

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
FACULTAD DE MEDICINA.
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI.
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD.
HOSPITAL DE PEDIATRIA.

**VALIDACION DE UN INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAR LOS
FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL EN LA ADAPTACION DE
LOS PADRES ANTE LA HOSPITALIZACION DE SU HIJO
LACTANTE.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MEDICO
ESPECIALISTA EN:

PEDIATRIA MEDICA.

P R E S E N T A:

DRA. IBETH DIAZ CANTINCA.

Investigador Responsable:

Psicóloga Consuelo Villanueva Viñuela.

Investigadores Asociados:

Dra. Graciela Castañeda Muciño.

Dr. Héctor Jaime González Cabello.

Dra. Pilar Lavielle Sotomayor.



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
FACULTAD DE MEDICINA.
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI.
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD.
HOSPITAL DE PEDIATRIA.

**VALIDACION DE UN INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAR LOS
FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL EN LA ADAPTACION DE
LOS PADRES ANTE LA HOSPITALIZACION DE SU HIJO
LACTANTE.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MEDICO
ESPECIALISTA EN:
PEDIATRIA MEDICA.

PRESENTA:
DRA. IBETH DIAZ CANTINCA.

Investigador Responsable:

Psicóloga Consuelo Villanueva Viñuela.

Psicóloga Clínica adscrita al Servicio de Salud Mental del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS México.

Investigadores Asociados:

Dra. Graciela Castañeda Muciño.

Médico Pediatra Jefe del Servicio de Lactantes del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS México.

Dr. Héctor Jaime González Cabello.

Médico Pediatra del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS México.

Dra. Pilar Lavielle Sotomayor.

Maestra en Ciencias UNAM. Psicóloga Clínica. Unidad de Investigación Clínica y Epidemiológica Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS México.

DEDICATORIA

A mis padres por su cariño, paciencia, su apoyo incondicional en todos los momentos de mi vida, gracias por todo ya que son mi motivo de seguir adelante y que Dios los bendiga siempre.

A mis hermanos (Gustavo y Miguel), hermanas (Elizabeth, Marisol y Verónica), cuñados (Alvaro, Mario, Toño), cuñadas (Ame y Azent), sobrino (Alvarito) y sobrinas (Andrea, Alexita y Paulita) por su comprensión, gracias por dejarme ser parte de su familia de cada uno, que Dios nos deje ser siempre una familia unida.

A todos mis amigos que me apoyaron de diferente forma, ya que un verdadero amigo es un tesoro que hay que saber conservar.

A mis profesores por compartir su enseñanza, su tiempo y su sabiduría, para que nos sigan apoyando en el camino de los conocimientos y poder así ser parte de un mejor país.

INDICE

	PAGINA
I.- RESUMEN	4
II.- INTRODUCCION	5
III.- ANTECEDENTES	6
IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
V.- HIPOTESIS	11
VI.- OBJETIVOS	11
VII.- JUSTIFICACION	12
VIII.- MATERIAL Y METODOS	13
IX.- ANALISIS ESTADISTICO	16
X.- RESULTADOS	17
XI.-DISCUSION	30
XII.- CONCLUSIONES	35
XIII.- BIBLIOGRAFIA	37
ANEXOS	

I.- RESUMEN

INTRODUCCION: La hospitalización de un lactante puede favorecer la aparición de alteraciones en la salud mental de los padres, lo que puede perturbar el cauce regular del proceso terapéutico.¹ En la vigilancia de un niño hospitalizado, rara vez se incluye la detección oportuna de éstos, validar y diseñar una escala para tal propósito, fue la perspectiva de este protocolo.

OBJETIVO: Validar un instrumento para identificar los factores de riesgo psicosocial en la adaptación de los padres ante la hospitalización de su hijo lactante.

TIPO DE ESTUDIO: descriptivo, longitudinal y observacional.

MATERIAL Y METODOS. El estudio se realizó en la sala de lactantes del hospital Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI. La escala se diseñó para explorar: redes de apoyo familiar, emociones ante la hospitalización, satisfacción percibida ante la hospitalización y actitud hacia su hijo. Se elaboró un cuestionario con 77 preguntas, cada reactivo se contestó con 4 categorías de respuestas en escala tipo Likert.² Se aplicó el instrumento a padres de lactantes de nuevo ingreso en las primeras 72 horas de hospitalizados, la muestra fue de 149 padres. Se solicitó el consentimiento informado para participar en el proyecto y se respetó el derecho de los dos casos específicos que rehusaron contestar la escala aún cuando se firmó el consentimiento. Se analizó la selección de preguntas, consistencia interna, reproductividad y la validez de constructo.

ANALISIS Y RESULTADOS: Se realizó un análisis en cuatro fases:

1ª Fase: Selección de Preguntas a través de la evaluación del Índice de Aceptabilidad, se encuestó a 49 padres. Se eliminaron 44 preguntas de las 77 iniciales, para 4 dominios y quedó conformada con 43 preguntas para 3 dominios.

2ª Fase: Evaluación de la Consistencia Interna u Homogeneidad: Se aplicaron 100 encuestas para medir la capacidad del instrumento y asegurar que éste fuera confiable. Se calculó alfa de Cronbach a cada pregunta, en función del área o dominio evaluado. En 41 de las aseveraciones existió menor diferencia con respecto al valor alfa, lo que demuestra que las preguntas están asociadas entre sí e hicieron referencia al dominio que evaluaron y se excluyeron 2 preguntas.

3ª Fase: se evaluó la Reproductividad de las 41 preguntas: aplicando el Retest a la misma población (100 padres) después de 7 días. El Coeficiente de Correlación Intraclase fue moderado 0.72 entre las respuestas de la primera y segunda evaluación; el Coeficiente de Intervalo de 95%, con límite bajo 0.55 y límite alto 0.81; la explicación posible es por la intervención de factores diversos circunstanciales en cuanto a la evolución del padecimiento del lactante.

4ª Fase: Validez de Constructo: se comprobó mediante el método estadístico de Análisis Factorial Exploratorio. Para esta etapa se realizó con los 100 cuestionarios del Test, 8 preguntas se eliminaron porque pertenecían a otros factores. La escala final quedó conformada por 33 preguntas que exploran dos dominios: redes de apoyo (10 preguntas) y emociones (23 preguntas).

CONCLUSIONES: Se demostró que el instrumento tiene Validez Interna y confiabilidad para medir la alteración de los padres ante la hospitalización. Aún es necesario demostrar la Validez Externa para aplicarlo en el área clínica, para obtener un criterio cualitativo de la presencia de estos factores de manera metódica y calificar el grado de riesgo en la adaptación a la hospitalización y tomar acciones.

II.- INTRODUCCION

El procedimiento habitual en la vigilancia de un niño hospitalizado y de los familiares, rara vez incluye la detección oportuna de los factores que alteran a los padres y afectan su adaptación ante la hospitalización de su hijo y por ende, la óptima evolución del paciente durante su internamiento. Algunos estudios han reportado porcentajes altos (>70%) de alteraciones en los padres y sus factores de riesgos asociados ante la hospitalización de su hijo.²

Desde el punto de vista psicológico, los riesgos psicosociales se describen como aquellos factores patógenos que se generan por los cambios en el estilo de vida del individuo, los cuales pueden influir y perturbar la adaptación a algún acontecimiento.³ Los principales factores de riesgo psicosocial que pueden presentarse y explicar una interacción inadecuada de los padres del niño hospitalizado con el equipo de salud tratante y el personal paramédico son: la adherencia terapéutica de los padres al tratamiento del menor, la comunicación con el médico, la demanda del familiar para que se cumplan sus expectativas y se le concedan por parte del equipo médico ciertos privilegios que rebasan las normas hospitalarias y desajustan la integración con el personal que participa en la atención del lactante y la propia alteración del vínculo padres-hijos.^{4, 5}

Si no se identifican estos riesgos de naturaleza psicosocial en forma oportuna, pueden volverse al extremo complejo y difícil de manejar. El desafío para el personal médico es detectarlos de forma metódica, lo que permitirá que el equipo de salud mental tome medidas preventivas para disminuir sus manifestaciones. Por todo ello, se justifica ampliamente la elaboración de un instrumento que permita obtener un criterio cualitativo y predictivo de la presencia de estos factores en la psicodinamia de los padres responsables del lactante hospitalizado. Se requiere un instrumento para detectar los factores de riesgo psicosocial que afectan a los padres en su adaptación ante el internamiento de su hijo, la interacción adecuada con el personal de salud y los procedimientos hospitalarios, para establecer indicadores de intervención psicológica temprana y realizar actividades que promuevan y faciliten un afrontamiento más positivo en los padres, con el fin de beneficiar la estabilidad integral y la mejor evolución del lactante durante su estancia hospitalaria.

III.- ANTECEDENTES

Riesgos psicosociales

Desde el punto de vista psicológico, los riesgos psicosociales se describen como aquellos factores patógenos que se generan por los cambios en el estilo de vida del individuo, los cuales pueden influir y perturbar la adaptación para algún acontecimiento.³ Son parte de las situaciones traumáticas o eventos, como los padecimientos orgánicos graves y la hospitalización, que implican fuentes de estrés para las personas que los enfrentan.⁶

Alteraciones Emocionales

Existen evidencias de que la hospitalización infantil produce estrés en los padres. Si el niño hospitalizado es menor de dos años, aumenta el riesgo de que los padres sufran alguna alteración emocional.⁷ En un estudio se exploró las principales diferencias entre las reacciones “normales” al estrés y las “anormales”, que sufren los padres de niños hospitalizados, se concluyó que los padres con reacciones anormales manifiestan disfunciones y perturbaciones en las acciones que realizan al atender a su hijo. Además, los signos y síntomas severos de alteraciones emocionales que se prolongan, aún después de que el evento que las generó, ya no está presente.⁸

Los estudios clásicos realizados en amplios grupos de sujetos, muestran que los padres de niños hospitalizados presentan mayores reacciones de ansiedad y depresión ante la hospitalización de su hijo.⁹ Douglas y colaboradores estudiaron a padres de niños hospitalizados y describen que el 93% manifestaban ansiedad. Cuando la aceptación de los padres no es óptima ante el ingreso de su hijo al hospital, la experiencia vivida puede generar trastornos de adaptación afectiva como son ansiedad y depresión, además se puede afectar la dinámica familiar, manifestada por ira y maltrato. También se puede afectar la relación médico-familiar-paciente ante demandas excesivas al personal médico. Existen etapas bien diferenciadas que señalan las reacciones emocionales de los padres ante la hospitalización infantil, ver Anexo tabla 1.¹⁰

En España se realizó un estudio comparativo entre un grupo de familias de 94 niños hospitalizados y no hospitalizados con edad de 8 a 14 años. En los niños hospitalizados se obtuvieron puntuaciones más altas de ansiedad, miedo a la muerte y a la enfermedad en relación con el grupo de familias de niños no hospitalizados.¹¹

Algunos teóricos describen las repercusiones posibles a nivel psicológico en los padres a causa de un padecimiento grave o internamiento de su hijo, ver Anexo tabla 2.¹² Otros señalan que la hospitalización infantil representa un factor de riesgo en cuanto a un incremento (>4%) en la frecuencia de alteraciones en los padres para adaptarse a la situación.¹³

Causas de las alteraciones emocionales

Para explicar las causas posibles que ocasionan que los padres se alteren durante la hospitalización de sus hijos, algunos estudios exponen los mecanismos de la relación entre las condiciones de estrés y los problemas de adaptación psicológica que pueden presentar, estableciendo modelos de referencia de causa y efecto, que explican los estados de perturbación afectiva y social, los cuales repercuten en la evolución del internamiento y desarrollo posterior de su hijo.^{3, 14}

Hay autores que exponen que las alteraciones de los padres son resultado de que el hijo este internado y otros sostienen que los padres ya estaban afectados antes de que su hijo se hospitalizara; los primeros señalan las siguientes causas de alteración de los padres ante la hospitalización:

1) Vinculación: la ansiedad de los padres ante la hospitalización del hijo, puede deberse al duelo no resuelto ante la pérdida de la salud o la vida y por limitaciones secundarias del niño, impuestas por un padecimiento crónico, lo cual altera la conducta de apego de los padres con su hijo.¹⁵

2) Apoyo: La hospitalización de un hijo despierta en los padres la necesidad de apoyo emocional por parte de los familiares. Las publicaciones sucesivas de opiniones de los padres que refieren nulo apoyo emocional familiar durante la

hospitalización de su hijo, reportan mayor incremento del estrés y también refieren alteración emocional y/o social en la adaptación a la estancia hospitalaria.⁹

Cuando se realizan intervenciones psicológicas a padres de niños hospitalizados, se observa que las reacciones depresivas se favorecen en aquellos que están desprovistos de apoyo afectivo y carentes de contactos familiares o sociales.¹⁶ La falta de contención familiar de origen en los padres del niño, es una de las diversas causas que los altera para afrontar la hospitalización y desajustar la dinámica del ambiente familiar, repercutiendo en el cuidado y la estancia hospitalaria de su hijo. Cuando los padres no cuentan con redes de apoyo familiar efectivas están en riesgo de fallar en el seguimiento del tratamiento médico indicado.¹⁷

3) Comunicación: La mayoría de los padres perciben momentos difíciles al recibir del médico, el diagnóstico o noticias desfavorables de la condición clínica de su hijo hospitalizado. Esto puede ser debido a la carga emocional y estrés que conlleva el internamiento del niño ó bien porque la información que recibieron a priori del padecimiento del niño repercute de manera negativa en los padres, para adaptarse al acontecimiento.¹⁸ También se trastornan los padres, cuando sienten que la información médica no se otorga de forma personal y de acuerdo a las necesidades individuales educativas, étnicas, sociales y religiosas que ellos asumen. Los médicos pueden adoptar una actitud de empatía favorable a estas necesidades. Sin embargo, cuando no es así se desajustan los padres, presentando desconfianza e incomunicación en la interacción con el equipo médico, repercutiendo en la evolución natural de su hijo durante su hospitalización.¹⁹

Algunos autores refieren que las alteraciones de los padres, no son el resultado en la adaptación ante la hospitalización de sus hijos, sino son resultado del efecto de condiciones emocionales tales como: trastornos de ansiedad y depresión presentes con anterioridad.²⁰ Estudios recientes que dan evidencia de lo expuesto afirman que, si las alteraciones del estado afectivo en los padres estaban presentes antes de la hospitalización de su hijo pueden prolongarse por años.²¹ También es frecuente que los padres en un período de desequilibrio, como lo es la hospitalización de sus hijos, manifiesten alteraciones emocionales implicadas en su desarrollo psicológico y vean al niño como una parte negativa de su propio

“yo”, mostrando conductas de apego inseguras para atender y manejar las necesidades del hijo.²²

Las expectativas de los padres ante la hospitalización del hijo

Juegan un papel importante para la satisfacción y adaptación a la hospitalización. Básicamente son dos, las primeras son necesidades que se generan en relación a la experiencia que los afecta, lo que esperan en cuanto a obtener un buen trato y atención privilegiada del personal del hospital; el manejo de estrés y la alteración emocional que manifiestan ante la condición del padecimiento e internamiento del niño, para así disminuir su perturbación psicológica. En segundo lugar, los problemas en la interacción con el personal médico y el medio hospitalario, no necesariamente tienen que responder con la realidad vivida, sino desde la interpretación y los errores conceptuales de los padres para entender las instrucciones y procedimientos médicos.²³

Para fines prácticos de este estudio y basados en los argumentos de la literatura científica, se puede resumir, que si los padres de los niños manifiestan percepciones y expectativas contrarias al resultado de la experiencia vivida ante la hospitalización, aumentan la probabilidad de alterarse en la adaptación al proceso del internamiento de su hijo y son propensos a presentar factores de riesgo.²³

El manejo del estrés y alteraciones emocionales de los padres para la adaptación al proceso, estará condicionado por la interacción entre los factores de riesgo psicosocial relativos a la familia y las características dependientes de las condiciones hospitalarias.²³

En conclusión, la forma como los profesionales de la salud manejan las valoraciones de los padres en su sentir y reflexionar ante la hospitalización, va a determinar el grado y calidad de su respuesta para adaptarse al acontecimiento que enfrentan. De ahí la importancia de diseñar un instrumento que mida de forma sistemática estas valoraciones y al mismo tiempo permita obtener un criterio cualitativo predictivo de los factores de riesgo psicosocial que pueden

presentar para la vinculación con el hijo, psicopatología, relación médico-familiar y adherencia al tratamiento.

Medición de las alteraciones en padres de niños hospitalizados

Los instrumentos disponibles para evaluar las alteraciones, estados mentales y trastornos emocionales son de tipo genérico, es decir, son diseñados para aplicarse a la población en general. Algunos se han validado científicamente, ver Anexos del 1 al 7, en los cuales se enlistan las escalas utilizadas con mayor frecuencia en adultos en el campo asistencial y en la investigación como instrumentos de medida para comprobar la presencia de un padecimiento mental o trastornos emocionales más frecuentes, pero ninguno valora los riesgos psicosociales en padres de lactantes hospitalizados.²⁴

En algunas investigaciones realizadas en padres de niños hospitalizados se menciona la utilización de 2 escalas diferentes para evaluar condiciones emocionales en los padres de estos niños: estudios preliminares de validez de la escala PSS “Cuestionario de Estrés en Padres de Niños Hospitalizados”²⁵ y el “Cuestionario de Ansiedad Estado/ Rasgo” en su versión para adultos.²⁶

Sin embargo, no existe evidencia en la bibliografía publicada sobre instrumentos específicos para medir los riesgos psicosociales en la adaptación de los padres ante la hospitalización de lactantes.

IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿La escala a validar permitirá identificar los factores de riesgo psicosocial en la adaptación de los padres de lactantes hospitalizados?

V.- HIPOTESIS

La escala tiene validez interna, es confiable y sirve para identificar los factores de riesgo psicosocial en la adaptación de los padres ante la hospitalización de su hijo lactante.

VI.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la Validación Interna de un instrumento para identificar los factores de riesgo psicosocial en la adaptación de los padres ante la hospitalización de su hijo lactante es valido y confiable.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluar la Selección de las Preguntas de la escala.
- Evaluar la Consistencia Interna de la escala.
- Evaluar la Reproductividad de la escala.
- Evaluar la Validez de Constructo de la escala.

VII.- JUSTIFICACION

Determinar la presencia de las perturbaciones afectivas y sociales en los padres de niños lactantes hospitalizados, constituye una preocupación actual del médico pediatra y del profesional de la salud mental, ya que estos factores pueden influir en la evolución ante la hospitalización.

Existen escalas en el ámbito clínico para poder diagnosticar trastornos psicológicos, que se aplican a la población en general. Es una realidad corroborada, la ausencia de instrumentos para medir las alteraciones de los padres en el proceso de adaptación ante la hospitalización de su hijo. Por lo que es necesario validar una escala específica que sea eficaz.

Un instrumento útil para detectar a los padres de lactantes hospitalizados con riesgo para desarrollar alteraciones ante la hospitalización de su hijo, permitirá realizar acciones coordinadas con el equipo de salud mental que favorezcan la interacción adecuada y evolución en el internamiento del paciente pediátrico y su familia. Las ventajas de contar con este instrumento en el área clínica serían, en primer lugar, obtener un criterio cualitativo de la presencia de estos factores para predecir de manera oportuna a las familias en riesgos de adaptarse de forma adecuada al acontecimiento que enfrentan y en segundo lugar, ofrecer resultados desde la perspectiva de la psicometría, para poder estudiar los factores de riesgo y plantear criterios de intervención específica que beneficien en principio la evolución del internamiento del lactante.

VIII. MATERIAL Y METODOS

Diseño de estudio: descriptivo, longitudinal y observacional.

Lugar de realización del estudio: Se realizó de marzo del 2005 a agosto del 2006, en la Unidad Médica de Alta Especialidad de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social (UMAE HP CMN SXXI) en la Sala de Lactantes, que recibe pacientes de la región suroeste del país y de los Hospitales Generales de Zona de la región suroeste del Distrito Federal.

Padres del lactante: Los ingresos en 24 horas en la Sala de Lactantes es de 1 a 3 pacientes, dando un total de 30 a 90 ingresos por mes, las variables sociodemográficas estudiadas son las siguientes:

NOMBRE DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	DEFINICION CONCEPTUAL
EDAD	Cuantitativa Discreta. <ul style="list-style-type: none">• Años.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.
SEXO	Nominal. <ul style="list-style-type: none">• Masculino.• Femenino.	Progenitor integrado al cuidado del hijo en el hospital.
OCUPACION	Nominal. <ul style="list-style-type: none">• Trabajador en activo.• Desempleado.• Pensionado o Jubilado.• Labores del Hogar.	Actividad productiva que desempeña actualmente.
ESCOLARIDAD	Continua de Intervalo. <ul style="list-style-type: none">• 0 a 6 años.• 7 a 9 años.• 10 a 12 años.• 13 o más años.	Numero de años de estudios realizados.

Tamaño de Muestra: para la validación interna no hay una cifra exacta, pero se realizó un cálculo muestral probabilística para el estudio, considerando un nivel alfa de 0.05%, beta del 20% y un nivel delta del 60% (riesgo psicosocial en la adaptación de los padres ante la hospitalización de su hijo lactante) para una muestra calculada en 96 pacientes, con el programa estadístico EpiInfo versión 6.

Aspectos éticos: La participación de los padres fue voluntaria, se informó de la privacidad y confidencialidad del estudio (Anexo 9). Los riesgos por contestar el cuestionario y participar en este estudio de investigación fueron mínimos según el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la

Salud, considerado por el Decreto del Artículo 4º. Constitucional publicado el 7 de Febrero de 1984 en el Diario Oficial de la Federación, La Ley General de Salud reglamentaria del párrafo Tercero del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, vigente desde el 1o. de Julio del mismo año. En el Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I, Artículo 17: se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este reglamento, las investigaciones se clasifican en 3 categorías; este estudio se ubica en la II categoría que se menciona como de riesgo mínimo, se refieren a estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios.²⁷

Para el estudio no se solicitaron otros exámenes adicionales. Para los casos en que se detectó alteración social o afectiva del familiar del paciente, se contó con el apoyo necesario del personal de salud mental del hospital para su intervención.

El plan de investigación para este protocolo se sometió a evaluación por el Comité de Investigación local de la UMAE HP CMN SXXI, para su aprobación se realizaron las modificaciones pertinentes y se otorgó el número de registro 2006/3603/005.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

1ª Fase. Elaboración de Selección de las Preguntas.

Se redactaron con base a las escalas e inventarios reportados en la literatura. Para alteraciones afectivas: Escala de depresión y ansiedad en el hospital²⁸; Escala de depresión en mujeres mexicanas²⁹, de los miembros del equipo de salud involucrados³⁰ y Escala para la evaluación de los familiares del enfermo terminal.³¹ Para conductas de vinculación: Cuestionario de la relación padre-hijo³² y Guías de intervención psicoeducativa sobre el cuidado del niño.³³ Para satisfacción: Escala P-MISS de satisfacción de los padres con la hospitalización de sus hijos.³⁴

El cuestionario se elaboró con cuatro dominios, para representar las variables de interés a observar: 1) Redes de apoyo familiar, 2) Emociones ante la hospitalización de su hijo, 3) Satisfacción percibida ante la hospitalización del hijo y 4) Actitud hacia su hijo, se estructuró una escala autoaplicable con 77 preguntas iniciales; cada reactivo con 4 categorías de respuestas en Escala tipo Likert (Anexo 8).³⁵

La evaluación del Índice de Aceptabilidad es para discriminar las preguntas.³⁶ Las que tuvieron un índice elevado de 0.80 o menor de 0.20 se eliminarán del cuestionario, ya que estos límites discriminan las preguntas que se contestan en forma directa o por aceptación social de acuerdo a valores morales y culturales³⁷ y no cumplen las propiedades psicométricas de la escala.

2ª Fase. Evaluación de la Consistencia Interna u Homogeneidad

Desde 1951, se utiliza para medir la Consistencia Interna de una escala el Análisis de Fiabilidad mediante el Coeficiente alfa, propuesto por Cronbach. Se utilizó para determinar cual pregunta era conservada para aumentar la exactitud de la prueba, determinando si efectivamente las preguntas de la escala pertenecían al área para la que fueron diseñadas. Lo cual depende de la magnitud de la correlación y del número de preguntas de la escala.^{38, 39}

3ª. Fase. Evaluación de Reproductividad

En la práctica una medición es confiable cuando proporciona resultados consistentes o estables. El método Test-Retest evalúa, si se obtiene el mismo resultado o el mismo valor, si se aplica el instrumento por segunda ocasión o más, en un intervalo de tiempo de 2 a 14 días según Streiner.^{38, 40} Aplicándose la prueba estadística de Correlación Intraclase.

4ª. Fase. Validez de Constructo

Al obtener los valores en forma global y para que cada dominio que comprenden la escala se elabore de forma adecuada, tanto en el contenido como los objetivos, se utiliza el método de componente principal de factor fundamental, para cada uno de los dominios, explorando así su estructura según la confirmación de las preguntas y se determina al investigar las cualidades psicológicas.^{38, 41}

IX.- PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO

Se realizó una estadística descriptiva, con medidas de tendencia central aplicada a las variables sociodemográficas de la muestra. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 12.0.

- PRIMERA FASE: se seleccionaron aquellas preguntas con una buena capacidad de discriminación del instrumento diseñado, evaluados a través del Índice de Aprobación.
- SEGUNDA FASE: se evaluó la Consistencia Interna u Homogeneidad de la escala obtenida en la primera fase, por medio del alfa de Cronbach.
- TERCERA FASE: se midió la Reproductividad del Test-Retest se aplicó la Correlación Intraclase.
- CUARTA FASE: la Validez de Constructo de la Escala, se midió con la prueba estadística de Análisis Factorial Exploratorio.

X.- RESULTADOS

1ª. Fase. CONSTRUCCIÓN DEL CUESTIONARIO

La primera fase de estudio, la escala se construyó por 77 preguntas en 4 dominios, descritos por Stone 1982, Serradas 2003 y Blader 2004; en el Manual de Psiquiatría Infantil integradas (Tabla 2).

1. Datos sociodemográficos de la muestra

La muestra total estuvo constituida por 149 padres de lactantes hospitalizados captados en las primeras 72 horas de estancia, alfabetizados, de primer ingreso al servicio de lactantes (93.7%) y el 56% ingresaba de otro hospital. Para las fases el tamaño de la muestra se calculó de acuerdo a la literatura. Aunque siempre se cuidó que el número de sujetos evaluados en cada fase fuera el número suficiente, que permitiera llevar a cabo las pruebas estadísticas requeridas para cumplir con los objetivos.³⁸

En la primera fase participaron 49 padres de familia con lactantes hospitalizados. En la segunda fase del estudio se aplicó el Test a 100 familiares adicionales y después a esta misma población se aplicó el mismo instrumento (Retest) 7 días después.

Las características sociodemográficas de ambas muestras fueron muy similares. La mayoría de los padres residen en el Distrito Federal. En general los papás son jóvenes, la mayoría tienen empleo y una tercera parte tiene escolaridad mayor a la educación media básica. La media de edad de las madres fue de 26 a 29 años (DE de 5.18-5.50), fueron encuestadas 7 madres solteras (6.5%), su ocupación en la mayoría fue el hogar (59.2-64%) porque muchas pierden o piden permiso en su trabajo para atender al hijo hospitalizado y tuvieron una escolaridad de 13 o más años (56.5-41%).

En la siguiente Tabla 1 se describe las variables con su medida y análisis estadístico.

Tabla 1.
Medida estadística de las variables (n= 149).

	VARIABLE	PRIMERA MUESTRA	SEGUNDA MUESTRA
CARACTERISTICAS DE LOS PADRES	RESIDENCIA (%)		
	-Distrito Federal	59.2	55
	-Foráneo	40.8	45
CARACTERISTICAS DEL PADRE	EDAD DEL PADRE (X / DE)	28.74 / 6.28	31.60 / 7.21
	OCUPACION DEL PADRE (%)	93.5	95.8
	-Empleado	6.5	4.2
	-Desempleado	0	0
	-Jubilado o Pensionado	0	0
	-Hogar		
	ESCOLARIDAD DEL PADRE (%)	9.1	10.4
	-0 a 6 años	15.9	17.7
	-7 a 9 años	31.8	24
	-10 a 12 años	43.2	47.9
	-13 o mas años		
CARACTERISTICAS DE LA MADRE	EDAD DE LA MADRE (X / DE)	26.27 / 5.18	29.04 / 5.50
	OCUPACION DE LA MADRE (%)	35.4	32
	-Empleado	4.2	4
	-Desempleado	0	0
	-Jubilado o Pensionado	60.4	64
	-Hogar		
	ESCOLARIDAD DE LA MADRE (%)		
	-0 a 6 años	4.3	9
	-7 a 9 años	8.7	19
	-10 a 12 años	30.4	31
	-13 o mas años	56.5	41

2.- Construcción de la escala

Con el objetivo de medir los riesgos psicosociales para la adaptación de los padres ante la hospitalización de su hijo, se construyó una escala estructurada por 77 preguntas en 4 dominios, para ello se siguieron tres pasos:

a).- Definición conceptual de los dominios

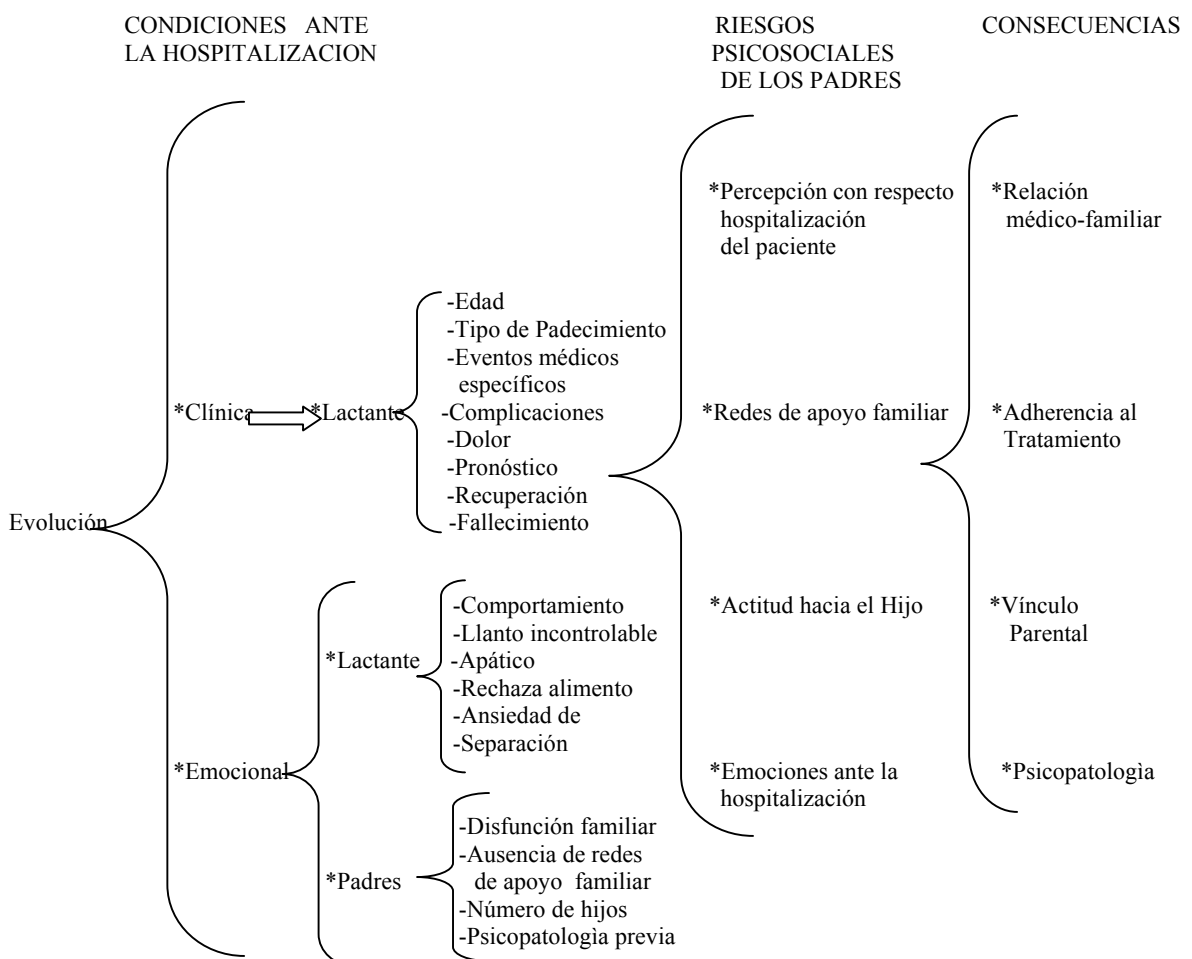
De acuerdo a la literatura se consideraron los criterios de riesgo psicosocial, por esta razón el primer paso para la construcción de la escala, fue definir conceptualmente los dominios que se incluyeron.

- Vínculo.- contacto materno ó paterno con el hijo, así como la calidad de la

relación que manifestaban los padres con el hijo hospitalizado.

- Psicopatología de los padres.- estado mental que presentan.
- Relación médico-familiar.- interacción de los padres del paciente lactante con los sistemas de los profesionales de la salud que participaban en la hospitalización.
- Adherencia al tratamiento.- seguimiento de realización de las indicaciones médicas y procedimientos en el tratamiento del padecimiento crónico del lactante hospitalizado.

Los 4 dominios generales estuvieron descritos a partir de las preguntas distintas que los configuraron. En la figura siguiente se presenta la descripción conceptual de cada dominio.



b.- Selección de Preguntas

Una vez definidos los dominios, se hizo una búsqueda exhaustiva de información vinculada al concepto global de riesgos psicosociales de los padres ante la adaptación del lactante hospitalizado, así como de escalas que midieran de forma directa o indirecta los conceptos. Se encontraron 72 escalas, de las cuales se eligieron dos, de Reparáz y Spielberger que tienen una relación más directa con los criterios incluidos en nuestro estudio, se elaboró una amplia base de preguntas y después se analizó su idoneidad.^{25, 26} Para evaluar los criterios del modelo se seleccionaron 14 preguntas para el primer dominio, 30 para el segundo dominio, 17 para el tercer dominio y 16 para el cuarto dominio, formando una escala inicial con un total de 77 ítems (Tabla 2).

3.- Evaluación de las preguntas de la escala

Las preguntas se formularon en una escala de tipo Likert con 4 alternativas (nunca, a veces, casi siempre y siempre).³⁵ Se seleccionaron las preguntas con Índices de Aprobación de menos de 0.80 o más de 0.20.³⁸ Se reagrupó el instrumento con las 43 preguntas restantes en tres dominios (Tabla 2).

Tabla 2.

Distribución de los dominios por preguntas y su valor (negativo/positivo).

REDES DE APOYO FAMILIAR.	-	+
1. Recibo frecuentemente apoyo emocional de mis amigos y familiares.	24.5	75.5
2. Estoy conforme con el apoyo económico que recibo de mis familiares.	26.5	73.4
3. Cuento con familiares o amigos que me aconsejan a donde debe recibir atención médica mi hijo.	49.0	51.0
4. Tengo contacto con personal médico de mi confianza que me aconseja.	55.1	44.8
5. Mis familiares me ayudan a cuidar mi bebé.	46.9	45.1
6. Mis parientes me ayudan con mis otros hijos.	29.6	70.4
7. Siento que estoy sola (o).	91.8	8.2
8. Con frecuencia otros familiares cuidan a mi bebé cuando estoy trabajando.	67.7	32.3
9. Recibo con frecuencia visitas de mis parientes.	43.8	56.3
10. Mi pareja participa en el cuidado del bebé hospitalizado.	26.5	73.4
11. Mi familia me ayuda a entender la información del padecimiento de mi hijo.	51.0	32.7
12. Estoy satisfecha (o) con el soporte emocional que me brindan mis familiares.	36.7	63.3
13. Tengo una adecuada comunicación con el personal del hospital.	26.5	71.5
14. Mi pareja me apoya a cuidar a mi bebé hospitalizado.	28.6	71.4
EMOCIONES ANTE LA HOSPITALIZACION DE SU HIJO.		
15. Me enojo fácilmente.	71.4	28.5
16. Con frecuencia necesito algo de comer, fumar o mordirme las uñas.	77.1	22.9
17. Tengo desgano.	80.9	19.2
18. Trato de hacer las cosas rápidamente para ganar tiempo.	49.0	51.1
19. Siempre estoy de mal humor.	95.4	4.1
20. Me siento tensa y no me puedo relajar.	69.4	30.6
21. Con frecuencia tengo deseos de llorar.	67.3	32.6
22. Con frecuencia me siento inquieta (o) e impaciente.	77.6	22.4
23. En ocasiones noto que estoy respirando rápido y me late fuerte el corazón.	85.1	14.9
24. Me siento nostálgica (o) en ocasiones.	53.1	46.9
25. Constantemente me siento triste o desanimada (o).	75.5	24.4

26. Me siento muy cansada (o) y no se cual es el motivo.	73.5	26.5
27. Recientemente me cuesta mucho trabajo tomar decisiones.	83.7	16.3
28. Siento que no vale la pena lo que se ha hecho porque mi bebe no mejora.	91.8	8.2
29. Me siento muy preocupado por la salud de mi bebe, aunque su médico y mi familia me dicen que esta mejorando.	55.1	44.9
30. Tengo miedo de no saber ayudar a mi bebe como el lo necesita.	49.0	51.0
31. Estoy enojado porque pienso que es injusto lo que me esta pasando.	83.7	16.3
32. Me siento culpable de lo que le pasa a mi hijo.	79.6	20.4
33. Siento que mi bebe no se recupera como yo espero.	79.6	20.4
34. Me sentia mejor antes de llegar al hospital.	84.8	16.5
35. Estoy triste por las consecuencias que esta enfermedad puede dejar en mi hijo.	43.8	56.3
36. Tengo miedo ante los médicos y las enfermeras.	96.0	4.0
37. Me siento alterada (o) cuando pienso que la vida de mi hijo puede ser breve.	53.1	47.0
38. Me siento aburrida (o) del sistema de atención del hospital.	93.9	6.1
39. Me siento muy triste ante la situación de mi hijo.	42.9	57.1
40. Tengo preocupación por el futuro de mi hijo.	22.4	77.6
41. Estoy ansiosa (o) por conocer el diagnóstico del padecimiento.	38.8	61.2
42. Tengo temor de conocer el pronóstico de la enfermedad de mi hijo.	61.2	38.8
43. Me enojo por el tratamiento que se le debe realizar a mi bebé.	91.8	8.1
44. Siento que es injusto lo que le esta pasando a mi hijo.	61.2	38.8
SATISFACCION PERCIBIDA ANTE LA HOSPITALIZACION DEL HIJO.		
45. Estoy satisfecha (o) con el trato que ha recibido mi hijo.	14.3	85.4
46. Siento que la evolución en el estado de salud de mi hijo es lo que yo esperaba.	26.6	71.4
47. Estoy satisfecha (o) con el sistema de atención de este hospital.	16.3	83.7
48. Me siento bien porque entiendo claramente la información que recibo del médico sobre mi hijo.	22.9	77.1
49. El ambiente del hospital es adecuado para el estado de salud de mi bebé.	20.4	79.6
50. Me siento bien con la atención que recibo en el hospital.	8.2	91.9
51. Estoy satisfecha (o) con la información que recibo del estado de salud de mi hijo.	16.3	83.7
52. Estoy satisfecha (o) con la información que recibo sobre el diagnóstico de mi hijo.	14.6	85.5
53. Siento confianza en él medico tratante de mi hijo.	14.3	85.7
54. Estoy satisfecha (o) porque todos los días recibo información acerca del tratamiento que recibe mi hijo.	16.3	83.7
55. Me siento satisfecha (o) porque siempre me explican sobre los efectos que puede ocasionar el tratamiento que recibe mi hijo.	31.3	68.8
56. Tengo confianza en la atención que recibe mi hijo en el hospital.	6.1	93.9
57. Se han cumplido las expectativas que tenía de este hospital cuando llegué.	10.6	89.4
58. En general me gusta el ambiente del hospital.	22.4	77.6
59. Considero que el tiempo que me informaron que necesita estar hospitalizado mi hijo es el necesario.	16.7	82.4
60. Estoy a gusto con el tiempo que me ha dado el médico para aclarar mis dudas.	22.4	77.5
61. Estoy satisfecha (o) con la atención médica que ha recibido mi hijo.	10.2	89.8
ACTITUD HACIA SU HIJO.		
62. Pienso que el bebé debe ser cargado todo el tiempo posible.	63.2	36.8
63. Siento que debo abrazar todo el tiempo a mi hijo en cuanto lllore.	40.8	59.2
64. Sé porque motivo llora mi bebé la mayor parte del tiempo.	22.9	77.1
65. Creo que es importante cantarle al bebé para estimularlo.	2.1	97.9
66. Creo que es necesario hablarle constantemente al bebé.	2.1	97.
67. Considero que las mamás deben cuidar todo el tiempo al bebé hospitalizado.	65.3	34.6
68. Considero que al hijo lo tienen que cuidar ambos padres.	4.1	95.9
69. Pienso que cuando arrullo al bebé es una forma de cuidarlo.	14.9	85.1
70. Creo que en ocasiones se debe dejar llorar solo al bebé.	41.7	58.3
71. Espero que alguien más me ayude a cambiar y a bañar a mi hija (o) en el hospital.	69.4	30.6
72. Creo que en ocasiones las conductas del bebé me hacen sentir desesperada (o).	55.1	44.9
73. Creo que debo jugar constantemente con el bebé durante su hospitalización.	8.5	91.5
74. Pienso que por algunos momentos se me dificulta manejar las reacciones del bebé.	30.6	69.3
75. Siento que uno siempre debe ser amable en el trato con el bebé.	4.1	95.4
76. Considero que en algunas ocasiones tengo miedo de manejar a mi bebe.	39.6	60.4
77. A veces creo que soy exigente con el bebé.	69.4	30.6

Por dominio, las preguntas eliminadas son:

a).- Redes de apoyo familiar: de las 14 preguntas, la pregunta No. 7 (Siento que estoy sola (o)) se eliminó porque el 91.8% de las respuestas se inclinaban a una sola dirección negativa.

b).- Emociones ante la hospitalización de su hijo: de las 30 preguntas se eliminaron 20, estas preguntas sobrepasaron los valores de Índice de Aprobación. En términos generales las preguntas se eliminaron por considerar que se relacionaban con estados emocionales negativos.

No. Preg. 17. Tengo desgano.

No. Preg. 19. Siempre estoy de mal humor.

No. Preg. 23. En ocasiones noto que estoy respirando rápido y me late fuerte el corazón.

No. Preg. 27. Recientemente me cuesta mucho trabajo tomar decisiones.

No. Preg. 28. Siento que no vale la pena lo que se ha hecho porque mi bebe no mejora.

No. Preg. 31. Estoy enojado porque pienso que es injusto lo que me esta pasando.

No. Preg. 34. Me sentía mejor antes de llegar al hospital.

No. Preg. 36. Tengo miedo ante los médicos y las enfermeras.

No. Preg. 38. Me siento aburrida (o) del sistema de atención del hospital.

No. Preg. 43. Me enojo por el tratamiento que se le debe realizar a bebe.

c).- Satisfacción percibida ante la hospitalización del hijo: de las 17 preguntas se eliminaron 11; las respuestas se inclinaron a una sola dirección (Totalmente de Acuerdo), por esta razón se elimino este dominio.

No. Preg. 45. Estoy satisfecha (o) con el trato que ha recibido mi hijo.

No. Preg. 47. Estoy satisfecha (o) con el sistema de atención de este hospital.

No. Preg. 50. Me siento bien con la atención que recibo en el hospital.

No. Preg. 51. Estoy satisfecha (o) con la información que recibo del estado de salud de mi hijo.

No. Preg. 52. Estoy satisfecha(o) con la información que recibo sobre el diagnóstico de mi hijo.

No. Preg. 53. Siento confianza en el médico tratante de mi hijo.

No. Preg. 54. Estoy satisfecha(o) porque todos los días recibo información acerca del tratamiento que recibe mi hijo.

No. Preg. 56. Tengo confianza en la atención que recibe mi hijo en el hospital.

No. Preg. 57. Se han cumplido las expectativas que tenía de este hospital cuando llegué.

No. Preg. 59. Considero que el tiempo que me informaron que necesita estar hospitalizado mi hijo es necesario.

No. Preg. 61. Estoy satisfecha (o) con la atención médica que ha recibido mi hijo.

d).- Actitud hacia su hijo: de las 16 preguntas se eliminaron 6, en este caso las respuestas se relacionaron más al extremo positivo (Totalmente de Acuerdo). Esta tendencia para responder, posiblemente se debió a la convivencia estrecha con sus hijos durante la hospitalización y de la opinión de que ambos padres deben contribuir en su cuidado.

No. Preg. 65. Creo que es importante cantarle al bebé para estimularlo.

No. Preg. 66. Creo que es necesario hablarle constantemente al bebé.

No. Preg. 68. Considero que al hijo lo tienen que cuidar ambos padres.

No. Preg. 69. Pienso que cuando arrullo al bebé es una forma de cuidarlo.

No. Preg. 73. Creo que debo jugar constantemente con el bebé durante su hospitalización.

No. Preg. 75. Siento que uno siempre debe ser amable en el trato con el bebé.

2ª. FASE. CONSISTENCIA INTERNA DE LA ESCALA

Evaluación de la homogeneidad (correlación pregunta/dominio)

Representa el promedio de las correlaciones entre todas las preguntas y del puntaje total de la escala. Es decir, si todas las preguntas estaban vinculadas a aspectos diferentes del mismo atributo y no a partes diferentes del instrumento. Se evaluó con la prueba estadística alfa de Cronbach. El valor bajo de la consistencia interna indicó que algunas de las preguntas individuales pudieron medir diferentes características por dominios.

El instrumento reagrupado de la 1ª Fase, se aplicó a una muestra de 100 sujetos con la prueba estadística alfa de Cronbach para medir que tan asociadas estaban entre sí las preguntas del cuestionario en relación con el dominio que evaluaban. En la Tabla 3, se presentan los coeficientes alfa obtenidos en el análisis de 43 preguntas y el incremento del coeficiente de fiabilidad al eliminarlas en la escala global. Al eliminar la pregunta No. 6 (Mis parientes me ayudan con mis otros hijos) del dominio 1 el alfa mejora. En el dominio 2 no fue necesario eliminar ninguna pregunta para mejorar su consistencia. Los dos primeros dominios presentaron una Consistencia superior al criterio establecido, que oscila entre el 0.79 del dominio "Redes de Apoyo" y el 0.91 del dominio "Emociones ante la hospitalización de su hijo"; pero no fue así, con el tercer dominio "Actitud hacia su hijo" el alfa de Cronbach fue de 0.66. En el Dominio 3, la eliminación de la pregunta No. 36 (Sé porque motivo llora mi bebé la mayor parte del tiempo) incremento satisfactoriamente el alfa logrando que el grado de la homogeneidad

estuviera dentro de los criterios aceptables. Quedando así, con 41 preguntas en 3 dominios.

Tabla 3.
Comparación del coeficiente alfa de Cronbach Global por Dimensiones.

TOTAL ITEMS NO. 43 ALFA CRONBACH DEL TEST= 0.828	ALFA DE CRONBACH.
DOMINIO 1. “REDES DE APOYO FAMILIAR”.	0.799 (13)
1	0.759
2	0.784
3	0.771
4	0.792
5	0.771
6	0.813
7	0.795
8	0.781
9	0.801
10	0.762
11	0.775
12	0.798
13	0.806
DOMINIO 2. “EMOCIONES ANTE LA HOSPITALIZACION DEL HIJO”.	0.918(20)
14	0.828
15	0.920
16	0.920
17	0.912
18	0.909
19	0.912
20	0.914
21	0.910
22	0.913
23	0.915
24	0.916
25	0.916
26	0.912
27	0.911
28	0.914
29	0.908
30	0.910
31	0.915
32	0.912
33	0.911
DOMINIO 3. “ACTITUD HACIA SU HIJO”.	0.660 (10)
34	0.627
35	0.636
36	0.720
37	0.639
38	0.703
39	0.593
40	0.580
41	0.582
42	0.558
43	0.642

3ª. FASE. ANALISIS PSICOMETRICO DEL LA ESCALA

Calculo de la Reproductividad Test-Retest

Llamada también Precisión, Consistencia y Exactitud, se analizó por medio del Coefficiente de Correlación Intraclase (representa la correlación promedio entre dos observaciones).³⁹ Se aplicó a la misma población el Retest con una diferencia de 7 días, la muestra en total fue de 200 cuestionarios.⁴² Existió una correlación moderada aceptable de la escala entre las respuestas de la primera y segunda evaluación ya que fue de 0.70; con un Intervalo de Cronbach 95% con limite bajo 0.52 y limite alto 0.81 (Tabla 4).

Tabla 4.
Coeficiente de Correlación Intraclase.

	Correlación Intraclase (a)	95% Coeficiente de Intervalo		Prueba F con Valor verdadero 0			
		Valor Bajo	Valor Elevado	Valor	df1	df2	Sig
Medición Única.	0.541(b)	0.353	0.686	3.353	70.0	70	0.000
Medición Promedio.	0.702(c)	0.522	0.814	3.353	70.0	70	0.000

4ª. FASE. VALIDEZ DE CONSTRUCTO DE LA ESCALA

I- Evaluación de Constructo (Análisis Factorial Exploratorio).

Se refiere a que tan bien se ajusta una medición a los conceptos teóricos (constructo).³⁹ Se aplicó el Análisis Factorial Exploratorio a la muestra del Test, mostrándose con esta prueba que 8 preguntas de las 41, pertenecían a otros factores y se excluyeron por “peso de factor” (factor loading) cuya varianza era inferior de 0.30.

Se destacan enseguida las preguntas eliminadas:

No. Preg. 4. Tengo contacto con el personal médico de mi confianza que me aconseja.

No. Preg. 8. Mi pareja participa en el cuidado del bebé hospitalizado.

No. Preg. 12. Mi pareja me apoya a cuidara mi bebe hospitalizado.

No. Preg. 13. Me enoja fácilmente.

No. Preg. 15. Trato de hacer las cosas rápidamente para ganar tiempo.

No. Preg. 33. Piensa que el bebé debe ser cargado todo el tiempo posible.

No. Preg. 36. Creo que en ocasiones se debe dejar llorar solo al bebe.

No. Preg. 37. Espero que alguien más me ayude a cambiar y a bañar a mi hija (o) en el hospital.

La tabla 5 presenta la estructura factorial resultante, así como las cargas factoriales que configuraban cada factor y se resaltan las que no formaban parte del Factor 1 y 2; quedando así solo dos factores: “Redes de Apoyo” y “Emociones” las cuales si quedan relacionadas con el objetivo de la escala.

Tabla 5.

Matriz Factorial de la Tercera Escala.

NUMERO DE PREGUNTA	DESCRIPCION PREGUNTA	FACTOR 1	FACTOR 2	OTRO FACTOR (VALOR)
1	Recibo frecuentemente apoyo emocional de mis amigos y familiares		0.646	
2	Estoy conforme con el apoyo económico que recibo de mis familiares		0.620	
3	Cuento con familiares o amigos que me aconsejan a donde debe recibir atención médica mi hijo		0.748	
4	Tengo contacto con el personal médico de mi confianza que me aconseja			F10 (0.461)
5	Mis familiares me ayuda a cuidar mi bebé		0.662	
6	Con frecuencia otros familiares cuidan a mi bebé cuando estoy trabajando		0.328	
7	Recibo con frecuencia visitas de mis parientes		0.475	
8	Mi pareja participa en el cuidado del bebé hospitalizado			F4 (0.454)
9	Mi familia me ayuda a entender la información del padecimiento de mi hijo		0.705	
10	Estoy satisfecho (a) con el soporte emocional que me brindan mis familiares		0.530	
11	Tengo una adecuada comunicación con el personal del hospital		0.421	
12	Mi pareja me apoya a cuidar a mi bebé hospitalizado			F4 (0.533)
13	Me enoja fácilmente			F4 (0.360)
14	Con frecuencia necesito algo de comer, fumar o morderme las uña	0.349		
15	Trato de hacer las cosas rápidamente para ganar tiempo			F7 (0.360)
16	Me siento tensa y no me puedo relajar	0.622		
17	Con frecuencia tengo deseos de llorar	0.725		
18	Con frecuencia me siento inquieta (o) e impaciente	0.688		
19	Me siento nostálgica (o) en ocasiones	0.621		
20	Constantemente me siento triste o desanimada (o)	0.777		
21	Me siento muy cansada (o) y no se cual es el motivo	0.575		
22	Me siento muy preocupado por la salud de mi bebe, aunque su médico y mi familia me dicen que esta mejorando	0.561		
23	Tengo miedo de no saber ayudar a mi bebe como el lo necesita	0.527		
24	Me siento culpable de lo que le pasa a mi hijo	0.530		
25	Siento que mi bebe no se recupera como yo espero	0.693		

26	Estoy triste por las consecuencias que esta enfermedad puede dejar en mi hijo	0.706		
27	Me siento alterada (o) cuando pienso que la vida de mi hijo puede ser breve	0.694		
28	Me siento muy triste ante la situación de mi hijo	0.778		
29	Tengo preocupación por el futuro de mi hijo	0.777		
30	Estoy ansiosa (o) por conocer el diagnóstico del padecimiento	0.522		
31	Tengo temor de conocer el pronóstico de la enfermedad de mi hijo	0.628		
32	Siento que es injusto lo que le esta pasando a mi hijo	0.721		
33	Pienso que el bebé debe ser cargado todo el tiempo posible			F6 (0.599)
34	Siento que debo abrazar todo el tiempo a mi hijo en cuanto lllore	0.445		
35	Considero que las mamás deben cuidar todo el tiempo al bebé hospitalizado	0.477		
36	Creo que en ocasiones se debe dejar llorar solo al bebe			F3 (0.542)
37	Espero que alguien más me ayude a cambiar y a bañar a mi hija (o) en el hospital			F3 (0.523)
38	Creo que en ocasiones las conductas del bebé me hacen sentir desesperada (o)	0.529		
39	Pienso que por algunos momentos se me dificulta manejar las reacciones del bebé	0.496		
40	Considero que en algunas ocasiones tengo miedo de manejar a mi bebe	0.643		
41	A veces creo que soy exigente con el bebé	0.276		

II.- Escala Final

Después de las cuatro fases de análisis de la escala, solo se quedaron 2 dominios con 33 preguntas.

DÍA	MES	AÑO

Cama: _____

No. Afiliación: _____

Tiempo de evolución: _____ días de la enfermedad de hospitalización.

Por favor complete los siguientes datos

Nombre del Paciente: _____ Edad: ____ Años ____ Meses ____ Días

No. Hijo que ocupa: _____ Sexo: M ____ F ____ Ingresó de otro hospital: sí ____ no ____

Ingreso de 1ra. Vez: sí ____ no ____ Estancia Hospitalaria: ____ días Número de hijos: ____

Evolución: buena ____ regular ____ mala ____ Radica en: D. F. ____ Foráneo: ____

Diagnostico: Lo conoce Si ____ No ____ Cual es: _____

Edad del papá ____ ocupación: empleado __desempleado__ ubilado o pensionado __ hogar __

Escolaridad: ____ años.

Edad de la mamá ____ ocupación: empleada __desempleada__ jubilada o pensionada __ hogar __

Escolaridad: ____ años.

- **Los siguientes enunciados están elaborados con el fin de conocer su sentir y pensar ante la hospitalización de su hijo.**
- **Marque con una cruz aquella opción de respuesta.**

	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Recibo frecuentemente apoyo emocional de mis amigos y familiares.				
2. Estoy conforme con el apoyo económico que recibo de mis familiares.				
3. Cuento con familiares o amigos que me aconsejan a donde debe recibir atención médica mi hijo.				
4. Mis familiares me ayudan a cuidar mi bebé.				
5. Con frecuencia otros familiares cuidan a mi bebé cuando estoy trabajando.				
6. Recibo con frecuencia visitas de mis parientes.				
7. Mi familia me ayuda a entenderla información del padecimiento de mi hijo.				
8. Estoy satisfecha (o) con el soporte emocional que me brindan mis familiares.				
9. Tengo una adecuada comunicación con el personal del hospital.				
10. Con frecuencia necesito algo de comer, fumar o mordirme las uñas.				

	Absolutamente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
11. Me siento tensa y no me puedo relajar.				
12. Con frecuencia tengo deseos de llorar.				
13. Con frecuencia me siento inquieta (o) e impaciente.				
14. Me siento nostálgica (o) en ocasiones.				
15. Constantemente me siento triste o desanimada (o).				
16. Me siento muy cansada (o) y no se cual es el motivo.				
17. Me siento muy preocupado por la salud de mi bebe, aunque su médico y mi familia me dicen que esta mejorando.				
18. Tengo miedo de no saber ayudar a mi bebe como el lo necesita.				
19. Me siento culpable de lo que le pasa a mi hijo.				
20. Siento que mi bebe no se recupera como yo espero.				
21. Estoy triste por las consecuencias que esta enfermedad puede dejar en mi hijo.				
22. Me siento alterada (o) cuando pienso que la vida de mi hijo puede ser breve.				
23. Me siento muy triste ante la situación de mi hijo.				
24. Tengo preocupación por el futuro de mi hijo.				
25. Estoy ansiosa (o) por conocer el diagnóstico del padecimiento.				
26. Tengo temor de conocer el pronóstico de la enfermedad de mi hijo.				
27. Siento que es injusto lo que le esta pasando a mi hijo.				
28. Siento que debo abrazar todo el tiempo a mi hijo en cuanto llore.				
29. Considero que las mamás deben cuidar todo el tiempo al bebé hospitalizado.				
30. Creo que en ocasiones las conductas del bebé me hacen sentir desesperada (o).				
31. Pienso que por algunos momentos se me dificulta manejar las reacciones del bebé.				
32. Considero que en algunas ocasiones tengo miedo de manejar a mi bebe.				
33. A veces creo que soy exigente con el bebé.				

XI. DISCUSION

No se ha cuenta hasta el momento, con una escala validada para detectar factores de riesgo psicosocial en la adaptación de los padres ante la hospitalización de su hijo lactante, en este trabajo se elaboró un instrumento con base a lo reportado en la literatura, fue una tarea compleja definir los cuatro dominios, por su propia naturaleza, abstracta y dificultad de traducirlos a un lenguaje operativo.

Las única diferencia de las variables sociodemográficas en las fases del estudio, fue la escolaridad, en la primera población 10-12 años (30.4%) y en la segunda de 13 o más años (47.9%), por lo que la muestra fue homogénea.

Algunos autores han identificado factores de riesgo en niños hospitalizados como: prematurez, malformaciones, enfermedades graves, temperamento, vínculo (conductas de apego), psicopatología de los padres, calidad matrimonial, clase social (pobreza), paternidad juvenil y violencia familiar.⁵ Según Blader, los cuatro factores que contribuyen simultáneamente para predecir riesgos de hospitalización en los niños lactantes son: las disfunciones en la relación padres/hijos, la severidad de los problemas conductuales y la disciplina familiar rígida/indulgente ó medidas de crianza y redes familiares de apoyo, es decir si los padres cuentan con familiares que los releven en los roles que desempeñan.²⁰ El instrumento se construyó con cuatro dominios con base a la propuesta de la literatura científica y por la experiencia de la práctica clínica cotidiana del equipo de salud.

En la 1ª. Fase de validación del instrumento, en el primer dominio “Redes de Apoyo Familiar” se eliminó solo la pregunta No. 7 (siento que estoy sola (o)), porque las respuestas se inclinaban a una dirección negativa y por que no discrimina, tal vez por confusión al contestar, con las variables que tienen que ver con la disponibilidad de recursos económicos.⁵ Con frecuencia los padres con hijos hospitalizados, presentan perturbaciones en su salud mental, como resultado de esta crisis.⁴³

De las 30 preguntas formuladas para explorar el segundo dominio “Emociones ante la hospitalización del hijo”, se eliminaron 20. Es posible que la manera de formular las preguntas hiciera hincapié en emociones negativas y por otro lado por la posibilidad de emitir una respuesta en forma directa, debida a emociones presentes en los padres antes de la hospitalización de su hijo lactante o durante ésta. Se eliminó el tercer dominio “Satisfacción percibida ante la hospitalización del hijo”, ya que más del 50% de las preguntas no cumplían con el poder de discriminación del Índice de Aceptabilidad. Sin embargo, la información obtenida contribuye a definir los otros dominios de forma más precisa y facilita su reoperativización, ya que el impacto emocional del niño y su familia tuvieron durante el internamiento variaba, dependiendo de factores como: etapa del desarrollo del niño, naturaleza misma del evento y nivel de comunicación familiar. Además influían: experiencia previa por ingresos anteriores, situación traumática por la exposición al dolor, tipo de padecimiento, intervenciones médicas específicas y el nivel de comunicación familiar con el equipo médico, la falta de información, la actitud del personal asistencial y el ambiente excesivamente rutinario del hospital.^{6, 16, 44} Según Lawrence, la información detallada a los padres del paciente, debe ser personal, sensible a las necesidades individuales de la familia de acuerdo a sus circunstancias educativas, étnicas, sociales y religiosas, así como el apoyo psicosocial y emocional.

Del cuarto dominio “Actitud hacia su hijo”: se eliminaron 6 preguntas pues no permitían discriminarlas de actitudes con tendencia perfeccionista. Los factores que predisponen y determinan que se de una relación perturbada entre padres e hijos durante el internamiento de un lactante son: si la madre presenta reservas o se resiste a estar en el hospital, tal vez porque colateralmente le afecta descuidar sus actividades personales o las relacionadas a sus otros hijos, si es el caso. Además, el padecimiento de su hijo puede reactivar situaciones anteriores en las que ya estaban implicadas expectativas tales como: embarazo no deseado, hijo sano, el sexo o identificarse con la experiencia dolorosa de la enfermedad de su hijo, reviviendo situaciones traumáticas anteriores. Cuando esto sucede el lactante puede ser rechazado y en determinados casos genera un apego inseguro.²² En definitiva, los resultados de la primera fase de estudio generaron

una escala con 3 dominios y 43 preguntas ya que cumplieron los criterios de discriminación con el Índice de Aprobación.

Al evaluar la Consistencia Interna u Homogeneidad del instrumento, el alfa de Cronbach de la Escala Global de las 43 preguntas fue de 0.82, lo que significa que tienen una buena correlación. Sin embargo los dos primeros dominios “Redes de Apoyo” y “Emociones ante la hospitalización de su hijo” sobrepasaron el criterio establecido, que osciló entre el 0.79 y 0.91 respectivamente. El tercer dominio “Actitud hacia su hijo” presentó alfa de Cronbach de 0.66. No se eliminaron estos dominios, porque las preguntas si están asociadas entre sí, evalúan el área para las que fueron diseñadas y hacen referencia al tema explorado. Se eliminaron dos preguntas, la pregunta No. 6 (Mis parientes me ayudan con mis otros hijos) del primer dominio, ya que al hacer el análisis de esta forma mejoró su consistencia. Lo que nos da indicios de que esta pregunta no estaba evaluando los factores de riesgo. La literatura reporta que cuando se tiene armonía familiar y apoyo para el cuidado de los hijos se favorece la restauración gradual del equilibrio y la aceptación o elaboración del conflicto.^{2, 7} Del dominio 3 se eliminó la pregunta No. 36 (Creo que en ocasiones se debe dejar llorar solo al bebé) ya que al hacerlo incrementó satisfactoriamente el alfa haciendo que el grado de homogeneidad estuviera dentro de criterios aceptables. La escala quedó conformada con 41 preguntas en 3 dominios en esta fase.

Se evaluó la Reproductividad con el Método Test-Retest en la 3ª. Fase del estudio, la Correlación Intraclase fue moderada y aceptable para la escala entre las respuestas de la primera y segunda evaluación ya que fue de 0.70; con un Coeficiente de Intervalo de 95% con límite bajo 0.55 y límite alto 0.81. Lo esperado era que contestaran de forma constante, el resultado ideal era 0.80. Tal vez, la hospitalización de un paciente y el tiempo en que permanece internado, incide sobre la estabilidad emocional del propio enfermo y de sus familiares. En particular, durante el internamiento de un niño se presentan situaciones emocionales y existe riesgo de disfunción psicológica que afectan al menor y a sus padres, quienes pueden desarrollar alteraciones en su equilibrio de salud mental.⁷ La respuesta emocional que el lactante y sus padres tendrán durante la estancia hospitalaria es compleja y elaborada, dependerá de factores tales como:

tipo de padecimiento, eventos médicos específicos, nivel de comunicación familiar y etapa de desarrollo psicomotor del niño.⁴⁴ Estos argumentos explican porque no se obtuvo en éste instrumento una excelente Reproductividad.

Al realizar el Análisis Factorial Exploratorio para la validez de constructo, de las 13 preguntas iniciales, 9 del primer dominio se ubicaron en un mismo factor (Factor 2). Las preguntas de los dominios 2 y 3 del instrumento de 41 preguntas, se reagruparon en un solo factor (Factor 1) ya que se dirigían a la misma área del dominio de “Emociones”. Se eliminaron 8 preguntas, 4 del primer dominio, 1 del segundo y 3 del tercer dominio porque se ubicaron en forma aislada en el análisis factorial y pertenecían a otros factores no contemplados en el diseño de este instrumento. La escala final quedo constituido por 33 preguntas en dos dominios “Actitud hacia su hijo” y “Emociones” (tabla 5).

Lo ideal hubiera sido construir una escala por cada dominio, pero el objetivo general fue evaluar en esta escala los 4 dominios. El objetivo básico de este estudio fue comprobar la validez de un instrumento para detectar los factores de riesgo en la adaptación de los padres de niños lactantes hospitalizados. En este sentido, en comparación con las investigaciones realizadas en padres de niños hospitalizados, dos diferentes escalas que se han realizado los estudios preliminares de validez de la escala PSS “Cuestionario de Estrés en Padres de Niños Hospitalizados”²⁵ y el “Cuestionario de Ansiedad Estado/ Rasgo” en su versión para adultos²⁶, no evalúan los 4 dominios de los factores de riesgo psicosocial y estos eran importantes para discriminar si la validez de nuestra escala iba en la dirección esperada. Asimismo, ha resultando difícil encontrar escalas afines con todas las dimensiones que configuren el concepto de factores de riesgo psicosocial.

El análisis de este estudio, es el resultado de la primera aplicación de este instrumento que se llevó acabo en el Servicio de Lactantes de nuestra Institución la cual es parcial, debido a que el número de padres encuestados fue menor en el tiempo establecido para este estudio.

En definitiva, los resultados de la investigación son alentadores e indican que el cuestionario mide factores de riesgo psicosocial. Ya que se elaboró un modelo con base en la bibliografía, los factores obtenidos coinciden con los conceptos publicados que abordan este tema. Sin embargo, serán necesarias investigaciones nuevas para comprobar la asociación predictiva de los factores de riesgo que explora este instrumento y analizar su validez externa, y poder entonces recomendar y difundir su uso como un buen instrumento de escrutinio en la detección de factores de riesgo psicosocial para la adaptación de los padres ante la hospitalización de su hijo lactante.

XII.- CONCLUSIONES

- Se comprobó que la escala sirve para identificar los factores de riesgo en la adaptación de los padres ante la hospitalización de su hijo lactante, porque se evaluó la capacidad del instrumento a través del proceso analítico para la confiabilidad y validez de una escala, que se demostró con las cuatro fases procesadas.
- En la Selección de Preguntas: se eliminó en forma global el tercer dominio: “Satisfacción percibida ante la hospitalización del hijo”; ya que las preguntas no fueron específicas para evaluarlo. Una de las razones que justificó eliminarlo, se debe a que el impacto emocional que el niño y su familia tendrán durante su internamiento puede variar por diversos factores, influidas por su percepción al ambiente hospitalario y por la relación con el personal de salud y además es posible que las preguntas en la primera fase no se estructuraron de forma adecuada. No por ello, este dominio dejó de ser significativo para el objetivo que se planteó.
- La Consistencia Interna de la escala con el coeficiente alfa de Cronbach fue excelente (0.82), correlacionándose la mayoría de las preguntas asociadas entre sí al dominio establecido al que hacían referencia, comprobándose así la capacidad de confiabilidad en las preguntas que permanecieron.
- La Reproductividad se evaluó a través del análisis psicométrico con una Correlación Intraclase moderada de 0.72 del Método Test-Retest demostrando que no contestaron en forma constante. Tal vez, debido a la intervención de diversos factores circunstanciales relacionados con la evolución clínica del paciente lactante.
- Para la Validez de Constructo se utilizó Análisis Factorial Exploratorio, se eliminaron 8 preguntas que se repartieron en forma aislada, fuera de los factores propuestos. Las preguntas de los dominios 2 y 3 del instrumento de 41 preguntas se reagruparon en un solo factor (Factor 1) ya que se dirigían a la misma área del dominio de las “Emociones”. El instrumento final quedo

constituido por 33 preguntas en dos dominios “Actitud hacia su hijo” y “Emociones”.

- Aún es necesario realizar la Validez Externa de la Escala en su versión final, ampliando el tamaño de la muestra, para comprobar su utilidad en el área clínica y obtener un criterio cualitativo de la presencia de estos factores de manera metódica. Posteriormente, para predecir el grado de riesgo en la adaptación de los padres de lactantes hospitalizados y establecer medidas preventivas y correctivas.

XIII.- BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Rosegnas S. Cuidado Psicosocial en Pacientes Hospitalizados. Edit. UIMP, Valencia 2000. En León MB (Eds). Psychological Intervention System In Neonatal Intensive Care Unit: psychological intervention in preterm neonate's parents. Rev Mapfre Medicina 2005; 2 (16): 56-65.
- 2.- Stone FH. Psiquiatria para el Pediatra. Edit. La Prensa Médica Mexicana, México 1982. pp: 183-219.
- 3.- Ezpeleta L. Factores de Riesgo en Psicopatología del Desarrollo. Edit. Masson, España 2005. pp: 181-199.
- 4.- Lissauer T, Clayden G. Texto Ilustrado de Pediatría. Edit. Harcourt, España. pp: 23-28.
- 5.- Zeanah CH, Boris NW, Larrieu JA. Infant Developmental and Developmental Risk: a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 2 (36): 165-178.
- 6.- Romeui BJ. Situaciones de Riesgo. Gabinete Médico-Psicológico, Psiquiatría Infantil: 1-10. URL: <http://www.situaciones de riesgo.htm>
- 7.- Polaino A. Elogio de la Familia en el Contexto de la Enfermedad: ¿Qué puede hacer el médico por la familia del enfermo?. 7ª ed. Edit. Rialp, Madrid 2000. pp: 131-149. En Serradas FM (Ed). La Pedagogía Hospitalaria y el Niño Enfermo: un aspecto más en la intervención socio-familiar. Pedagogy at the hospital and the sick child: another aspect of family intervention. Rev Ped 2003; 24 (71): 1-15. URL: <http://www.mserradas@hotmail.com>.
- 8.- Mesa PJ. El Marco Teórico de la Psicopatología. España. Edit. Manuales Universitarios 1986. En Lluich CMT (Ed). Construcción de una Escala para Evaluar la Salud Mental Positiva. Tesis para obtener el grado de doctorado en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Barcelona, España 1999. pp: 319.
- 9.- Douglas JWB. Early Hospital Admissions and Later Disturbances of Behavior and Learning. Rev Developmental Medicine and Child Neurology 1975; 17: 456-480. En Ezpeleta L (Ed). Factores de Riesgo en Psicopatología del Desarrollo. Edit. Masson, España 2005. pp: 181-199.
- 10.- Serradas FM. La Pedagogía Hospitalaria y el Niño Enfermo: un aspecto más en la intervención socio-familiar. Pedagogy at the hospital and the sick child: another aspect of family intervention. Rev Ped 2003; 24 (71): 1-15. URL: <http://www.mserradas@hotmail.com>.
- 11.- Barrio V, Mestre V. Evaluación Psicológica en Niños Hospitalizados. Rev Psic de la Salud, 1989; (1): 83-103. En Ezpeleta L (Ed). Factores de Riesgo en Psicopatología del Desarrollo. Edit. Masson, España 2005. pp: 181-199.

- 12.- Perri EC. Behavioral on Developmental Pediatrics: chronic conditions. Edit. Chorpensing, Boston. pp: 95-100. En Ezpeleta L (Ed). Factores de Riesgo en Psicopatología del Desarrollo. Edit. Masson, México 2005. pp: 181-199.
- 13.- Ortigosa J. Hospitalización Infantil, Repercusiones Psicológicas: Teoría y Prácticas. Edit. Biblioteca Nueva, Madrid 2000. En Ezpeleta L (Ed). Factores de Riesgo en Psicopatología del Desarrollo. Edit. Masson, México 2005. pp: 181-199.
- 14.- Maldonado DJM, González CHJ, Cárdenas ZJA, Saucedo GJM, Jasso GL. Psiquiatría de Enlace en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: interfase entre la psiquiatría del lactante y la neonatología. Bol Med Hosp Infant Mex 1993; 10 (50): 754-759.
- 15.-Taylor DC. Epilepsy: a model of sickness. Edit. The Johns Hopkins Press, Francia 1982. pp: 129-135. En Ezpeleta L (Ed). Factores de Riesgo en Psicopatología del Desarrollo. Edit. Masson, México 2005. pp: 181-199.
- 16.- Rutter M, Hersov L. Child and Adolescent Psychiatry: modern approaches. 2ª ed. Edit. Blackwell Scientific Publications, London 1990. pp: 34-610.
- 17.- Publicaciones de Portales Médicos. El Abandono del Tratamiento en Psiquiatría y Psicología Clínica. Universidad de España on line. 1-5. URL: <http://www.portalesmedicos.com>
- 18.- León MB, Poudereux MM, Giménez RC, Belaústegui CA. Psychological Intervention System In Neonatal Intensive Care Unit: psychological intervention in preterm neonate's parents. Rev Mapfre Medicina 2005; 2 (16): 56-65.
- 19.- Belsky J, Cassidy J. Development Through Life: a handbook for clinicals. Theory and Evidence. Edit. Blackwell Scientific Publications, Gran Bretaña 1994. pp:374-396.
- 20.- Blader JC. Symptom, Family, and Service Predictors of Children's Psychiatric Rehospitalization within One Year of Discharge. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry April 2004; 43 (4): 440-451.
- 21.- Pasquini P, Liotti G, Mazzotti E, Fassone G, Picardi A. Risk Factors in the Early Family Life of Patients Suffering from Dissociativ Disorders. Acta Psychiatr Scand 2002: 105: 110-116.
- 22.- De Ajuriaguerra J, Rego A, Lòpez ZA. Manual de Psiquiatria Infantil. 4ª ed. Edit. Masson, Barcelona 2002. pp: 845-867.
- 23.- Martínez AM. Enfermería Pediátrica: aspectos psicológicos de la hospitalización infantil. Edit. Masson, Barcelona 2001. pp: 313-325. En Ezpeleta L (Ed). Factores de Riesgo en Psicopatología del Desarrollo. Edit. Masson, México 2005. pp: 181-199.

- 24.- Construcción de una Escala para Evaluar la Salud Mental Positiva. Lluch CMT. Tesis para obtener el grado de doctorado en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Barcelona, España 1999. pp: 319.
- 25.- Ochoa B, Reparaz AC, Polaino LA. Estudios Preliminares de Validez de la Escala PSS: "Cuestionario de estrés en padres de niños hospitalizados". Rev Clinica y Salud 1997; 8 (3): 423-446.
- 26.- Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI): self evaluation questionnaire. Edit. Consulting Psychologist Press, 1988. En Serradas FM (Ed). La Pedagogía Hospitalaria y el Niño Enfermo: un aspecto más en la intervención socio-familiar. Pedagogy at the hospital and the sick child: another aspect of family intervention. Rev Ped 2003; 24 (71): 1-15. URL: <http://www.mserradas@hotmail.com>.
- 27.- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, decreto del Artículo 4º. Constitucional del Diario Oficial de la Federación la Ley General de Salud, reglamentaria del párrafo tercero del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, iniciando su vigencia el 1o. de julio del mismo año, en el Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I, Artículo 17: II categoría; 7 de Febrero de 1984.
- 28.- Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand, 1983; 67: 361-370.
- 29.- Salgado DVN, Maldonado M. Características Psicométricas de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en Mujeres Mexicanas Adultas de Áreas Rurales. Rev Salud Pública de México, 1994; 2 (36): 200-209.
- 30.- Hamilton, González RJL. Tratamiento de los trastornos afectivos psiquiátricos. 1992; (Supl 1). En Lluch CMT (Ed). Construcción de una Escala para Evaluar la Salud Mental Positiva. Tesis para obtener el grado de doctorado en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Barcelona, España 1999. pp: 319.
- 31.- Reyes ZLA. Curso Fundamental de Tanatología: acercamientos tanatológicos al enfermo terminal y a su familia. 1ª ed. Tomo III, México 1996. pp: 160-173.
- 32.- Cuestionario sobre el Contexto Familiar y Social: cuestionario de relación padre-hijo. URL: <http://www.orientared.com>
- 33.- Maná S, Ivorra J, Giròn M. DAS II: adaptación para una intervención psicoeducativa en familiares de pacientes con esquizofrenia. Rev Psiq 1998; 25 (2): 43-48.
- 34.- Ochoa B, Reparaz AC, Polaino LA. Validación Preliminar en una Muestra Española de la Escala P-MISS de Satisfacción de los Padres con la Hospitalización de sus Hijos. Rev Psicología y Salud, 1996; 81 (1): 121-146.

- 35.- Hernández SR, Fernández CC, Baptista LP. Metodología de la Investigación. 2ª ed. Edit. Mc Graw Hill, México 2000. pp: 234-423.
- 36.- Feinstein AR. Clinimetrics: the evaluation of validity. Edit. Yale University Press, 1987.
- 37.- Batista FJM, Coenders G. Introducción a los Modelos Estructurales: utilización del análisis factorial confirmatorio para la depuración de un cuestionario. Edit. Masson, Barcelona 1998. pp: 229-286. En Batista FJM (Eds). Análisis Factorial Confirmatorio: su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. Rev Med Clin 2004; 122 (Supl 1): 21-27.
- 38.- Streiner DL, Norman GR. Health Measurement Scales: a practical guide to their development and use. 2ª ed. Edit. Oxford University Press, Canada 1995. pp: 231.
- 39.- Stephen BH, Cummings SR, Stewart AL. Designing Clinical Research an Epidemiologic Approach: designing questionnaires and data collection instruments. Philadelphia 2001. pp: 232-243.
- 40.- Batista FJM, Coenders G, Alonso J. Análisis Factorial Confirmatorio: su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. Rev Med Clin 2004; 122 (Supl 1): 21-27.
- 41.- Cronbach LJ, Meehl PE. Construct Validity in Psychological Tests. Psychological Bulletin 1995; 52: 281-302.
- 42.- Norman GR, Streiner DL. Bioestadística: componentes principales y análisis de factores, dándoles vuelta a los factores. Edit. Harcourt, Barcelona 1998. pp: 129-148.
- 43.- Salinas JL y cols. Modelo Psicodinámico-Sistémico de Evaluación Familiar. Rev Inv Clin 1992; 2 (44): 169-86.
- 44.- Christ AE. Understanding Human Behavior in Health and Illness: reactions of children to illness understanding human behavior in health and illness, hospitalization surgery and physical disabilities. Edit. Simon Pardes, 1979. pp: 184-190.

XV.- ANEXOS.

ANEXO 1.

NOMBRE.	AUTOR Y AÑO.
Escala de Autovaloración de la Depresión de Zung (Zung's Self Rating Depression Scale, ZSRDS).	Zung (1965). Adaptación española: Conde, Escriba e Izquierdo (1970).
Escala de Depresión de Hamilton (Hamilton Depression Scale, HDX).	Hamilton (1960; revisada en 1967). Adaptación española (versión autoaplicada): Conde y Franch (1984).
Inventario para la Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI).	Beck (1961; revisado en 1979). Adaptación española: Conde y Useros (1975).
Lista de Adjetivos para la Depresión (Depresión Adjective Checklist, DAACL).	Lubin (1965). Revisada por Zuckerman y Lubin (1985). Adaptación española: Avila (1986).
Escala de Valoración de la Depresión de Montgomery-Asberg (Montgomery-Asberg Depresión Rating Scale, MADRS).	Montgomery y Asberg (1979).
Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota Multiphasic Inventory of Personality-Depression Scale, MMPI-D).	Hataway y McKinley (1943). Versión renovada MMPI-D: Graham (1990).
Escala para la Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (Center for Epidemiological Studies, Depresión Scale, CES-D).	Radloff (1977).
Escala de Carroll para la Depresión (Carroll Rating Scale for Depresión, CRS).	Carroll, Feinberg, Smouse, Rawson y Greden (1981).

ANEXO 2.

NOMBRE.	AUTOR Y AÑO.
Escala de Ansiedad de Hamilton (<i>Hamilton Anxiety Rating Scale</i> , HARS).	Hamilton (1959) Adaptación española (versión autoaplicada); Conde y Franch (1984).
Inventario de Ansiedad de Beck (<i>Beck Anxiety Inventory</i> , BAI).	Beck, Epstein, Brown, Steer (1988).
Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (<i>State/Trait Anxiety Inventory</i> , STAI).	Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970).
Escalas de Crisis de Angustia y Ansiedad (<i>Sheehan Panic and Anxiety Attack Scales</i> , SPRAS).	Sheehan (1983).
Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA).	Miguel y Cano (1988).
Inventario de Preocupación (<i>Peen State Worry Questionnaire</i> , PSWQ).	Meyer, Miller, Metzger y Borkovec (1990).
Escala de Evaluación de las expectativas generalizadas de regulación del estado de ánimo negativo.	Catanzaro y Mearns (1990).

ANEXO 3.

NOMBRE.	AUTOR Y AÑO.
Cuestionario de Sensaciones Psicofisiológicas y Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas (<i>Body Sensations Questionnaire-BSQ and Agoraphobic Cognitions Questionnaire-ACQ</i>).	Chambless, Caputo, Bring y Gallagher (1984).
Inventario de Movilidad (<i>Movility Inventory, MI</i>).	Chambless, Caputo, Jasin, Gracel y Williams (1985).
Inventario de Agorafobia (IA).	Echuburúa, Corral, Garcia, Pàez y Borda (1992).
Inventario de Temores (<i>Fear Survey, FS</i>).	Wolpe y Lang (1964).
Cuestionario de miedos (<i>Fears Questionnaire, FQ</i>).	Marks y Mathews (1979).
Escala de Ansiedad y Evitación social (<i>Social Avoidance and Distres, SAD</i>).	Watson y Friend (1969). Adaptación española: Girado (1980) y Caballo (1987).
Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (<i>Fear of Negative Evaluation, FNE</i>).	Walson y Friend (1989). Adaptación española: Girado (1980) y Caballo (1987).
Inventario de Ansiedad y Fobia social (<i>Social Phobia and Anxiety Inventory, SPAI</i>).	Turner, Beidel, Dancu y Stanley (1989).
Inventario de Ansiedad social (<i>Social Anxiety Inventory, SAI</i>).	Richardson y Tasto (1976).
Auto-Informe de Ansiedad social y Habilidad Social (<i>Social Skill and Social Anxiety Self-Report, SKSASR</i>).	Curran, corriveau, monti y Hagerman (1980).
Escala de Ansiedad de Interacción y de hablar en Público (<i>Interaction and Audience Anxiousness Scales, IAAS</i>).	Leary (1983).
INVENTARIO DE situaciones interpersonales (<i>Inventory of Interpersonal Situations, IIS</i>).	Van Dam-Baggen y Kraaimaat (1999).

ANEXO 4.

NOMBRE	AUTOR Y AÑO
Escala de Síntomas de Ansiedad y Depresión (<i>Symptoms of Anxiety and Depresión Scale, SAD</i>).	Bedford, Foulds y Sheffield (1976).
Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (<i>Hospital Anxiety and Depresión Scale, HAD</i>).	Zigmond y Snaith (1983).

ANEXO 5.

NOMBRE	AUTOR Y AÑO
Inventario de Obsesiones de Leyton (<i>Leyton Obsessional Inventory, LOI</i>).	Cooper (1970).
Lista de Chequeo de Actividad Compulsiva (<i>Compulsive Activity Checklist, CAC</i>).	Philpott (1975).
Cuestionario Obsesivo-Compulsivo de Lynfiels (<i>The Lynfiels Obsessional-Comprensive Questionnaire, LOCQ</i>).	Allen y Tune (1975).
Inventario de Obsesiones y Compulsiones de Maudsley (<i>Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory, MOCI</i>).	Hogson y Ranchean (1977).
Inventario de Actividades Compulsivas (<i>Compulsive-Activity (Checklist, CAC)</i>	Mawson, Marks y Ramm (1982). Adaptación española: Raich (1988).
Inventario de Papua (<i>Papua Inventory, PI</i>).	Sanavio (1988).

ANEXO 6.

Instrumentos Estandarizados de Evaluación Psiquiátrica de la CIE-10 y del DSM-IV
<p>-Examen del Estado Mental Actual (Present State Examination, PSE) de Wing, Cooper y Sartorius (1974). Tiene adaptado un programa informático, denominado CATEGO, para la ordenación de datos y la estructuración de diagnósticos.</p> <p>-Inventario de la Entrevista Diagnóstica (Diagnostic Interview Schedule, DIS) de Robin, Hetzer, Croughan y Ratcliff (1981).</p> <p>-Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III-R (Structured Clinical Interview for DSM-III, R, SCID) de Spitzer, Williams, Gibbon y First (1987; 1992).</p> <p>-Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (Composite International Diagnostic Interview, CIDI) de WHO-Versión 1.0 (1990); WHO-Versión 2.1 (1997): Wittchen (1994).</p> <p>-Entrevista diagnóstica Internacional Compuesta-Forma Breve (Composite International Diagnostic Interview Short Form, CIDI-SF) de Kessler, Andrews, Mroczek, Ustun y Wittchen (1999, citada en Kessler, 1999).</p> <p>-Inventario para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, SCAN) (WHO, 1992).</p> <p>-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Reducida (Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI) de Lecubrier, Sheehan, Weiller, Amorim, Bonora, Sheehan, Janavs y Dunbar (1998).</p> <p>Para la Evaluación del Eje V de DSM-IV se utilizan escalas:</p> <p>-Escala de Evaluación de la Actividad Global (Global Activity Assessment, GAS) de Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J. y Cohen, J. (1976).</p> <p>-Escala de Evaluación de la Actividad Social y Laboral (SOFAS) de Goldman, Skodol y Lave (1992).</p> <p>-Escala de Evaluación Global de la Actividad de Relación (GARF) de American Psychiatric Association (1994).</p> <p>-Escala de la Actividad Defensiva, de American Psychiatric Association (1994).</p>

ANEXO 7.

ESCALA.	FIABILIDAD.	TEST-RETEST.	VALIDEZ.	DE CONSTRUCTO (% Varianza explicada).
	COEFICIENTE ALFA.		DE CRITERIO.	
Encuesta de Opinión de Salud (<i>The Health Opinion Survey</i> , HOS) McMillan (1957).	G:0.84	G: 0.78-0.87	G: 0.37-0.57	
Encuesta de Salud SF-36 (<i>Health Survey</i> , SF-36) Ware y Sherbourne (1992).	8 DI: 0.31-0.72	DI: 0.38-0.90	DI: 0.34-0.76	2 Factores 62%
Cuestionario de Salud General (<i>General Health Questionnaire</i> , GHQ) Goldberg (1972).	G: 0.82-0.93	G: 0.51-0.90	G: 0.45-0.83	G:44%-68%
Perfil de Estilos de Vida Promotores de Salud-Versión española (<i>Health Promoting LifeStyle Profile</i> , H'PLP-Spanish language version) Walker, Kerr, Pender y Sechrist (1990; versión original, 1987).	G: 0.94 6 DI: 0.70-0.87	G: 0.87 DI: 0.73-0.85		6 Factores 45.9%
Cuestionario de Calidad de Vida (CCV) Ruiz y Baca (1993).	G: 0.94 4 DI: 0.82-0.91.	G: 0.96 DI: 0.77-0.97	G: -0.69-0.72 DI: -0.33-0.74	4 Factores 53.5%
Instrumento de Valoración de la Calidad de Vida-OMS-Versión holandesa (<i>World Health Organization Quality Of Life Assessment Instrument</i> , WHOQOL-100-Dutch version) De Vries y Van Heck (1997).	G: 0.91 13 DI: 0.71-0.93		G: -0.17-0.36	
Inventario de calidad de vida-Revisado (ICR-2R) García-Riaño (1998).		G: 0.92 13 DI: 0.45-0.94	DI: 0.28-0.69	13% Factores 56.1%

Valoración de 22 síntomas Psiquiátricos (<i>Twenty-Two Screening Score of Pshychiatric Symptoms, SSPS-22</i>) Langer (1962).	G: 0.77	G: 0.50-0.77		
Escala de Calidad del Bienestar (<i>Quality of Well-Being Scale, QWBS</i>) Kaplan, Bush y Berry (1976).	G: 0.90	G: 0.93-0.98	G: -0.55-0.96	
Escala de Bienestar General (<i>General Well-Being Schedule, GWBS9</i>) Dupuy (1978).	G: 0.90-0.95 6 DI: 0.72-0.80	G: 0.50-0.86	G: -0.47-0.80	3 Factores 51%
Inventario de Salud Mental (<i>Mental Health Inventory, MHI</i>) Ware (1979).	G: 0.96 5 DI: 0.83-0.92	G: 0.64 DI: 0.56-0.-63	G: 0.40-0.58	
Índice de Satisfacción de Vida (<i>Life Satisfaction Index, LSI</i>) Neugarten y Havighrust (1961).	G: 0.70-0.80		G: 0.41-0.76	
Escala de Equilibrio Afectivo (<i>Affect Balance Scale, ABS</i>) Bradburn (1975; revisada en 1969).	2 DI: 0.47-0.73	DI/G: 0.90	DI/G: 0.48-0.64	
Escala del Estado de Animo del Centro Geriátrico de Filadelfia (<i>Philadelphia Geriatric Center Morale Scale, PGCMS</i>) Lawton (1972).	G: 0.81	G: 0.75-0.91	G: 0.57	
Cuatro Items Unicos Indicadores de Bienestar (<i>Four single Item Indicators of Well-Being, FSIIWB</i>) Andrews (1976).	4DI: 1DI: 0.74-0.87	4DI: 0.41-0.70	4DI: 0.70-0.82	
Cuestionario de Autocontrol (<i>Self Control Schedule, SCS</i>) Rosenbaum (1980).	G: 0.78-0.84	G: 0.86	G: 0.08-0.54	
Escala de Satisfacción con la Vida (<i>Satisfaction With Life Scale, SWLS</i>) Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985; Diener (1994).	G: 0.87	G: 0.82	G: 0.47-0.75	1Factor 66%
Escala de Afecto Positivo y Negativo (<i>Positive and Negative Affect Schedule, PANAS</i>) Watson, Clark y Tellegen (1988).	2 DI: 0.87-0.88	DI: 0.84-0.90	DI: 0.76-0.92	2 Factores 68.7%
Índice de Reactividad Interpersonal (<i>Interpersonal Reactivity Index, IRI</i>) Davis (1980; 1983).	4 DI: 0.71-0.77	DI: 0.62-0.71	DI: 0.11-0.63	
Inventario de Orientación Personal (<i>Personal Orientation Inventory, POI</i>) Shostrom (1964).		12 DI: 0.91-0.93	G: 0.69 DI: -0.41-0.67	
Escala de Autoconcepto de Tennessee (<i>Tennessee Self Concept Scale-TSCS</i>) Fits (1965). Adaptación Española: Garanto (1984).		G: 0.92 15 DI: 0.80-0.91	G Y DI: máximo 0.70	
Índice Breve de Auto-Actualización (<i>Short Index of Self-Actualization, SISA</i>) Jones y Crandall (1986).	G: 0.65	G: 0.69	G: 0.67	4 Factores 43%
Escala de Autoeficacia (<i>Self-Efficacy Scale, SES</i>) Sherer, Maddux, Mercandante, Prentice-Dunn, Jacobos y Rogers (1982).	G: 0.79-0.93		G: 0.42-0.60	1 Factor 39%
Escala de Autoestima (<i>Self-Esteem Scale</i>) Rosenberg (1965-1979).	G: 0.72	G: 0.92	G: 0.60	

G= Valores de la Escala Global; DI= Valores de las dimensiones o factores

ANEXO 8.

Cama _____
 Afiliación _____
 Tiempo de evolución _____ días.

DÍA	MES	AÑO

Por favor complete los siguientes datos

Nombre del Paciente _____ Edad ____ Años ____ Meses No. Hijo ____
 Sexo: M ____ F ____ Ingreso de otro hospital sí ____ no ____ Ingreso 1ra. vez sí ____ no ____
 Estancia Hospitalaria ____ días Número de hijos ____ Evolución: buena ____ regular ____ mala ____
 Radica en: D. F. ____ Foráneo: ____
 Edad del papá ____ ocupación: empleado ____ desempleado ____ jubilado o pensionado ____ hogar ____
 Escolaridad: 0 a 6 años ____ 7 a 9 años ____ 10 a 12 años ____ 13 o más años ____
 Edad de la mamá ____ ocupación: empleado ____ desempleado ____ jubilado o pensionado ____ hogar ____
 Escolaridad: 0 a 6 años ____ 7 a 9 años ____ 10 a 12 años ____ 13 o más años ____
 Diagnostico: Si ____ No ____ Cual _____

Instructivo:

- **Los siguientes enunciados están elaborados con el fin de conocer su sentir y pensar ante la hospitalización de su hijo.**
- **Si está usted no está dispuesto a llenarlo, esto no cambiará en absoluto la atención que se le brinda a su hijo.**
- **La información procesada será utilizada para que el equipo de salud determine como influir en la evolución del niño.**
- **Marque con una cruz aquella observación que refleje mejor su opinión.**

	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Recibo frecuentemente apoyo emocional de mis amigos y familiares.				
2. Estoy conforme con el apoyo económico que recibo de mis familiares.				
3. Cuento con familiares o amigos que me aconsejan a donde debe recibir atención médica mi hijo.				
4. Tengo contacto con personal médico de mi confianza que me aconseja.				
5. Mis familiares me ayudan a cuidar mi bebé.				
6. Mis parientes me ayudan con mis otros hijos.				
7. Siento que estoy sola (o).				
8. Con frecuencia otros familiares cuidan a mi bebé cuando estoy trabajando.				
9. Recibo con frecuencia visitas de mis parientes.				
10. Mi pareja participa en el cuidado del bebé hospitalizado.				
11. Mi familia me ayuda a entender la información del padecimiento de mi hijo.				
12. Estoy satisfecha (o) con el soporte emocional que me brindan mis familiares.				
13. Tengo una adecuada comunicación con el personal del hospital.				
14. Mi pareja me apoya a cuidar a mi bebé hospitalizado.				

	Absolutamente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
15. Me enojo fácilmente.				
16. Con frecuencia necesito algo de comer, fumar o mordirme las uñas.				
17. Tengo desgano.				
18. Trato de hacer las cosas rápidamente para ganar tiempo.				
19. Siempre estoy de mal humor.				
20. Me siento tensa y no me puedo relajar.				
21. Con frecuencia tengo deseos de llorar.				
22. Con frecuencia me siento inquieta (o) e impaciente.				
23. En ocasiones noto que estoy respirando rápido y me late fuerte el corazón.				
24. Me siento nostálgica (o) en ocasiones.				
25. Constantemente me siento triste o desanimada (o).				
26. Me siento muy cansada (o) y no se cual es el motivo.				
27. Recientemente me cuesta mucho trabajo tomar decisiones.				
28. Siento que no vale la pena lo que se ha hecho porque mi bebe no mejora.				
29. Me siento muy preocupado por la salud de mi bebe, aunque su médico y mi familia me dicen que esta mejorando.				
30. Tengo miedo de no saber ayudar a mi bebe como el lo necesita.				
31. Estoy enojado porque pienso que es injusto lo que me esta pasando.				
32. Me siento culpable de lo que le pasa a mi hijo.				
33. Siento que mi bebe no se recupera como yo espero.				
34. Me sentía mejor antes de llegar al hospital.				
35. Estoy triste por las consecuencias que esta enfermedad puede dejar en mi hijo.				
36. Tengo miedo ante los médicos y las enfermeras.				
37. Me siento alterada (o) cuando pienso que la vida de mi hijo puede ser breve.				
38. Me siento aburrida (o) del sistema de atención del hospital.				
39. Me siento muy triste ante la situación de mi hijo.				
40. Tengo preocupación por el futuro de mi hijo.				
41. Estoy ansiosa (o) por conocer el diagnóstico del padecimiento.				
42. Tengo temor de conocer el pronóstico de la enfermedad de mi hijo.				
43. Me enojo por el tratamiento que se le debe realizar a mi bebé.				
44. Siento que es injusto lo que le esta pasando a mi hijo.				
45. Estoy satisfecha (o) con el trato que ha recibido mi hijo.				
46. Siento que la evolución en el estado de salud de mi hijo es lo que yo esperaba.				

47. Estoy satisfecha (o) con el sistema de atención de este hospital.				
48. Me siento bien porque entiendo claramente la información que recibo del médico sobre mi hijo.				
49. El ambiente del hospital es adecuado para el estado de salud de mi bebé.				
50. Me siento bien con la atención que recibo en el hospital.				
51. Estoy satisfecha (o) con la información que recibo del estado de salud de mi hijo.				
52. Estoy satisfecha (o) con la información que recibo sobre el diagnóstico de mi hijo.				
53. Siento confianza en él medico tratante de mi hijo.				
54. Estoy satisfecha (o) porque todos los días recibo información acerca del tratamiento que recibe mi hijo.				
55. Me siento satisfecha (o) porque siempre me explican sobre los efectos que puede ocasionar el tratamiento que recibe mi hijo.				
56. Tengo confianza en la atención que recibe mi hijo en el hospital.				
57. Se han cumplido las expectativas que tenia de este hospital cuando llegué.				
58. En general me gusta el ambiente del hospital.				
59. Considero que el tiempo que me informaron que necesita estar hospitalizado mi hijo es el necesario.				
60. Estoy a gusto con el tiempo que me ha dado el médico para aclarar mis dudas.				
61. Estoy satisfecha (o) con la atención médica que ha recibido mi hijo.				
62. Pienso que el bebé debe ser cargado todo el tiempo posible.				
63. Siento que debo abrazar todo el tiempo a mi hijo en cuanto llora.				
64. Sé porque motivo llora mi bebé la mayor parte del tiempo.				
65. Creo que es importante cantarle al bebé para estimularlo.				
66. Creo que es necesario hablarle constantemente al bebé.				
67. Considero que las mamás deben cuidar todo el tiempo al bebé hospitalizado.				
68. Considero que al hijo lo tienen que cuidar ambos padres.				
69. Pienso que cuando arrullo al bebé es una forma de cuidarlo.				
70. Creo que en ocasiones se debe dejar llorar solo al bebé.				
71. Espero que alguien más me ayude a cambiar y a bañar a mi hija (o) en el hospital.				
72. Creo que en ocasiones las conductas del bebé me hacen sentir desesperada (o).				
73. Creo que debo jugar constantemente con el bebé durante su hospitalización.				
74. Pienso que por algunos momentos se me dificulta manejar las reacciones del bebé.				
75. Siento que uno siempre debe ser amable en el trato con el bebé.				
76. Considero que en algunas ocasiones tengo miedo de manejar a mi bebe.				
77. A veces creo que soy exigente con el bebé.				

ANEXO 9.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
DIRECCION REGIONAL SIGLO XXI.
DELEGACION 3 Y 4 DEL VALLE DE MEXICO.
HOSPITAL DE PEDIATRIA DEL CMN SIGLO XXI.

México, DF: a _____ de _____ 2006.

Carta de consentimiento informado.

La (el) que suscribe: _____ padre/madre de: _____, acepto participar en el estudio de investigación denominado: “Utilidad de un instrumento que mida los riesgos psicosociales que desarrollan los padres de lactantes hospitalizados”. He sido informado que mi participación consistirá:

- 1.- Responder un cuestionario escrito con carácter de anónimo de forma sincera y completa.
- 2.- Se realizará una serie de preguntas relacionadas con mi sentir y pensar ante la hospitalización de mi hijo.

Entiendo que los posibles beneficios que recibiré en la participación del estudio incluyen:

- 1.- Que el equipo de salud determine como influir en la evolución de mi hijo.
- 2.- Existe la alternativa de protección adicional y ayuda especializada por personal de la salud mental en caso de así considerarlo.

Se me ha informado también que en relación a los riesgos potenciales por contestar la encuesta del estudio se reducen al mínimo y se protege adecuadamente la confidencialidad; Se me ha garantizado que podré retirarme del estudio en cualquier momento de la encuesta y no tendrá repercusiones en absoluto en la atención que se le brinda a mi hijo, y aún en el caso de no participar no habrá ninguna consecuencia ni personal, ni médica.

Nombre	Firma
Padre/madre _____	_____
Testigo _____	_____
Testigo _____	_____
Residente 4o.Año Pediatría Médica _____	_____

Investigador Responsable: Dra. Consuelo Villanueva (1) y Cotutores.

(1) Psicólogo Clínico Adscrito al Servicio de Salud Mental del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI. 2º. Piso. Consulta Externa.

Tel. para localizar 56-27-69-00 ext. 22303.

ANEXO TABLA 1.

ETAPA	REACCIONES DE LOS PADRES
I.- Shock Inicial	-Sentimientos de Incredulidad. -Fase de Negación -Incapacidad para comunicar ansiedad (síntomas somáticos o psíquicos o ambos)
II.- Angustia y resentimiento	-Enfado: ira y rebeldía -Alteraciones conductuales: irritabilidad, trasgresión de normas, pérdida del control -Sentimiento de impotencia (amenaza al rol protector)
III.- Período de tristeza	-Sentimientos de desesperanza -Complejidad de culpa y frustración -Manifestaciones de rechazo (experimentan al hijo como una parte negativa de su propio "yo") -Desequilibrio psíquico puede evolucionar a depresión.

Adaptado de Serradas

ANEXO TABLA 2.

Posibles repercusiones a nivel psicológicos en los padres en situaciones de la hospitalización del hijo.

Edad del niño	-Entre más Estado de Ansiedad a más Edad
Tipo de padecimiento	-Evolución a cuadros depresivos a más gravedad -Situaciones de pérdida
Experiencias traumáticas en la hospitalización (previas o no)	-Cuadros depresivos -Protagonismo extremo para evadir angustia
Ambiente de hospitalización rutinario y consistencia del personal	-Ansiedad por ausencia de información -Interacción con el sistema sanitario y contacto con múltiples personales de la salud -Búsqueda de atención extraordinaria para el niño
Pérdida de apoyo afectivos	-Sentimiento de abandono y carencia afectiva -Manifestaciones de ira y agresividad -Restricciones en los contactos sociales -Se favorecen reacciones depresivas
Rasgos básicos de temperamento y estilos de afrontamiento del niño	-Sensaciones de malestar traumático en los padres, se favorecen reacciones de ansiedad -Incertidumbre en el cuidado del niño cotidiano
Personalidad previa de los padres	-Rasgos disfuncionales -Pérdida del control
Dinámica familiar e inestabilidad de la pareja	-Limitaciones de actividades habituales -Carga económica -Interferencias con las necesidades del resto de los miembros de la familia

Adaptado del Perri E.C 1995.