pueden manifestarse por medio de conductas como: <ul style="list-style-type: none">- Ansiedad de separación.- Ansiedad estado (como se siente en este momento) que se manifiesta en el niño, a través del llanto o rabieta.- Temor ante los extraños.- Sentimientos de abandono.- Regresiones (chuparse el dedo).- Trastornos del sueño (insomnio).- Trastornos de eliminación (enuresis, encopresis).- Agresividad.
-----------------------	---

Definición Operacional	Las reacciones fueron medidas por medio del cuestionario "Reacciones a la hospitalización en niños preescolares".
Escala de Medición	Cuantitativa discreta.

HOSPITALIZACIÓN

Definición Conceptual	Internar a un enfermo en un hospital o clínica. La hospitalización se define como el período de tiempo que una persona permanece internada en un hospital para la ejecución de cualquier acción médica (por ejemplo, diagnóstico y/o tratamiento) referida a la enfermedad.
Definición Operacional	Se registró por número de días.
Escala de Medición	Cuantitativa discreta.
Indicador	Número de días.

EDAD

Definición Conceptual	Edad que ha vivido una persona.
Definición Operacional	Se registró en años-meses para los pacientes.
Escala de Medición	Cuantitativa continua (años-meses).

SEXO

Definición Conceptual	Conjunto de seres que tienen uno o varios caracteres comunes.
Definición Operacional	Se registró el sexo aparente de la persona.
Escala de Medición	Cualitativa Nominal (femenino, masculino)

NIVEL SOCIOECONÓMICO

Definición Conceptual	Características sociales y económicas que se conocen a través de una entrevista y que registran los ingresos y egresos mensuales que se perciben en una familia.
Definición Operacional	Se registró de acuerdo a la clasificación que realiza el departamento de trabajo social y se obtuvo del expediente y del carnet.
Escala de Medición	Cualitativa Ordinal (niveles: I; II; III; IV; V y VI).

• PROCEDIMIENTO GENERAL PARA LA CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO

Este estudio se realizó en tres fases conforme los pasos sugeridos para la construcción y validación de un instrumento³¹⁻³³.

Se describen a continuación las fases de este estudio y los resultados son presentados en el capítulo siguiente.

FASE I.

Se inició la construcción del cuestionario de "Reacciones a la hospitalización en niños preescolares" cuyo objetivo es el evaluar las reacciones a la hospitalización en niños de tres a cinco años del Hospital Infantil de México Federico Gómez y que debía ser contestado por los padres.

Paso 1. Se revisó la literatura pertinente para recabar la información acerca de las principales reacciones a la hospitalización en niños preescolares, y se hizo la búsqueda intencional de algún instrumento ya construido para evaluarlas; sin embargo, no se encontró ningún cuestionario para ello.

Paso 2. A partir de esta revisión se elaboró la Versión A del instrumento y se redactaron 20 frases descriptoras que se consideró representaban las reacciones a la hospitalización en los niños preescolares. Se evaluó la **validez de contenido** del cuestionario a través de cotejar las frases con la literatura.

Paso 3. Se entregó la Versión A, a un grupo de cinco expertos, psicólogos que cuentan con los conocimientos de desarrollo infantil normal y anormal para que evaluaran el cuestionario. Se solicitó le hicieran modificaciones de contenido, redacción y que señalaran si las frases eran las mínimas necesarias para evaluar las reacciones a la hospitalización en niños preescolares.

Así a cada experto se le entregó un sobre que contenía el cuestionario y las instrucciones de cómo debían evaluar cada reactivo. Cada uno evaluó el cuestionario utilizando una escala análoga visual con calificaciones de 0 a 10, donde 0 indicaba que la frase no representaba a una reacción a la hospitalización y 10 indicaba que la frase sí representaba a una reacción a la hospitalización. Se reiteró la importancia de evaluar las instrucciones para el profesional que aplicaría el instrumento, así como el contenido de las conductas que se consideraron representativas.

Así mismo se realizaron cinco preguntas para evaluar el formato e instrucciones del cuestionario, nuevamente se les presentó un formato de respuesta análoga visual de 10 cm.

Con este paso en la construcción del cuestionario, se considero estar evaluando la **validez de apariencia**.

Paso 4. Se eliminaron los reactivos que consideraron los jueces no representaban a la variable de estudio. Se realizaron los cambios de redacción propuestos en los reactivos y nuevamente fue dada a los expertos para que emitieran su opinión con respecto a la redacción, así se obtuvo la Versión A modificada (Anexo A) que contenía 17 reactivos.

Paso 5. Se llevó a cabo una **Prueba Piloto** con diez mamás de pacientes para evaluar su forma de aplicación así como la comprensión de las instrucciones y reactivos. En este paso se observó una gran dificultad de las madres para entender la forma de respuesta (una escala análoga visual) dado que solían responder en los extremos, o bien ponían la línea en el punto 0 y muy cercano al 10. Además les costo trabajo entender las instrucciones.

Paso 6. Se decidió nuevamente modificar la versión y proponer la Versión B (Anexo B) con la nueva forma de respuesta ahora dirigida al entrevistador (y no a los padres). El formato de respuesta fue cambiado debido a que durante la aplicación, a las mamás se les dificultó hacer la elección del nivel de la intensidad de la conducta en la escala análoga visual. Sus respuestas se dirigían hacia frases como "a veces, siempre, casi siempre, nunca". Se hizo además una tarjeta que era dada a la mamá para que identificara la respuesta que ella considerara la mejor. El formato de respuesta fue de cinco opciones "Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Casi siempre y Siempre". La versión fue evaluada por los expertos nuevamente.

Paso 7. Se inició la aplicación del cuestionario en su Versión B.

Durante toda la aplicación del cuestionario se daba una indicación verbal de que "se les realizaran unas preguntas para saber como se ha comportado su hijo desde que esta en el hospital" y se les leían las instrucciones impresas en el cuestionario. Los cuestionarios siempre fueron aplicados por dos psicólogas bajo los mismos criterios e instrucciones.

Se aplicó a los padres el primer día que estaba hospitalizado su hijo y al tercer y quinto día respectivamente. Esta forma era para obtener la **consistencia** del cuestionario.

A lo largo de tres meses de aplicación la principal dificultad fue la re-aplicación del cuestionario en los pacientes de las salas de hospitalización, debido a que algunos de los pacientes eran dados de alta, a otros les colocaban sondas o venoclisis que alteraban la forma en que se debía aplicar el cuestionario de acuerdo con los criterios de inclusión de los pacientes a este estudio.

Estos inconvenientes dificultaron la posibilidad de calcular la confiabilidad del cuestionario utilizando el método test-retest. Por esto, se decidió en esta etapa considerar para el

análisis estadístico el cálculo de confiabilidad por medio del coeficiente de Spearman-Brown de mitades partidas con diferente longitud (8 y 9 reactivos).

FASE II.

Se llevó a cabo la aplicación del cuestionario, contando con 109 cuestionarios contestados por los padres de niños hospitalizados y se realizó el análisis estadístico.

FASE III.

Se realizó la interpretación de factores, calificación del cuestionario y el Análisis de Sensibilidad³⁴ del cuestionario.

• ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis se llevó a cabo por computadora a través del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS, Versión 10.0).

- Se calcularon las medidas de tendencia central y las medidas de dispersión de las calificaciones arrojadas por el cuestionario y las variables de estudio.
- La validez de constructo del cuestionario se obtuvo mediante el análisis factorial.
- La consistencia interna del instrumento se obtuvo mediante el alfa de Cronbach y el método de mitades partidas de Spearman-Brown.

• RECURSOS HUMANOS

Participaron en el estudio personal del servicio de psicología, quienes realizaron la aplicación del cuestionario y los padres de niños preescolares hospitalizados.

- **RECURSOS MATERIALES**

El financiamiento fue proporcionado por el Hospital Infantil de México Federico Gómez* y por las psicólogas participantes**.

	MATERIAL	CANTIDAD	PROPOR.
1	Copia del cuestionario "Reacciones a la hospitalización" (Anexo C).	150	*
2	Hojas blancas.	500	*
3	Lápices HB # 2 y gomas.	15	*
4	Computadora con los programas: Microsoft Word, Microsoft Excel y SPSS.	1	**
5	Impresora con tinta.	5	**
6	Diskettes.	10	**

- **CONSIDERACIONES ÉTICAS³⁹**

Los estudios de construcción y validación de instrumentos se clasifican en la categoría de investigación sin riesgo. En el presente se empleó investigación documental (aplicación de un cuestionario) sin que se realizará ninguna intervención o modificación en los sujetos de investigación. Este trabajo fue aprobado por la Comisión de Investigación y Ética del Hospital Infantil de México Federico Gómez, donde se autorizó la obtención del consentimiento informado de forma verbal.

CAPITULO IV

En este capítulo primero se presentará un breve bosquejo de lo que es el Análisis Factorial (AF), ya que es el tipo de análisis principalmente utilizado y el Análisis de Sensibilidad de un índice clinimétrico.

Después se hace la presentación de los resultados con el análisis correspondiente a las variables de estudio de estudio: hospitalización, edad, sexo y nivel socioeconómico. Se presenta a cada una de las tres fases en las que se realizó este estudio.

¿Qué es el análisis factorial?³⁵

El análisis factorial (AF) tiene como propósito definir la estructura subyacente de una matriz de datos; analizar la estructura de las interrelaciones (correlaciones) entre un gran número de variables con la definición de una serie de dimensiones subyacentes comunes conocidas como factores; examinar las relaciones para un amplio número de variables y determinar si la información puede ser condensada o resumida en una serie de factores o componentes más pequeños.

El AF es una técnica de interdependencia en la que se consideran todas las variables simultáneamente, cada una relacionada con todas las demás; emplea el concepto del valor teórico, y el compuesto lineal de las variables. Puede asistir en la selección de un subgrupo de variables representativas o incluso crear nuevas variables como sustitutas para las variables originales mientras mantengan su carácter original.

El análisis exploratorio es útil para la búsqueda de una estructura entre una serie de variables o como un método de reducción de datos. Las técnicas del análisis factorial "extraen lo que proporcionan los datos" y no tienen ninguna restricción a priori sobre la estimación de los componentes o número de componentes a ser extraídos.

- **Pasos del análisis factorial.**

Primer paso: Objetivos del análisis factorial.

El propósito es resumir la información contenida en una serie de variables originales en una serie más pequeña de dimensiones compuestas o factores nuevos con una mínima pérdida de información.

Objetivo del análisis factorial:

Identificación de estructura mediante el resumen de datos: Lo realiza mediante la investigación de las correlaciones entre las variables. Si el objetivo es el resumir las características, se aplicará el análisis factorial a una matriz de correlación de las variables. Este es el tipo de análisis factorial más común y se denomina el análisis factorial R que analiza una serie de variables para identificar las dimensiones que son latentes y que no son fácilmente observadas.

Segundo paso: El diseño de un análisis factorial.

Correlaciones entre las variables o los encuestados: Es el cálculo de los datos de entrada (una matriz de correlación) para alcanzar los objetivos específicos de la agrupación de variables. El investigador puede utilizar la matriz de datos de entrada a partir del cálculo de las correlaciones entre las variables empleando así, un análisis factorial de tipo R.

Tercer paso: Supuestos del análisis factorial.

Los supuestos básicos del AF son más de tipo conceptual que estadístico.

- Estadístico: normalidad, homocedasticidad y linealidad; el incumplimiento produce una disminución en las correlaciones observadas. Sólo es necesaria la normalidad cuando se aplica una prueba estadística a la significación de los factores, pero rara vez se utiliza.
- Se desea que haya cierto grado de multicolinealidad, dado que el objetivo es identificar series de variables interrelacionadas.
- Examinar la matriz de correlación entera. El contraste de esfericidad de Bartlett es una prueba estadística para la presencia de correlaciones entre las variables.

Proporciona la probabilidad estadística de que la matriz de correlación de las variables sea una matriz identidad.

Cuarto paso: La estimación de los factores y la valoración del ajuste general.

Una vez que se especifican las variables y se prepara la matriz de correlación, se puede aplicar el análisis factorial.

Para realizar esta operación, es necesario tomar decisiones con relación a:

1. El método de extracción de los factores.
2. El número de factores seleccionados para representar la estructura subyacente en los datos.

El método utilizado para obtener soluciones factoriales fue el análisis de componentes principales (CP) que considera la varianza total y estima los factores que contienen proporciones bajas de la varianza única y en algunos casos, la varianza de error. No obstante, los primeros factores no contienen la suficiente varianza única o de error como para distorsionar la estructura de factores en su conjunto. Se utiliza en análisis de CP cuando el objetivo es resumir la mayoría de la información original (varianza) en una cantidad mínima de factores con propósitos de predicción.

Criterios para el cálculo del número de factores a ser extraídos: cuando una gran serie de variables se somete a la extracción de factores, en primer lugar el método extrae las combinaciones de las variables que explican la mayor cantidad de varianza y después continúa con combinaciones que justifican cantidades de varianza cada vez menores.

Para decidir cuántos factores se extraen se utilizan los siguientes criterios:

- a) Criterio de raíz latente.- Cualquier factor individual debería justificar la varianza de por lo menos una única variable. Cada variable contribuye con un valor de 1 para el autovalor total (valor Eigen). Por tanto, sólo se consideran los factores que tienen raíces latentes o autovalores mayores que uno; explican al menos una

variable. Se considera que todos los factores con raíces latentes menores que 1 no son significativas y se desestiman a la hora de incorporales a la interpretación.

- b) Criterio de porcentaje de la varianza.- Es una aproximación que se basa en obtener el porcentaje acumulado especificado de la varianza total extraída. El propósito es asegurar una significación práctica de los factores derivados, asegurando que explican por lo menos una cantidad especificada de varianza.

En las ciencias sociales, donde la información muchas veces es menos precisa, es normal considerar una solución que represente un 60% de la varianza total (y en algunos casos menos) como satisfactoria.

Paso 5: Interpretación de los factores.

Para interpretar los factores y seleccionar la solución factorial se siguen cuatro pasos:

1. Calcular la matriz inicial de factores no rotados.

Esto es para tener una indicación preliminar a cerca del número de factores a extraer. Sirve para ver cómo se combinan las variables y para ver cuál combinación cuenta con el mayor porcentaje de varianza (el primer factor es considerado como el que mejor resume la relación entre los datos).

Las cargas factoriales son las correlaciones (grado de correspondencia) entre cada variable y el factor; haciendo a la variable con mayor carga, representativa del factor.

En una matriz de factores hay que tomar en cuenta dos aspectos:

- a) Columnas.- representan a los factores.
b) Filas.- representan las cargas de las variables para cada uno de los factores.

2. Rotación de los factores.

Para simplificar la estructura de los factores y lograr soluciones factoriales más simples y teóricamente más significativas, se deben rotar los factores. Rotar significa que se giran los ejes de referencia de los factores hasta alcanzar una determinada posición.

El métodos de rotación utilizado fue el *ortogonal*.- los ejes se mantienen formando un ángulo de 90°. En general se usan cuando no hay una hipótesis inicial de cómo se

conformarán los factores. Se usó la forma *varimax*, cuyo objetivo es simplificar las columnas, de tal manera que las cargas (ya sean positivas o negativas) se acerquen a uno lo que significa una asociación entre la variable y el factor. Las cargas cercanas a cero indican ausencia de asociación.

3. Significación de las cargas factoriales.

Las cargas factoriales son la correlación entre la variable y el factor. Aplican en muestras de 100 o más observaciones. Se interpretan igual que los coeficientes de correlación.

± 0.30 = las cargas factoriales están al nivel mínimo.

± 0.40 = se consideran más importantes.

± 0.50 o mayores = se consideran prácticamente significativas.

4. Interpretación.

Etiquetación de los factores.- es decir asignar un nombre a cada factor.

Análisis de Sensibilidad* ^{34,40}.

La sensibilidad de un índice clínico se obtiene con lo que se ha llamado el "sentido común ilustrado", que es una combinación del sentido común ordinario y un razonamiento del conocimiento de la fisiopatología y realidad clínica.

Los atributos se evalúan desde una perspectiva puramente cualitativa de forma que permita a cualquier persona conocer el objetivo y contenido del índice.

1. Propósito y Marco teórico.

Se requiere especificar y conocer cuál es el propósito del índice.

A. Función clínica.

Es la función clínica para la que sirve el índice. Las principales funciones de un índice son:

- Describir un estado.- cuando demuestra la existencia de una condición particular o delinea la severidad, el grado o magnitud o características cualitativas de una condición existente.
- Denotar un cambio.- se nota por el uso repetido del índice o por índices de transición.
- Estimar un pronóstico.
- Ofrecer una guía.

Cuando un índice brinda información adicional del estado o del cambio, se puede producir una estimación pronóstica o una guía.

B. Justificación clínica.

Es la justificación de su existencia o las razones para construirlo, puede ser solo un recuento verbal de lo que el investigador tiene en mente.

C. Aplicabilidad clínica.

Se refiere al marco teórico del índice (ambiente médico ó no médico) en el cual fue desarrollado y de las características particulares de la gente para la cual fue desarrollado; también esta relacionado con la función clínica del índice.

* Criterio de sensatez (traducción de sensibility) que A. Feinstein utilizó para definir el grado en el que se cumple el propósito de medir un fenómeno⁴⁰.

2. Formato.

A. Comprensibilidad.

Tiene cuatro principios.

1. Simplicidad: se refiere a la forma de calificar el índice que puede ser usando una escala del cero al diez (numérica) o con adjetivos.

2. Oligovariabilidad: se refiere al número de variables contenidas en el índice y que se derivan de las variables componentes o principales.

3. Transparencia: el tipo de transparencia depende del número de variables contenidas en el índice. Mientras menos variables componentes sean, más fácil de usar y de determinar el valor final.

4. Connotación biológica: ayuda a la comprensión de un índice.

Pese a que los índices son expresados como puntuaciones numéricas que son simples, el resultado puede ser difícil de entender por problemas en su transparencia y por la connotación biológica (por ejemplo, hombres embarazados).

La coherencia biológica de los componentes puede ayudar a evaluar el contenido de un índice.

B. Replicabilidad.

Se refiere a la claridad y cumplimiento de las instrucciones que se han dado para su uso.

1. Claridad de instrucciones: para apreciar la replicabilidad del índice, se ve la descripción operacional y si todos los ingredientes han sido adecuadamente estipulados (por ejemplo, definición de términos o conceptos poco claros).

En los índices auto administrables es necesario que el usuario entienda bien las instrucciones.

2. Evaluación no sesgada: las actitudes y expectativas de quien dirige la investigación, puede afectar los resultados. Se debe tener precaución cuando el examinador hace la pregunta, hace las pruebas o da las escalas de calificación o respuestas.

C. Escala de salida apropiada.

Por lo menos deben discernirse dos atributos de lo apropiado de la escala de salida con la simple inspección y sin hacer juicios u observar los componentes de la escala. Estos son:

1. Comprensibilidad: la escala debe tener un conjunto exhaustivo de categorías que deben ser además exclusivas. La escala debe tener valores reales.

2. Discriminación: Se refiere a la posibilidad de comparar estados particulares en diferentes personas o de diferentes estados en la misma persona.

Si la escala es limitada (por ejemplo dicotómica) no se pueden tomar decisiones. Si la escala es excesiva (por ejemplo del uno al cien), requiere de discriminar demasiados detalles.

3. Validez de apariencia.

Generalmente recibe poca atención porque no se obtiene estadísticamente y porque es difícil definirla; sin embargo, la validez de apariencia se obtiene por el modo global en que el evaluador toma decisiones usando variables y criterios inespecíficos.

A. Intercambio interpersonal.

Siempre que un índice es aplicado ocurre un intercambio interpersonal entre quien responde y quien pregunta. Qué tanta posibilidad tiene el entrevistado de preguntar y que el investigador responda para aclarar confusiones.

B. Evidencia básica.

Los atributos intrínsecos de un fenómeno pueden ser remplazados por el recuento extrínseco del impacto en el sujeto, por la severidad del padecimiento, por las consecuencias manifiestas en el paciente, por el impacto en las decisiones terapéuticas u otras decisiones hechas por el clínico.

Se refiere un poco a la evidencia que se puede obtener de acuerdo a los componentes (factores) del índice y además tiene que ver con que si el índice apunta al blanco adecuado sin inclusiones u omisiones importantes.

C. Coherencia biológica de los componentes.

Se refiere a la forma en que las variables y los componentes son unidos para describirlos adecuadamente de forma conjunta y/o individuales. Asimismo si se agregan variables al índice en forma de calificaciones matemáticas o por categorías particulares que son unidas dentro de un grupo Booleano. La coherencia es una parte importante de la validez de apariencia cuando variables múltiples han sido arbitrariamente agregadas en un componente del índice. Tal agregado puede no crear problemas si el índice identifica un simple estado (p.e. calificación del Apgar) y puede ser difícil cuando el componente del

índice es usado repetidamente para mostrar cambio de estado (p.e. índices compuestos para pacientes con artritis reumatoide) que contienen muchas variables.

D. Atención a la colaboración personal.

Se refiere a la colaboración de quien responderá el índice. Se ha prestado poca atención a la motivación del paciente, su esfuerzo en realizar las tareas, etc.

4. Validez de contenido.

Se evalúa con más detalle lo adecuado de las partes componentes del índice.

A. Omisiones importantes.

Muchas veces las cosas que se dejan fuera de un índice son más importantes que las que se incluyen. La omisión de variables importantes puede ocurrir en los índices que tienen como objetivo clasificar la severidad de una enfermedad (pronóstico).

Después de revisar las variables que parecen clínicamente importantes y adecuadas y que se han incluido, se puede determinar lo que no se ha incluido. Hay muchas razones para las omisiones:

- La variable a prueba no era importante.
- Se encontró que la variable a prueba está relacionada más con otra variable ya usada.
- La variable pudo haber sido descartada antes de probarla porque se eligieron a otras como sustitutos.
- Pudo haber sido descartada porque no tenía su propio índice.
- No se reconoció o no se ha reconocido su importancia.

Las omisiones de componentes importantes es particularmente asombrosa en índices que se usan para establecer un diagnóstico, describir un resultado y estimar un pronóstico.

B. Inclusión de variables inapropiadas.

La adecuación de los componentes incluidos puede ser discernida anotando lo apropiado para los propósitos del índice además puede depender de los matices del rol exacto que juega el índice. Los componentes incluidos en un índice son probablemente mejor señalados como: claramente apropiados, claramente inapropiados o equívocamente apropiados (estos últimos pueden ser señalados con base a la justificación de su inclusión).

Otros aspectos de lo adecuado pueden requerir de juicios clínicos arbitrarios sobre lo que no están de acuerdo los evaluadores.

C. Peso de los componentes.

Este atributo es análogo a la coherencia, es la sensibilidad de los pesos relativos asignados a los diferentes componentes del índice.

El juicio usado en el proceso de los pesos puede ser realizado de diferente forma por las personas, particularmente cuando las decisiones se requieren para su utilidad y valores humanos. El peso de los componentes es conveniente cuando el índice es creado para un fenómeno complejo como la discapacidad funcional, calidad de vida, condición de salud, satisfacción o atención médica.

Debido a la importancia de cada una de las variables componentes pueden ser señaladas de diferente forma por los pacientes y los clínicos, produciendo desacuerdos acerca de las decisiones (cuando se ignoran las preferencias individuales, el índice tiene un problema de foco y surgen problemas con la validez de apariencia más que con la validez de contenido).

El problema de los pesos se vuelve prominente cuando los pesos han sido elegidos por un modelo matemático más que por un mecanismo de juicio.

Con diferentes modelos y parámetros de operación, los coeficientes de ciertas variables en el mismo conjunto de datos, pueden recibir diferentes pesos o diferentes direcciones (con signos positivos o negativos).

La evaluación de la sensibilidad para los pesos asignados a diferentes variables componentes, es importante cuando la asignación ha sido hecha sin el uso del juicio clínico.

D. Escalas elementales satisfactorias.

Aún cuando un índice tiene todos los componentes básicos y el balance de los pesos hacen que su contenido sea apropiado, las variables componentes pueden no estar expresadas en forma adecuada. Las escalas pueden ser muy reducidas (por ejemplo dicotómicas) o muy extensas (1,2,3...98,99,100) para permitir una adecuada discriminación del fenómeno a describir.

E. Calidad de los datos básicos.

Aún cuando todo parece ser adecuado, el evaluador puede tener sus reservas acerca del proceso de observación y de la manera de reportar el fenómeno en una escala elemental.

A este nivel de evaluación, el tema se refiere a la calidad científica de los datos más que a la construcción del índice clinimétrico.

En las actividades ordinarias de laboratorio, los datos básicos consisten en una medición directa de una variable única (por ejemplo colesterol o glucosa); en las actividades clinimétricas los datos básicos pueden ser observaciones directas (por ejemplo presión diastólica de 77 mm Hg) o designaciones secundarias como la "petechia" que representa una interpretación de una observación primaria no expresada de la piel.

Para los datos preclínicos obtenidos de las pruebas de laboratorio, se han establecido un conjunto de métodos y estándares estrictos para mantener el control de calidad cuando un proceso de observación se transforma en datos primarios (por ejemplo, colesterol = 325 mg/dl) y cuando los datos primarios son convertidos en una interpretación secundaria (como la hipercolesterolemia).

Para los datos clínicos obtenidos durante la historia, examen físico y razonamiento clínico, no se han establecido un conjunto de métodos y estándares para convertir las observaciones clínicas en datos. El desarrollo de tales métodos y estándares es un aspecto importante en las actividades clinimétricas.

5. Uso fácil.

Se refiere al tiempo ocupado, el esfuerzo del que responde y el tipo de personal necesario para coleccionar la información usada en el índice. No importa qué tan bien esté construido y probado un índice; no puede ser satisfactorio si consume mucho tiempo, es pesado o costoso de aplicar.

Los índices clinimétricos son poco invasivos en sus procedimientos tecnológicos, ya que se derivan de la historia, el examen físico y el razonamiento clínico.

Es necesario conocer la aceptación que tiene el índice entre las personas que lo responden, por las preguntas que tiene (sexual, personal, familiar, económico u otra

información) de la que el usuario puede rehusarse a hablar con un extraño (entrevistador). También tiene que ver aquí el procedimiento operacional en sí; es decir, cuestionario muy largo, formas de expresión incómodas para el paciente o instrucciones poco claras.

RESULTADOS

- **Registro del protocolo.**

Se solicitó la revisión y autorización del protocolo de investigación al Comité de Investigación del Hospital Infantil de México, obteniéndose los siguientes registros:

HIM/2002/029 Comité de Investigación del Hospital Infantil de México Federico Gómez

Ssa 514 / 0229 Registro en la Secretaria de Salud.

Los resultados se presentan realizando una descripción de la población de estudio y los resultados de las tres fases en las que fue elaborado el cuestionario.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se presentan los resultados para la variable:

- **Hospitalización:**

El número de días que los niños permanecieron hospitalizados fue mínimo un día y máximo tres días.

- **Edad:**

Se calculó el tipo de distribución con la prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov. Se obtuvo un valor de .113 con 109 grados de libertad y nivel de significancia menor a .001. Por lo tanto la distribución de los datos es libre.

La medida de dispersión utilizada fue la Mediana con un valor de 53 meses (4 años 5 meses) con valor mínimo de 36 meses (3 años 0 meses) a valor máximo de 71 meses (5 años 11 meses).

- **Sexo:**

La variable sexo se distribuyó de la siguiente forma (Ver tabla 1):

Tabla 1.
Frecuencias y porcentajes de sexo de 109 niños hospitalizados que contestaron el Cuestionario de reacciones a la hospitalización.

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	46	42.2
Masculino	63	57.8
Total	109	100

El mayor porcentaje lo presentó el sexo masculino con el 57.8% de los casos (63 pacientes).

No se obtuvieron diferencias significativas con respecto a la edad y sexo.

- **Nivel socioeconómico:**

Para esta variable se obtuvo que el 90% (98) de los pacientes tienen nivel socioeconómico I (nivel más bajo) y sólo el 10% (11) de los pacientes tienen el nivel socioeconómico II.

FASE I.

Se inició la construcción del cuestionario de "Reacciones a la hospitalización en niños preescolares" cuyo objetivo es el evaluar las reacciones a la hospitalización en niños de tres a cinco años del Hospital Infantil de México Federico Gómez y que debía ser contestado por los padres.

Se investigó en la literatura la información acerca de las reacciones a la hospitalización en niños preescolares para elaborar la Versión A del instrumento y se redactaron 20 frases descriptoras que representaban a las reacciones a la hospitalización en los niños preescolares. Se evaluó la **validez de contenido** del cuestionario.

La Versión A fue dada a cinco expertos, psicólogos con conocimientos de desarrollo infantil normal y anormal para evaluar los reactivos del cuestionario (contenido y redacción). A cada experto se le entregó un sobre que contenía la forma de evaluación del cuestionario y las instrucciones para evaluar cada reactivo. Cada uno de ellos evaluó el cuestionario utilizando una escala análoga visual con calificaciones de 0 a 10, donde 0 indicaba que la frase no representa a una reacción a la hospitalización y 10 indicaba que la frase sí la representaba. Se reiteró la importancia de evaluar las instrucciones para el profesional que aplicaría el cuestionario y el contenido de las conductas. En la tabla 2 se presentan los resultados de las calificaciones obtenidas para cada reactivo por el grupo de expertos para la versión A del cuestionario.

Tabla No. 2.

Calificaciones (mediana, valor mínimo y máximo) obtenidas para cada reactivo por el grupo de expertos.

Reactivos	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo
1. Usa chupón o mamila?	9.0	8.2	10
2. Se muestra interesado en lo que ocurre a su alrededor?	8.0	8.0	9.2
3. Se muerde las uñas?	10	8.0	10
4. Tiene miedo de cosas nuevas?	8.0	7.8	10
5. Se le dificulta estar atento o concentrarse?	8.5	8.0	10
6. Tiene un horario establecido para hacer popo?	8.2	8.0	8.9
7. Se chupa el pulgar o los dedos?	10	8.6	10
8. La mayor parte del tiempo esta acostado y no hace nada?	9.0	8.0	9.7
9. Se pone a llorar y gritar si lo deja solo unos minutos?	10	8.0	10
10. Su hijo se asusta cuando un doctor o enfermera se acerca a él?	9.0	8.0	10
11. Usted pasa mucho tiempo tratando que su hijo le ponga atención?	8.0	7.9	9.0
12. Tiene pesadillas?	9.20	7.9	10
13. Se levanta por la noche?	8.6	8.1	10
14. Lloro por la noche?	10	8.3	10
15. Parece que se asusta o le teme a los extraños?	10	9.0	10
16. Hace berrinches (esto es: grita, llora, se tira o patalea, avienta cosas; se golpea o pega a los demás)?	10	8.6	10
17. Cuando Usted le habla responde inmediatamente?	8.6	8.0	10

Solo tres frases obtuvieron calificaciones de 5.0, 4.6 y 6.0; el grupo de expertos consideró que debían ser eliminados de las frases originales. 17 reactivos obtuvieron calificaciones satisfactorias.

Así mismo se les realizaron cinco preguntas para evaluar el formato e instrucciones del cuestionario por medio de una escala análoga visual de 10 cm., donde se les pedía trazaran una línea considerando que el inicio representaba que no lo representaba y el final de la línea si lo representa. En la tabla 3 se presentan las calificaciones del formato y las calificaciones del cuestionario, dadas por el grupo de expertos.

Tabla No. 3.

Calificaciones (mediana, valor mínimo y máximo) del formato y las instrucciones del cuestionario dadas por el grupo de expertos.

Preguntas	Mediana	Valor Mínimo	Valor máximo
1. Considera que el cuestionario permitirá evaluar la presencia de reacciones a la hospitalización en niños preescolares?	9.3	8.7	10
2. Las instrucciones del cuestionario son adecuadas?	9.3	8.4	10
3. Las instrucciones del cuestionario son entendibles?	10	9.1	10
4. El formato de respuesta es el adecuado?	9.1	8.4	10
5. Considera que el cuestionario cuenta con las frases u oraciones mínimas necesarias que representen a las reacciones a la hospitalización en niños en edad preescolar?	9.3	8.0	10

Con este paso en la construcción de un cuestionario, considero que se evaluó la **validez de apariencia** al obtener resultados satisfactorios por reactivo, formato de instrucciones y respuesta al cuestionario, además los cambios propuestos a nivel cualitativo fueron de redacción.

Se eliminaron tres reactivos que consideraron los jueces no representaban a la variable a estudiar. Se realizaron los cambios de redacción en los reactivos y nuevamente fue evaluada por expertos y obtener la Versión A modificada (Anexo A) que contenía 17 reactivos. Así se llevó a cabo una **Prueba Piloto** con diez mamás de pacientes para evaluar su forma de aplicación, comprensión de las instrucciones y de los reactivos. Se observó una gran dificultad de las mamás para comprender la forma de respuesta (una escala análoga visual) ya que respondían en los extremos, o bien ponían la línea en el punto 0 y muy cercano al 10. Algunas de sus respuestas se dirigían a frases como "a veces, siempre, casi siempre, nunca". Presentaron dificultades en el entendimiento de las instrucciones. Se modifica nuevamente la versión y se crea la Versión B (Anexo B) con la nueva forma de respuesta ahora dirigida al entrevistador (y no a los padres). El formato de respuesta fue cambiado y se realizó una tarjeta de respuesta que era dada a la mamá para la emisión de la respuesta. El formato de respuesta fue de cinco opciones "Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Casi siempre y Siempre". Nuevamente fue evaluada por los expertos.

El cuestionario (Versión B) se aplicó desde el primer día que estaba hospitalizado su hijo y al tercer y quinto día respectivamente.

- **FASE II.**

Se obtuvieron 109 cuestionarios contestados por los padres de niños hospitalizados para realizar el análisis factorial, que fue hecho en tres pasos:

PASO 1. Análisis factorial para los 109 cuestionarios con un total de 17 reactivos.

Se calculó el coeficiente de suficiencia de muestra con un valor de KMO de .682 y la prueba de Test de Esfericidad de Bartlett de 361.890, ambos valores fueron estadísticamente significativos (ver tabla 4).

Tabla 4.
Coefficientes de suficiencia de muestra KMO y Test de Bartlett para una muestra de 109 pacientes preescolares.

Coefficiente de suficiencia de muestra	Coefficiente	Significancia
Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)	.682	p. 000
Test de Esfericidad de Bartlett	361.890	p. 000

La varianza total explicada por los factores fue 61.456% (ver tabla 5), para esto se consideraron los valores Eigen mayores a uno (Criterio de raíz latente) que explicaron un total de seis factores.

Tabla 5.
Varianza total explicada en una muestra de 109 pacientes preescolares.

Componente	Valores Eigen iniciales.			Extracción de *		
	Total	% de Varianza	% Acumulado	Total	% de Varianza	% Acumulado
1	3.427	20.156	20.156	2.185	12.852	12.852
2	1.909	11.230	31.386	2.036	11.976	24.828
3	1.559	9.171	40.557	1.798	10.579	35.407
4	1.304	7.673	48.229	1.684	9.904	45.311
5	1.197	7.039	55.269	1.402	8.248	53.559
6	1.052	6.188	61.456	1.343	7.898	61.456

* Suma de cuadrados. Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Se rotaron los reactivos a través del método rotación ortogonal: varimax para simplificar las columnas (ver tabla 6) y realizar la extracción de factores. Se suprimieron los valores menores de .30³⁵.

Tabla 6.
Matriz de componentes rotados*
en una muestra de 109 pacientes preescolares.

Componentes.

Reactivos	1	2	3	4	5	6
1. Usa chupón o mamila?	.324				.767	
2. Se muestra interesado en lo que ocurre a su alrededor?						.790
3. Se muerde las uñas?				.660		
4. Tiene miedo de cosas nuevas?	.660	.597		.355		
5. Se le dificulta estar atento o concentrarse?						.587
6. Tiene un horario establecido para hacer popo?						
7. Se chupa el pulgar o los dedos?			.516	.527		
8. La mayor parte del tiempo esta acostado y no hace nada?		.586			.432	
9. Se pone a llorar y gritar si lo deja solo unos minutos?	.758					
10. Su hijo se asusta cuando un doctor o enfermera se acerca a él?		.831				
11. Usted pasa mucho tiempo tratando que su hijo le ponga atención?				.777		
12. Tiene pesadillas?			.473		-.452	
13. Se levanta por la noche?			.749			.305
14. Llora por la noche?			.764			
15. Parece que se asusta o le teme a los extraños?	.388	.555				
16. Hace berrinches (esto es: grita, llora, se tira o patalea, avienta cosas; se golpea o pega a los demás)?	.717			.358		
17. Cuando Usted le habla responde inmediatamente?	.430				-.452	.332

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización de Kaiser.

*: la rotación convergió en nueve iteraciones.

Se obtuvo en este análisis la extracción de seis factores (primer renglón), en sombra se observa la carga factorial correspondiente a cada reactivo (primera columna).

El primer factor esta conformado por los reactivos 5, 9, 16 y 17; el segundo factor por los reactivos 4, 8, 10 y 15; el tercer factor por los reactivos 12, 13 y 14; el cuarto factor por

los reactivos 3, 7 y 11; el quinto factor por el reactivo 1, y el sexto factor los reactivos 2 y 6.

Se calculó la confiabilidad de los reactivos. Se obtuvo un coeficiente de consistencia Alfa de Cronbach de 0.7947 y el coeficiente de confiabilidad de mitades partidas de diferente longitud de Spearman-Brown que fue 0.7167; ambos con un nivel de significancia menor a $p < 0.05$.

Para cada factor se calculó el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach (consistencia interna), los resultados se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 7.
Coefficientes Alfa de Cronbach para los seis factores.

Factor	Coefficiente Alfa de Cronbach*
Factor 1	.6526
Factor 2	.6523
Factor 3	.5854
Factor 4	.6623
Factor 5	.1763
Factor 6	.3840

* Significancia $p < 0.05$

Los factores 1 al 4 los coeficientes son satisfactorios (coeficiente mayor a .50) y solo los dos últimos factores 5 y 6 son los coeficientes son muy bajos.

Por medio del análisis de factores (tabla 5) se encontró que el factor cinco sólo tiene un reactivo (reactivo 1) y el factor seis dos reactivos (reactivos 2 y 6), son los factores con menos reactivos por lo que se decidió eliminarlos. Asimismo el reactivo 12 con carga factorial de .473 (Factor tres) y el reactivo 17 con carga factorial de .430 (Factor uno) también fueron eliminados. Se realizó el último análisis factorial para obtener la conformación final del cuestionario y realizar la interpretación de los factores.

La eliminación de reactivos se realizó con base a datos teóricos como estadísticos. Los reactivos 1, 2 y 6 corresponden a actividades diarias o hábitos que pueden ser afectadas

durante la hospitalización. Los reactivos 12 y 17 fueron eliminados básicamente por aportar baja carga factorial al cuestionario.

La eliminación de reactivos llevó a una nueva revisión de los restantes considerando que no se afectaba la validez de apariencia, la validez de contenido del instrumento.

PASO 2. Se realiza el análisis factorial con 12 reactivos.

Se calculó el coeficiente de suficiencia de muestra con un valor de KMO de .697 y la prueba de Test de Esfericidad de Bartlett de 260.699, ambos valores fueron estadísticamente significativos (ver tabla 8).

Tabla 8.
Coefficientes de suficiencia de muestra KMO y Test de Bartlett
para una muestra de 109 pacientes preescolares.

Coeficiente de suficiencia de muestra	Coeficiente	Significancia
Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)	.697	p. 000
Test de Esfericidad dde Bartlett	260.699	p. 000

La varianza total explicada por los factores fue de 60.562% (ver tabla 9), para esto se consideraron los valores Eigen mayores a uno (Criterio de raíz latente) que explicaron un total de cuatro factores.

Tabla 9.
Varianza total explicada en una muestra de 109 pacientes preescolares.

Componente	Valores Eigen iniciales.			Extracción de *			Rotación de *		
	Total	% de Varianza	% Acumulado	Total	% de Varianza	% Acumulado	Total	% de Varianza	% Acumulado
1	3.148	26.229	26.229	3.148	26.229	26.229	2.020	16.836	16.836
2	1.608	13.400	39.629	1.608	13.400	39.629	1.995	16.628	33.463
3	1.430	11.913	51.542	1.430	11.913	51.542	1.634	13.617	47.080
4	1.082	9.021	60.562	1.082	9.021	60.562	1.618	13.482	60.562
5	.860	7.167	67.729						
6	.795	6.629	74.358						
7	.713	5.939	80.297						
8	.622	5.184	85.481						
9	.557	4.640	90.122						
10	.461	3.838	93.959						
11	.377	3.138	97.097						
12	.348	2.903	100.000						

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Se rotaron los reactivos a través del método rotación ortogonal: varimax para simplificar las columnas (ver tabla 10) y realizar la extracción de factores. Se suprimieron los valores menores de .30³⁵.

Tabla 10.
Matriz de componentes rotados*
en una muestra de 109 pacientes preescolares.

Componentes.

	1	2	3	4
3. Se muerde las uñas?				.656
4. Tiene miedo de cosas nuevas?		.722		
5. Se le dificulta estar atento o concentrarse?	.688			
7. Se chupa el pulgar o los dedos?				.604
8. La mayor parte del tiempo esta acostado y no hace nada?		.646		
9. Se pone a llorar y gritar si lo deja solo unos minutos?	.769			
10. Su hijo se asusta cuando un doctor o enfermera se acerca a él?		.732		
11. Usted pasa mucho tiempo tratando que su hijo le ponga atención?				.743
13. Se levanta por la noche?			.814	
14. Lloro por la noche?			.752	
15. Parece que se asusta o le teme a los extraños?		.604		
16. Hace berrinches (esto es: grita, llora, se tira o patatea, avienta cosas; se golpea o pega a los demás)?	.789			

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización de Kaiser.

*: la rotación convergió en nueve iteraciones.

Se obtuvo hasta este análisis la extracción de cuatro factores (primer renglón) y en sombra observamos la carga factorial correspondiente a cada reactivo (primera columna). El primer factor se conformó por los reactivos 5, 9 y 16; el segundo factor por los reactivos 4, 8, 10 y 15; el tercer factor por los reactivos 13 y 14, y el cuarto factor por los reactivos 3, 7 y 11.

Los reactivos mantuvieron la misma acomodación en los factores (exceptuando los reactivos eliminados) que el análisis factorial anterior, elevándose las cargas factoriales en la mayoría de los reactivos y confirmando su pertenencia en el factor correspondiente. Así los reactivos eliminados proporcionaban poca información al cuestionario.

Se calculó la confiabilidad de los reactivos. Se obtuvo un coeficiente de consistencia Alfa de Cronbach de 0.7264 y el coeficiente de confiabilidad de mitades partidas de diferente longitud de Spearman-Brown que fue 0.7264; ambos con un nivel de significancia menor a $p < 0.05$.

Para cada factor se calculó el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach (consistencia interna), los resultados se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 11.
Coefficientes Alfa de Cronbach para los cuatro factores.

Factor	Coefficiente Alfa de Cronbach*
Factor 1	.7081
Factor 2	.6523
Factor 3	.6192
Factor 4	.5043

* Significancia $p < 0.05$

En los cuatro factores los coeficientes de consistencia interna son satisfactorios (mayores a .50) a pesar de que el coeficiente del factor 4 se encontró en el límite.

Se puede concluir en esta etapa que el instrumento cuenta con validez (aparición y de contenido) y confiabilidad (consistencia interna para el cuestionario total como por cada factor). El análisis factorial es un método de validez concurrente obtenido por medio de datos estadísticos que nos arroja la correlación de reactivos agrupados en factores que se asocian a la información aportada por la literatura.

Una vez que se obtuvo un cuestionario válido y confiable, se analizó su forma de calificación, esto es la calificación total.

PASO 3. Calificación del cuestionario: suma total.

Para llevar a cabo este análisis se calcularon las medidas descriptivas de la calificación total obtenida por cada sujeto en el cuestionario, así mismo se calculó la prueba de normalidad de dicha variable para conocer el tipo de distribución y decidir que tipo de medidas describirían mejor los datos.

Así se obtuvo la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con valor de .101 con 109 grados de libertad a un nivel de significancia de .008; lo cual nos indica que esta variable tiene una distribución libre, dado que la significancia es menor a $p < 0.05$. La medida de tendencia central que se utilizó fue es la mediana que obtuvo un valor de 25 puntos con un valor mínimo de 12 puntos y un valor máximo de 53 puntos.

La medida de dispersión que se utilizó fueron los percentiles que nos permiten observar la distribución de las calificaciones (puntuación total natural) obtenidas por la muestra estudiada, los resultados se presentan a continuación (ver tabla 12).

Los percentiles son definidos como un punto en la distribución debajo de la cual cierto porcentaje de las calificaciones cae³³.

Tabla 12.

**Percentiles y puntuaciones totales del
Cuestionario de reacciones emocionales en niños preescolares
en 109 pacientes hospitalizados de tres a cinco años.**

Puntuación total natural	Percentil
53	99
41	95
38	90
34	85
32	80
32	75
29	70
28	65
27	60
27	55
25	50
24	45
23	40
22	35
21	30
20	25
19	20
18	15
17	10
16	5
12	1

FASE III. INTERPRETACIÓN DE FACTORES, CALIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO Y ANÁLISIS DE SENSIBILIDAD

El nombramiento de los factores se realiza de acuerdo a la literatura una vez que se considera que a nivel estadístico cuenta con la carga factorial suficiente de cada reactivo para pertenecer a un factor.

Se realizó la acomodación de los factores extraídos de acuerdo a carga factorial, obteniendo lo siguiente:

- **Factor I.**

Los reactivos que lo conforman están asociados a la presencia de **ansiedad general** en los preescolares. La ansiedad es una reacción compleja que presenta un individuo frente a situaciones y estímulos reales o potencialmente peligrosos²⁰. La presencia de esta en los niños les impide lograr poner atención llevándolos a gritar y llorar cuando perciben que pueden quedarse solos con el personal médico y paramédico. A su corta edad los pequeños no logran aún diferenciar quién puede o no hacerles daño y muchos menos comprender lo que se les realiza. La forma en que responden cada paciente es diferente, en este caso se observó la presencia de "berrinches" fue una de las principales formas en que reacciona un preescolar, dado que fue el reactivo que obtiene la mayor carga factorial.

Factor I	Carga factorial
5. Se le dificulta estar atento o concentrarse?	.688
9. Se pone a llorar y gritar si lo deja solo unos minutos?	.769
16. Hace berrinches (esto es: grita, llora, se tira o patalea, avienta cosas; se golpea o pega a los demás)?	.789

- **Factor II.**

La conformación de reactivos para este factor tuvo que ver con **los miedos** que presentan los menores hospitalizados. El miedo a sido descrito como una de las principales reacciones que presentan los preescolares^{2,4,9}. En este caso el niño al permanecer hospitalizado presenta miedo a cosas nuevas (procedimientos médicos que no comprende, ni conoce), debido a su situación cerca del 80% de los niños deben permanecer en sus cunas con actividades limitadas ya sea por que "debe estar quieto" o por indicación médica de inmovilidad. Se sabe que en esta etapa del desarrollo los niños tienden a explorar su ambiente para conocer de que forma lo puede manipular o modificar, en estos pequeños dicha tarea se encuentra limitada³⁷.

El miedo al personal médico, paramédico o a extraños se agudiza en los niños preescolares sobre todo cuando teme ser abandonado en el hospital porque se comporte de forma inadecuada y especialmente se dirige al personal de salud al ser quienes le realizan procedimientos que no comprende y que la mayoría de las veces no le son explicados^{2,12,24}.

Factor II	Carga factorial
4. Tiene miedo de cosas nuevas?	.722
8. La mayor parte del tiempo esta acostado y no hace nada?	.646
10. Su hijo se asusta cuando un doctor o enfermera se acerca a él?	.732
15. Parece que se asusta o le teme a los extraños?	.605

Factor III.

Está compuesto por dos reactivos que se encontrarán asociados a **dificultades en el sueño**. Al permanecer el menor en el hospital y dormir en un sala junto con otros pequeños de diferente edad hace que el sueño se afecte debido a que debe asegurar la continua presencia de su mamá o de un cuidador significativo para él, generalmente tienden a despertar varias veces durante la noche y llorar, solicitando la atención inmediata de su cuidador.

Factor III	Carga factorial
13. Se levanta por la noche?	.814
14. Lloro por la noche?	.752

- **Factor IV.**

El retomar el comportamiento de una edad anterior para recuperar la seguridad como una forma de defensa ante las amenazas reales o imaginadas, lleva al niños a manifestar **conductas de regresión**, esto significa que el paciente preescolar hospitalizado regresa a niveles de funcionamiento y satisfacción de sus necesidades más primitivas y apropiadas para un niño más pequeño. Así el chuparse los dedos o morderse las uñas son formas en las que responde, sin embargo la efectividad de esta respuesta es nula ante situaciones de estrés o ansiedad importantes. De forma regular los niños tienden a demandar atención de sus padres o familiares, debido a esto cuando los padres solicitan la atención del menor que se encuentra en la sala de un hospital suelen responder inmediatamente.

Factor IV	Carga factorial
3. Se muerde las uñas?	.656
7. Se chupa el pulgar ó los dedos?	.604
11. Usted pasa mucho tiempo tratando que su hijo le ponga atención?	.743

Para la calificar el cuestionario una vez que se ha aplicado, se suman las cantidades asignadas a la respuesta emitida por el cuidador del pequeño y se ubican dentro de la tabla de percentiles (ver tabla 12). Como parte de la interpretación del cuestionario y su conformación se propone la realización del método de "análisis de frases" que consiste en revisar cada uno de los reactivos y se reagrupan por factores para determinar cuáles son las conductas que el niño presenta con mayor intensidad.

Como parte de esta etapa se elaboró la Versión C (Versión Final) del cuestionario conformado por 12 reactivos (Anexo D), con su respectiva plantilla de calificación (Anexo E). Así este cuestionario nos permite evaluar las reacciones a la hospitalización por medio de los padres, a quienes se les aplica el cuestionario una vez que su hijo ha sido hospitalizado.

- **ANÁLISIS DE SENSIBILIDAD³⁴**

CUESTIONARIO DE REACCIONES A LA HOSPITALIZACIÓN EN NIÑOS PREESCOLARES

1. OBJETIVO Y MARCO DE REFERENCIA

- FUNCIÓN CLÍNICA

El cuestionario tiene el objetivo describir y evaluar las reacciones a la hospitalización en niños preescolares hospitalizados en el Hospital Infantil de México Federico Gómez.

- JUSTIFICACIÓN

Actualmente en el área de psicología no se cuenta con cuestionarios para evaluar las reacciones a la hospitalización en niños preescolares. La etapa preescolar es si misma es una etapa en la que debe diferenciarse la presencia de diversas conductas normales y anormales ya que en un momento determinado pueden afectar el funcionamiento habitual o cotidiano de cualquier niño. La hospitalización provoca cambios en el comportamiento habitual del menor; sobre todo al separarlo de sus padres, hermanos y familiares e ingresar a un ambiente desconocido, donde no sabe que es lo que esperan de él.

- APLICABILIDAD

El instrumento busca ser aplicable en ambientes hospitalarios donde se observa la presencia de las reacciones a la hospitalización que deben ser evaluadas de forma rápida y precisa.

Su objetivo y aplicación es el registro de conductas que reflejen las principales reacciones emocionales a la hospitalización en niños en etapa preescolar del Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Es un instrumento que hasta el momento nos permite describir y evaluar las conductas representativas de las reacciones a la hospitalización en niños pequeños de tres a cinco años.

2. FORMATO

- COMPRENSIBILIDAD

• SIMPLICIDAD

El uso de frases que indican una conducta y su evaluación por medio de una escala ordinal nos permiten reconocer y registrar la conducta que presenta el niño. La escala ordinal permite a las mamás responder a las frases con palabras como "nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre".

Donde "nunca" indica ausencia de la conducta y "siempre" implica que dicha conducta se presenta continuamente durante el día.

• OLIGOVARIABILIDAD, TRANSPARENCIA

Sólo se miden las conductas que se consideran representan a las reacciones a la hospitalización en niños preescolares y las cuales fueron obtenidas por medio de la literatura y corroboradas por análisis estadístico (Análisis Factorial). Obtuvimos conductas relacionadas a la ansiedad general, miedos e indicadores de dificultades de sueño y conductas de regresión.

• CONNOTACIÓN BIOLÓGICA

Las conductas presentadas en el instrumento se consideran son representativas de las reacciones a la hospitalización en niños de estas edades. El resultado final se obtiene por la calificación total natural y después ubicados por medio de percentiles.

- REPLICABILIDAD

Las instrucciones permiten que la mamá solo nos diga la frase que mejor representa la conducta que presenta su hijo. El entrevistador es quien se encarga de su aplicación directa.

La forma de responder el cuestionario es "simple y fácil" ya que se requiere de que la persona que lo responde entienda completamente las instrucciones.

3. VALIDEZ DE APARIENCIA

Se obtuvo por medio de personal experto (cinco jueces) en la evaluación de infantil. Se requirió que conocieran el desarrollo normal y anormal de un niño para la identificación de las conductas. Se solicitó la evaluación y calificación de cada reactivo para evaluar la pertinencia de dicha conducta en los menores de tres a cinco años, y el formato y las instrucciones del cuestionario.

- **Intercambio interpersonal:**

Es un instrumento en donde las preguntas no requieren de mucha explicación dado que se contemplan conductas de la vida diaria que la mamá observa en todo momento. Son leídas a las madres quienes deben dar la respuesta por medio de una escala: nunca, casi nunca, algunas veces, siempre y casi siempre; para ello se les entrega una tarjeta que pueden leer (letra clara y tamaño adecuado).

- **Evidencia básica:**

El cuestionario muestra tener la evidencia básica de contener las principales reacciones a la hospitalización en niños preescolares, dado que desde su construcción se ha tomado en cuenta la información de la literatura y del análisis estadístico, sin que se pierda información importante durante todo su desarrollo.

- **Coherencia biológica:**

Este cuestionario está compuesto por cuatro áreas principales: ansiedad general, miedos, dificultades de sueño y conductas de regresión; que representan a las principales reacciones a la hospitalización de niños preescolares del Hospital Infantil de México Federico Gómez. La coherencia se presenta desde que son conductas tomadas desde la literatura y que se encuentran descritas y relacionadas con la forma en que reacciona un menor a la hospitalización.

4. VALIDEZ DE CONTENIDO

- Omisiones importantes

No se tienen omisiones de variables o reacciones a la hospitalización.

- Peso de los componentes:

Se tomó en cuenta la ponderación de valores mínimos de 1 cuando la conducta "Nunca" la presentaba, mientras que "Siempre" se considera con mayor puntuación 5.

- Calidad de los datos:

A pesar de considerarse datos blandos dado que reacción es un adjetivo subjetivo (como ve la mamá que su hijo se comporta al permanecer hospitalizado), se consideran fiables dado que solo ella es la que puede describirlo de forma más cercana a la realidad cuando su hijo permanece en el hospital.

5. USO FÁCIL

Es un cuestionario de fácil aplicación dado que se requiere menos de cinco minutos para aplicarlo y se califica por medio de una plantilla que presentan la calificación asignada a cada casilla de todas las respuestas posibles.

El beneficio que aporta directamente es su rápida su aplicación y que permite conocer un panorama de cómo se comporta un niño en estas edades cuando está hospitalizado.

CAPITULO V

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

DISCUSIÓN

En el área de psicología, la construcción y validación de instrumentos es una tarea ardua que requiere que el investigador tenga conocimientos no sólo del constructo que desea medir a través de un cuestionario o prueba psicológica, sino además de conocimientos de metodología que le permitan realizar cada una de las fases en la creación de un instrumento. Sin embargo, en el campo clínico pediátrico conlleva a un reto mayor dado que se tienen pacientes que aún no terminan de desarrollarse y que su nivel de maduración no permite se realicen entrevistas directas para indagar o conocer su estado de salud mental. Así, la creación de instrumentos adecuados para su edad y nivel de desarrollo nos permite conocer cómo están en un momento determinado y poder desarrollar programas de intervención tempranos.

La hospitalización es un evento que interrumpe la vida cotidiana de un niño⁵. Las visitas médicas, la exploración física, el permanecer en su cama y el interactuar con personas poco conocidas para el niño; lo afectan, de forma que no sabe como afrontar cada una de estas situaciones y lo lleva a responder de diferentes formas. Las reacciones a la hospitalización son las formas en que los pequeños responden a esta situación. Como ya se ha mencionado existen diversos tipos de reacciones a la hospitalización que han sido descritas en la literatura^{3,4,6,7,12,14,19-21}, pero no se cuenta con instrumentos para registrarlas^{2,4}. La observación que realizan los padres a través de la convivencia y cuidados que procuran a su hijo durante la hospitalización ha permitido conocer estas reacciones, pero solo de forma verbal.

Esta investigación tuvo como objetivo el construir y validar un cuestionario que permitiera describir y evaluar las principales reacciones a la hospitalización de niños preescolares del Hospital Infantil de México Federico Gómez. Se obtuvo un cuestionario que contiene 12 reactivos o frases que describen las conductas relacionadas con el comportamiento de un niño y que son fácilmente observadas por sus cuidadores durante su estancia en el hospital. El uso de frases cortas y concretas nos permite saber cómo se encuentra un paciente en un momento determinado en el menor tiempo posible. El cuestionario se

aplica en un tiempo máximo de 15 minutos, lo que lo hace un instrumento corto y de fácil aplicación, siendo una de las características que se necesitan para determinar su utilidad. El cuestionario es para los padres, quienes deben responder al reactivo como "Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Casi siempre y Siempre" pensando en las conductas que presentó su hijo en el día anterior durante el tiempo que es hospitalizado.

Las dos principales características con las que cuenta todo instrumento de investigación: la validez y la confiabilidad^{30,31,34}, se obtuvieron en este cuestionario.

La validez de contenido fue obtenida a través de la revisión de la literatura y de la creación de los reactivos (frases) que fueron evaluados por cinco jueces expertos en desarrollo y atención de población infantil; se evaluó también la validez de apariencia. La realización de una prueba piloto fue necesaria para la aplicación del cuestionario y verificar la comprensión de los reactivos así como cada una de las palabras que se utilizan para preguntar a los padres, dado que es la población a la que es dirigido este cuestionario.

La confiabilidad o consistencia del instrumento fue obtenida a través del coeficiente Alfa de Cronbach^{31,33}; cuyo alcanzado al final fue de 0.7274; el cual se considera es adecuado para el instrumento. También se calculó la confiabilidad por medio del coeficiente de mitades partidas de diferente longitud de Spearman-Brown cuyo valor también debe fluctuar entre 0 y 1; el coeficiente obtenido fue de 0.7264, lo que hace a este instrumento un cuestionario confiable.

Así mismo para cada factor se calculó la confiabilidad por medio del Alfa de Cronbach y se obtuvieron coeficientes que fluctuaron entre .5043 a .7081, lo cual corrobora la existencia de la consistencia interna del cuestionario y por lo tanto su confiabilidad.

La creación de un cuestionario debe tener coeficientes estadísticos significativos, y se debe estudiar su estructura interna y corroborar con la información teórica la verdadera utilidad del instrumento. Para ello, primero se utilizó el método de Análisis factorial³³.

Se obtuvieron un total de cuatro factores, nombrados como factor I: ansiedad general, factor II: miedos; Factor III: dificultades en el sueño y factor IV: conductas de regresión. Estas reacciones son reportadas por la literatura.^{2,4,9,12,14,19-21,24,41}

Los factores que contienen de dos a cuatro reactivos, indica que solo en los dos primeros se pueden obtener conductas relacionadas directamente con la ansiedad general y los miedos; mientras que los factores III y IV nos proporcionan conductas indicadoras de dificultades de sueño y conductas de regresión.

Las principales reacciones que presentan los niños están relacionadas con la presencia de ansiedad que se caracteriza por un presentimiento de peligro inminente del que el individuo no puede escapar, con actitud de espera, aprensión, malestar y sensación de desamparo de la que desconoce la causa^{20,23}, y que no le permite estar atento o concentrarse y responder con conductas como llorar, gritar, patear y que pueden intensificarse cuando percibe alguna señal de que la madre saldrá de la sala y se quedará solo. Estas conductas son formas de respuesta ante una situación que no puede controlar o manejar²⁰.

Los miedos que presentan estos pequeños se caracterizan principalmente por conductas de temor o miedo cuando alguien del personal de salud con bata se acerca a ellos⁵, cuando se les solicita la realización de actividades o cosas nuevas, o personas extrañas les hablan¹⁹⁻²¹.

La hospitalización aún en estancias de uno o dos días requieren que el niño y un familiar se queden a dormir en la sala, debido a que no es su cama y muchos menos su casa; fácilmente los menores presentan dificultades como el llorar por la noche o levantarse cuando aparentemente deben estar dormidos. Las salas de hospitalización, son salas comunes; esto es, niños de diferentes edades suelen compartirla, de esta forma el niño observa que no esta solo con su mamá o papá sino que además debe estar con otros menores. El llanto es una emoción que conlleva una interpretación entre otras de dolor, de estar incomodo, etc; regularmente los padres responden de forma inmediata ante ella.

Las conductas de regresión se caracterizan por ser conductas que satisfacen necesidades de estadios anteriores a la edad actual del niño²⁰. Así el menor no pone atención al llamado de su cuidador, se muerde las uñas y se chupa el pulgar o los dedos. Se ha observado en este caso que son los padres quienes buscan la atención permanente del paciente y que este no tiene intención de atender.

El cuestionario que se presenta es un instrumento que permite la evaluación de las principales reacciones a la hospitalización en niños preescolares que pertenecen al Hospital Infantil de México Federico Gómez y que a través del uso de frases cortas y concretas permite saber por medio del análisis de frases cuales son las conductas que manifiesta el niño y como puede llevarse a cabo una intervención, ya sea para la minimización de la conducta o lograr el control completo de la misma. No requiere de doble aplicación, dado que cuenta con un coeficiente de confiabilidad de Spearman-Brown para mitades de diferente longitud adecuado.

Diversos estudios confirman la presencia de diversas reacciones a la hospitalización en niños preescolares^{9-14,19-21}, ya que este es un periodo en el desarrollo del niño donde debe obtener independencia de sus progenitores que le permitirá más adelante su inserción en la escuela³⁹. En este estudio se obtuvieron cuatro componentes principales (cuatro factores) que representan a las conductas presentadas por los niños hospitalizados del Hospital Infantil de México Federico Gómez.

La medición de las reacciones por medio del "cuestionario de reacciones a la hospitalización" nos permite ubicar y comparar las conductas del niño con la población con la que fue construido y validado. Para ello la edad de aplicación comprende desde los tres años hasta los cinco años 11 meses. Fue construido con y para niños del Hospital que permanecen por lo menos tres días internados para la realización de un estudio diagnóstico o diagnóstico definitivo.

Además este cuestionario nos permite detectar las conductas y su intensidad lo que proporciona información fiable y rápida para implementar una intervención clínica con el

pequeño y sus padres, para lograr una mejor adaptación a la hospitalización y minimizar las conductas disruptivas que pueden además afectar su tratamiento médico.

CONCLUSIONES

El objetivo de la presente investigación fue el construir y validar un cuestionario para la medición de las reacciones a la hospitalización en niños preescolares, el que se responde de forma adecuada.

El cuestionario se construyó de tal forma que cuenta con validez de apariencia y de contenido. Contiene cada una de las conductas más representativas de la población estudiada, sin embargo reconocemos que el instrumento hasta este momento solo puede ser utilidad a la población de referencia ya que no se cuenta con información para su aplicación en otros pequeños a pesar de estar hospitalizados.

El cuestionario es confiable ya que se obtienen coeficientes de confiabilidad adecuado, lo que permite obtener calificaciones semejantes en dos ocasiones.

Mediante el análisis factorial se obtienen cuatro componentes (factores) principales:

- Factor I: ansiedad general,
- Factor II: miedos,
- Factor III: dificultades en el sueño, y
- Factor IV: conductas de regresión.

Que representan a las principales reacciones a la hospitalización en niños en edad preescolar.

Es un cuestionario de fácil aplicación y calificación, ya que por medio de la puntuación natural nos permite ubicar al paciente comparado con la población de referencia. Su utilización en un tercer de nivel de atención y fácil uso permite de forma temprana la detección de niños que requieren una intervención rápida y efectiva para minimizar estas

conductas durante su estancia hospitalaria, así como detectar a niños que se considere puedan estar en riesgo de presentarlas en algún momento durante la hospitalización.

Se concluye que se construyó y validó un cuestionario de 12 reactivos que miden las reacciones a la hospitalización y que cuenta con las características psicométricas adecuadas (validez y confiabilidad); es de fácil y de rápida aplicación y calificación, de forma que en un tiempo aproximado de 30 minutos podemos conocer cómo está reaccionando un pequeño a la hospitalización y llevar a cabo una intervención.

El contar con este cuestionario nos permitirá realizar un abordaje temprano en los niños que son hospitalizados, proporcionando datos para en un futuro obtener el valor pronóstico del mismo.

SUGERENCIAS

A partir de esta investigación se observa la necesidad de llevar a cabo más estudios en población pediátrica y considerar:

1. Las características propias de la enfermedad que porta el paciente.
2. Aumentar el tamaño de la muestra, ya que a pesar de contar con coeficientes de suficiencia de muestra adecuados; el evaluar a más pequeños ayudará a no sólo ubicar al paciente por medio de una medida de dispersión como los percentiles, sino además de obtener puntuaciones Z o t.
3. Calcular confiabilidad externa con evaluaciones por parte de la mamá, psicóloga y enfermera.
4. Llevar a cabo la aplicación en otras instituciones para corroborar la validez y del cuestionario y obtener parámetros externos y así justificar su utilidad con más poblaciones (Validez externa).

BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Angrilli A, Helfat L. Psicología Infantil. México: Cecsa; 1981. p. 9-19.
2. Palomo DB MP. El niño hospitalizado. España: Pirámide; 1999. p. 16-111.
3. Harbeck-Weber C, Hepps MD. Prevention of emotional and behavioral distress in children experiencing hospitalization and chronic illness. En Roberts Cm, editor. Handbook of Pediatric Psychology. 2a ed. New York: The Guilford Press; 1995. p.167-184.
4. Ortigosa QJM, Méndez CFX. Hospitalización infantil. España: Biblioteca Nueva; 2000. p. 19-74.
5. Priego LA, Valencia CM. El síndrome de hospitalismo en niños menores de cinco años. Rev Mex Psicol. 1988; 5(2): 173-82.
6. Romagosa Huguet, A. Actividades lúdicas para niños hospitalizados. Proyecto de Afanoc. Publicación electrónica Intersalud.net [citado: junio 14, 2003]; Artículo: [8 pantallas]. Disponible en: <http://www.intersalud.net/paginas/Num4/afanoc.htm>
7. Ziegler BD, Prior MM. Preparation for surgery and adjustment to hospitalization. Nurs Clin North Am. 1994 Dec; 29 (4): 655-69..
8. Hall D. Social and psychological care before and during hospitalisation. Soc Sci Med. 1987; 25 (6): 721-32.
9. Wolfer JA, Visintainer MA. Prehospital psychological preparation for tonsillectomy patients: Effects on children's and parent's adjustment. Pediatrics. 1979; 64(5): 646-55.
10. Mellish RW. Preparation of a child for hospitalization and surgery. Ped Clin North Am. 1969; 16(3): 543-53.
11. Shannon FT, Fergusson DM, Dimond ME. Early hospital admissions and subsequent behavior problems in six years old. Arch Dis Child. 1984; 59: 815-9.
12. Zetterstrom R. Responses of children to hospitalization. Acta Paediatr Scand. 1984 May;73(3):289-95.
13. Thompson RH, Vernon DTA. Research on children's after hospitalization: a review and synthesis. Dev Behav Pedia. 1993; 14: 28-35.
14. Teichman Y, Ben RF, Lerman M. Anxiety reaction of hospitalized children. Br J Med Psychol. 1986; 59:375-82.

15. Sandoval GF, De Diego GEM, Fernández JI. Calendario quirúrgico en pediatría. Bol Pediatr. 2001; 41 (1): 78-82.
16. Hernández G, Soto PE, Soria TR. Separaciones breves madre e hijo: ansiedad, afrontamiento y factores relacionados. Rev Mex Psic. 1990; 7 (1 y2): 45-9.
17. Bowlby J. El apego. España: Paidós; 1998.
18. Kay B. Efectos psicológicos de la anestesia en los niños. Coloquios anestesiológicos. ICI-FARMA. 1996.
19. Petrillo M. Cuidado emocional del paciente hospitalizado. México: Prensa Médica Mexicana, 1975.
20. Ajuriaguerra J. El niño, la enfermedad y la limitación física. España: Ed. Tay Masson, 1983.
21. Vernon DTA. Changes in children's behavior after hospitalization. Am J Dis Children. 1966; 3: 581-93.
22. Azarnoff P, Woody P. Preparation of children for hospitalization in acute care hospitals in the United States. Pediatrics. 1981; 9(3):361-7.
23. Hurlock E. Desarrollo psicológico del niño. México: Mc Graw-Hill, 1986.
24. Hagglof B. Psychological reaction by children of various ages to hospital care and invasive procedures. Acta Paediatr Suppl. 1999 Nov; 88 (431): 72-8.
25. Wright CM. Behavioural effects of hospitalization in children. J Paediatr Child Health. 1995 Jun; 31 (3): 165-7
26. McGrath P, Huff N. 'What is it?: findings on preschoolers' responses to play with medical equipment. Child Care Health Dev. 2001 Sep; 27 (5): 451-62.
27. Blom EG. The reactions of hospitalized children to illness. Pediatrics. 1958; 22: 590-600.
28. Derechos del niño hospitalizado. Disponible en: <http://fundacionsuenoyvida.org>, o en: <http://home.coqui.net/titolugo/news.htm>
29. Perea MA, Loredó AA, Trejo HJ, Monroy VA, Venteño JA, Martín MV, Mejía EJ. Sobre la autonomía y derechos de los niños. Rev Mex Pediatr. 2001; 68 (8): 270-1.
30. Kerlinger NF, Lee BH. Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales. 4ª ed. México: Mac Graw-Hill; 2002. pp. 35-49, 309-34.

31. Hernández SR, Fernández CC, Baptista LP. Metodología de la Investigación. México: Mc Graw-Hill; 1991. pp. 239-346, 416-8.
32. Magnusson D. Teoría de los tests. México: Trillas; 1998.
33. Mehrens AW, Lehmann JI. Standardized tests in education. EEUU: Holt, Rinehart and Winston; 1969. p. 32-42.
34. Feinstein RA. Clinimetrics. EU: Yale University Press; 1987.
35. Hair JF, Anderson Re, Tatham RL, Black WC. Análisis multivariante. 5a edición. México: Prentice Hall Iberia; 1999. p. 79-140.
36. Streiner DL, Norman RG. Health measurement scales. 2a ed. EEUU: Oxford University Press; 1996.
37. Brown GF. Principios de la medición en psicología y educación. México: El Manual Moderno; 1980. p. 101-113.
38. Alvarez CR. Estadística multivariante y no paramétrica con SPSS. España: ediciones Díaz de Santos; 1995. p. 231-266.
39. Ley General de Salud. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx>.
40. Ponce de León RS. Noticias: Alvan R Feinstein. *In memoriam*. Salud Pub Mex. 2002; 44 (1): 76-9.
41. Delval J. Desarrollo humano. 10 ed. México: Siglo XXI; 1990.

ANEXOS

ANEXO A. Versión A, cuestionario con 17 reactivos.

Reacciones a la hospitalización en niños preescolares.

Nombre: _____ Registro: _____
Nombre de la mamá: _____
Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____
Fecha de Egreso: _____

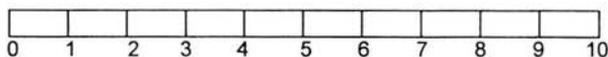
INSTRUCCIONES:

A continuación le presentamos una serie de enunciados acerca de cómo se comportan los niños, no hay respuestas buenas, ni malas. Lea los enunciados cuidadosamente y marque con una línea o raya en el cuadro que aparece abajo del enunciado la intensidad con que su hijo presentó esa conducta durante el día **de ayer**.

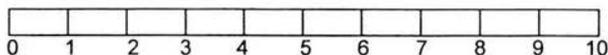
En una escala que va de 0 a 10. El 0 indica que su hijo no presenta dicha conducta mientras que 10 significa que siempre la presenta.

Su niño.....

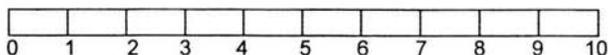
1. Usa chupón o mamila?



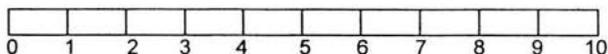
2. Se muestra interesado en lo que ocurre a su alrededor?



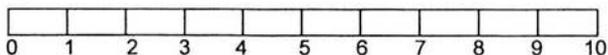
3. Se muerde las uñas?



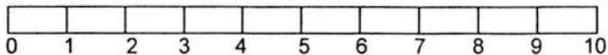
4. Tiene miedo de cosas nuevas?



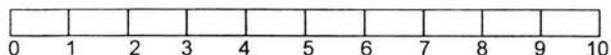
5. Se le dificulta estar atento o concentrarse?



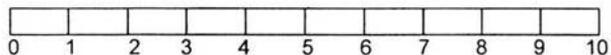
6. Tiene un horario establecido para hacer popo?



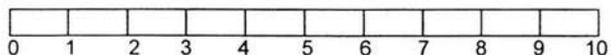
7. Se chupa el pulgar o los dedos?



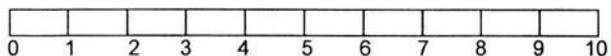
8. La mayor parte del tiempo esta acostado y no hace nada?



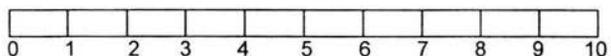
9. Se pone inquieto si lo deja solo unos minutos?



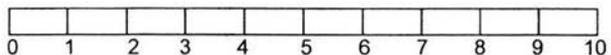
10. Se inquieta cuando algún doctor o enfermera llega junto a su cama?



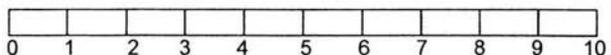
11. Usted pasa mucho tiempo tratando de obtener su atención?



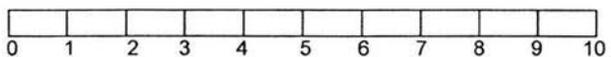
12. Tiene pesadillas?



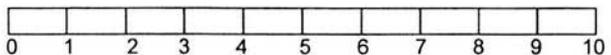
13. Se levanta por la noche?



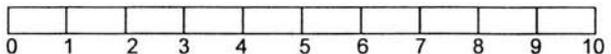
14. Llora por la noche?



15. Parece que se asusta o le teme a los extraños?



16. Hace berrinches?



17. Le responde fácilmente cuando Usted le habla?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Investigador Responsable: _____

ANEXO B.

Versión B, cuestionario con 17 reactivos.

Reacciones a la hospitalización en niños preescolares

Alejandra Hernández Roque

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Registro: _____
Nombre de la mamá: _____ Edad: _____
Fecha: _____

Investigador Responsable: _____

INSTRUCCIONES:

A continuación presentamos una serie de enunciados acerca de cómo se comportan los niños; no hay respuestas buenas, ni malas. Lea los enunciados cuidadosamente a la mamá y pida que le indique su respuesta como (enseñarle la tarjeta de respuestas en caso de que sepa leer, dársela directamente):

“Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Casi siempre y Siempre”

según considere si la conducta la presenta su hijo, para ello se le indica a la mamá que:

“tome en cuenta el día de ayer”.

Ponga una **X** en el cuadro correspondiente de acuerdo a la respuesta que de la mamá.

Su niño.....	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Usa chupón o mamila?					
2. Se muestra interesado en lo que ocurre a su alrededor?					
3. Se muerde las uñas?					
4. Tiene miedo de cosas nuevas?					

Su niño.....	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
5. Se le dificulta estar atento o concentrarse?					
6. Tiene un horario establecido para hacer popo?					
7. Se chupa el pulgar o los dedos?					
8. La mayor parte del tiempo esta acostado y no hace nada?					
9. Se pone a llorar y gritar si lo deja solo unos minutos?					
10. Su hijo se asusta cuando un doctor o enfermera se acerca a él?					
11. Usted pasa mucho tiempo tratando que su hijo le ponga atención?					
12. Tiene pesadillas?					
13. Se levanta por la noche?					
14. Lloro por la noche?					
15. Parece que se asusta o le teme a los extraños?					
16. Hace berrinches (esto es: grita, llora, se tira o patalea, avienta cosas; se golpea o pega a los demás)?					
17. Cuando Usted le habla responde inmediatamente?					

ANEXO C.

**Tarjeta de respuestas del
Cuestionario de reacciones a la hospitalización en niños preescolares.**

<p>Nunca</p> <p>Casi nunca</p> <p>Algunas veces</p> <p>Casi siempre</p> <p>Siempre</p>

ANEXO D.

Versión C (Final), cuestionario con 12 reactivos.

Reacciones a la hospitalización en niños preescolares

Alejandra Hernández Roque

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Registro: _____
Nombre de la mamá: _____ Edad: _____
Fecha: _____

Investigador Responsable: _____

INSTRUCCIONES:

A continuación presentamos una serie de enunciados acerca de cómo se comportan los niños; no hay respuestas buenas, ni malas. Lea los enunciados cuidadosamente a la mamá y pida que le indique su respuesta como (enseñarle la tarjeta de respuestas en caso de que sepa leer, dársela directamente):

“Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Casi siempre y Siempre”

según considere si la conducta la presenta su hijo, para ello se le indica a la mamá que:

“tome en cuenta el día de ayer”.

Ponga una **X** en el cuadro correspondiente de acuerdo a la respuesta que de la mamá.

Su niño.....	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Se muerde las uñas?					
2. Tiene miedo de cosas nuevas?					
3. Se le dificulta estar atento o concentrarse?					

Su niño.....	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
4. Se chupa el pulgar o los dedos?					
5. La mayor parte del tiempo esta acostado y no hace nada?					
6. Se pone a llorar y gritar si lo deja solo unos minutos?					
7. Su hijo se asusta cuando un doctor o enfermera se acerca a él?					
8. Usted pasa mucho tiempo tratando que su hijo le ponga atención?					
9. Se levanta por la noche?					
10. Llora por la noche?					
11. Parece que se asusta o le teme a los extraños?					
12. Hace berrinches (esto es: grita, llora, se tira o patatea, avienta cosas; se golpea o pega a los demás)?					

¡ Gracias ¡

ANEXO E. Plantilla de calificación del Cuestionario de reacciones a la hospitalización en niños preescolares.

Reacciones a la hospitalización en niños preescolares

Alejandra Hernández Roque

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Registro: _____
 Nombre de la mamá: _____ Edad: _____
 Fecha: _____

Investigador Responsable: _____

INSTRUCCIONES:

A continuación presentamos una serie de enunciados acerca de cómo se comportan los niños; no hay respuestas buenas, ni malas. Lea los enunciados cuidadosamente a la mamá y pida que le indique su respuesta como (enseñarle la tarjeta de respuestas en caso de que sepa leer, dársela directamente):

“Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Casi siempre y Siempre”

según considere si la conducta la presenta su hijo, para ello se le indica a la mamá que:

“tome en cuenta el día de ayer”.

Ponga una **X** en el cuadro correspondiente de acuerdo a la respuesta que de la mamá.

Su niño.....	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Se muerde las uñas?	1	2	3	4	5
2. Tiene miedo de cosas nuevas?	1	2	3	4	5
3. Se le dificulta estar atento o concentrarse?	1	2	3	4	5

Su niño.....	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
4. Se chupa el pulgar o los dedos?	1	2	3	4	5
5. La mayor parte del tiempo esta acostado y no hace nada?	1	2	3	4	5
6. Se pone a llorar y gritar si lo deja solo unos minutos?	1	2	3	4	5
7. Su hijo se asusta cuando un doctor o enfermera se acerca a él?	1	2	3	4	5
8. Usted pasa mucho tiempo tratando que su hijo le ponga atención?	1	2	3	4	5
9. Se levanta por la noche?	1	2	3	4	5
10. Llora por la noche?	1	2	3	4	5
11. Parece que se asusta o le teme a los extraños?	1	2	3	4	5
12. Hace berrinches (esto es: grita, llora, se tira o patalea, avienta cosas; se golpea o pega a los demás)?	1	2	3	4	5

i G r a c i a s i