

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

**Validación concurrente de un instrumento para identificar los
riesgos psicosociales para la adaptación de los padres ante la
hospitalización de niños lactantes**

T e s i s

Que para obtener el grado de médico especialista en:

Pediatría médica

Presenta:

Isabel Corinay Méndez Galindo

Tutores:

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 neonatólogo adscrito al servicio de Lactantes del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS México.

Colaboradores:

Psicóloga Abigail Jiménez Márquez.

Licenciada en Psicología clínica adscrita al servicio de Salud Mental del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS México.

M. en C. Enrique Rendón Macías.

Médico pediatra, investigador asociado adscrito a la Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS México.

México, D.F.

Marzo del 2009



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.

INDICE

I.	Resumen	4
II.	Antecedentes	5
III.	Justificación	15
IV.	Pregunta de Investigación	16
V.	Objetivo	17
VI.	Hipótesis	18
VII.	Material y Métodos	19
VIII.	Descripción del estudio	21
IX.	Tamaño de muestra	23
X.	Análisis	24
XI.	Aspectos éticos	25
XII.	Factibilidad	26
XIII.	Resultados	27
XIV.	Discusión	33
XV.	Conclusiones	36
XVI.	Bibliografía	37
XVII.	Anexos	39

I.- RESUMEN.

Introducción: La enfermedad de un niño incide no sólo en su bienestar psicológico sino también en el de su familia, hay pocos instrumentos disponibles para identificar de manera indirecta los riesgos psicosociales, la mayoría de estos, han sido traducidos al idioma español, pero su aplicación en la clínica es pobre, dado que son laboriosos. En un estudio previo se elaboró y validó un instrumento: Encuesta de Riesgos Psicosociales (ERPS), para identificar los factores de riesgo psicosocial en la adaptación de los padres ante la hospitalización de su hijo lactante, la validación concurrente del constructo, fue la perspectiva de este trabajo.

Objetivo: Validación concurrente del instrumento que se diseñó para medir las alteraciones psicosociales de los padres para la adaptación ante la hospitalización de su hijo lactante.

Tipo de Estudio: Observacional, descriptivo, trasversal.

Material Y Métodos. El estudio se realizó en la sala de lactantes del hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI. El instrumento denominado ERPS se aplicó a 70 padres de lactantes en las primeras 72 horas de hospitalizados, previo consentimiento informado, a todos ellos se les evaluó por una Psicóloga experta para determinar Riesgos psicosociales, para contrastar con la calificación de la ERPS.

Análisis: Se cuantificó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo a distintos niveles de corte y con esos datos se elaboró la curva COR correspondiente.

Resultados: El grupo de lactantes de los padres encuestados, tuvo una amplia variedad de enfermedades tanto agudas como crónicas, el 27% de los padres no conocían el diagnóstico nosológico de su hijo; se obtuvo la mejor sensibilidad y especificidad a un puntaje de la ERPS de 40.

Conclusiones: Se considera que **a:** el instrumento tiene validez concurrente, **b:** es útil como herramienta de escrutinio con mejor especificidad que sensibilidad y **c:** en comparación con otros instrumentos disponibles para la práctica clínica, la ERPS es autoaplicable, aplicable en tiempo menor a 20 minutos, evaluado en población nacional y con variedad de enfermedades. Falta por evaluar su utilidad en la aplicación periódica en hospitalizaciones prolongadas y la evaluación en otras edades pediátricas.

II. ANTECEDENTES.

La enfermedad en una persona afecta de forma inmediata a si misma y a las personas con las que convive. La afección es mayor cuando el enfermo es un paciente pediátrico y en especial cuando la enfermedad es crónica y grave. La compleja multitud de variables sintomáticas, terapéuticas, emocionales y sociales se entrelazan poderosamente e impactan de forma casi determinante los procesos de la dinámica y del funcionamiento de la vida familiar, los roles familiares se ven interrumpidos y es necesario un reajuste de los mismos para que el equilibrio se produzca⁽¹⁾.

La familia es el soporte emocional más importante para el niño, las investigaciones que informan sobre lo que sucede en ese núcleo familiar cuando se enfrenta a la experiencia de la hospitalización de uno de sus miembros puede ayudar a comprender sus necesidades⁽²⁾.

Cuando un niño requiere tratamiento hospitalario no se presenta solo, lo acompañan sus padres, sus hermanos, abuelos, tíos e incluso primos u otros niños. Por lo tanto al atender a un niño enfermo es imprescindible incluir a su familia en el proceso, puesto que ésta, puede obstaculizar e influir en gran medida en la evolución de la enfermedad⁽³⁾.

Los padres se encuentran expuestos a factores estresantes que generan intranquilidad e incertidumbre sobre su rol en el hospital y sentimientos de incompetencia ante el desconocimiento de las labores del cuidado en interacción con los modernos instrumentos terapéuticos, lo que provoca altos niveles de ansiedad que afectan negativamente al niño y a la relación médico paciente⁽⁴⁾.

A continuación se hace referencia de las principales preocupaciones de los padres ante la hospitalización, y se resumen en la siguiente tabla:

Principales preocupaciones de los padres ante la hospitalización infantil.

<i>Cambios en el rol parental</i>	<ul style="list-style-type: none">• Desconocimiento de los cuidados que precisa su hijo hospitalizado• Desconocimiento de lo que deben y/o pueden hacer• Sentimientos de inutilidad y falta de control
<i>Preocupaciones sobre la enfermedad y los procedimientos médicos</i>	<ul style="list-style-type: none">• Falta de información acerca del tratamiento médico aplicado, sus riesgos, efectos secundarios, posibilidades de curación, etc.• Necesidad de seguridad acerca de la idoneidad de los cuidados
<i>Ansiedad generada por el comportamiento del niño</i>	<ul style="list-style-type: none">• Dolor y ansiedad del paciente infantil• Cambios en su comportamiento: mayor demanda de atención, comportamientos regresivos, etc.
<i>Trato con el personal sanitario</i>	<ul style="list-style-type: none">• Comunicación médico-paciente-padres• Reacciones de paternalismo o de falta de interés
<i>Preocupaciones relacionadas con la alteración de la rutina diaria</i>	<ul style="list-style-type: none">• Desatención a los demás hijos• Dificultades económicas• Incumplimiento de las obligaciones cotidianas

Las reacciones de los padres ante el descubrimiento de una alteración o enfermedad física en su hijo se verán influidas por diferentes factores, entre los que destacan: la severidad de la propia alteración, la naturaleza de los procedimientos médicos requeridos, las expectativas puestas sobre el niño y la visión de sí mismos como padres, la naturaleza de las relaciones matrimoniales y las relaciones con los demás hijos, el temperamento del hijo, la incertidumbre sobre las implicaciones de la enfermedad y su impacto sobre el niño y la familia, el papel del entorno, la capacidad de organización familiar y las ayudas médicas, psicosociales y educativas.

Se pueden observar además tres etapas bien diferenciadas en las reacciones de los padres ante el conocimiento de una enfermedad infantil, en primer lugar, las respuestas que aparecen tras el diagnóstico incluyen un shock inicial

acompañado de ira, rebeldía, reacciones de enfado e incredulidad. Seguidas de un período de tristeza y desequilibrio psíquico. La mayoría de los padres se condenan a sí mismos y se acompañan de sentimientos de depresión, desesperanza y pérdida de control, complejo de culpabilidad y frustración. Es frecuente que durante el período de desequilibrio los padres vean a su hijo como una parte negativa de su propio yo y, finalmente se llega a una gradual restauración del equilibrio, acompañada de un enfrentamiento real ante el problema⁽⁵⁾.

El modo en que los padres responden a estas circunstancias puede llegar a condicionar la forma en que los hijos afrontan la enfermedad. De ahí que en ocasiones, interviniendo en los padres se pueda modificar el curso de la enfermedad⁽⁶⁾.

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. Los padecimientos orgánicos graves y la hospitalización son situaciones traumáticas que implican fuentes de estrés para los padres e incrementa el riesgo de que sufran alguna alteración emocional⁽⁶⁻⁷⁾.

Se han estudiado las principales diferencias entre las reacciones “normales” al estrés y las “anormales” que sufren los padres de niños hospitalizados. Los padres con reacciones anormales manifiestan disfunciones emocionales como depresión y ansiedad hasta en un 93%, y se observa que cambian la forma en que otorgan los cuidados a sus hijos. La experiencia vivida puede generar trastornos de adaptación y de comportamiento familiar, tales como: ira, malos tratos y demandas excesivas al personal médico, que pueden prolongarse aún después de la hospitalización⁽⁸⁻¹¹⁾

En México se realizó un estudio en familias con niños de 8 a 14 años de edad, hospitalizados y no hospitalizados, los primeros reportaron cifras elevadas de ansiedad, miedo a la muerte y a la enfermedad⁽¹²⁾.

Los problemas por estrés y adaptación psicológica a la hospitalización de los hijos pueden explicarse con modelos de referencia de causa y efecto que explican los estados de alteración afectiva y social, los cuales repercuten en la evolución del internamiento y desarrollo posterior de su hijo^(7, 13).

Las alteraciones de los padres pueden ser resultado de que el hijo este internado o ya estaban presentes antes de que su hijo se hospitalizara.

Cuando las alteraciones son debidas a la hospitalización se mencionan:

1) Vinculación: ante un duelo no resuelto por la pérdida de la salud y las limitaciones secundarias al padecimiento se altera el apego de los padres con su hijo⁽¹⁴⁾.

2) Apoyo: los padres tienen necesidad de apoyo emocional por parte de los familiares, cuando no la reciben se incrementa el estrés y las alteraciones emocionales y/o sociales durante la adaptación a la hospitalización^(9,15). Otra causa es la falta de contención familiar de los padres, ambas desajustan la dinámica familiar y repercuten en el cuidado del niño durante la estancia hospitalaria. Cuando los padres no cuentan con redes de apoyo familiar efectivas están en riesgo de fallar en el seguimiento del tratamiento médico indicado.

3) Comunicación: la mayoría de los padres perciben momentos difíciles al recibir los informes médicos, en especial cuando son desfavorables, sin empatía, se otorgan en forma impersonal sin considerar las necesidades individuales educativas, étnicas, sociales y religiosas. El resultado es desconfianza e incomunicación con el equipo médico y puede ser debido a la carga emocional y estrés que conlleva el internamiento del niño en si mismo ó bien porque la información que recibieron a priori del padecimiento del niño repercute de manera negativa en los padres⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Cuando las alteraciones del estado afectivo en los padres estaban presentes en su desarrollo psicológico, antes de la hospitalización de su hijo, pueden prolongarse por años⁽¹⁸⁾. Estas alteraciones ocasionan que vean a su hijo como

una parte negativa de su propio “yo”, creando conductas de apego inseguras para atender y manejar las necesidades del hijo durante la hospitalización⁽¹⁹⁾.

Las expectativas de los padres ante la hospitalización de su hijo juegan un papel importante para la satisfacción y adaptación al proceso, básicamente son dos: las necesidades que se generan en relación a la experiencia que los afecta y 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 disminuir su alteración psicológica; en segundo lugar los problemas en la interacción con el personal médico y el medio hospitalario. 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, su respuesta no se relaciona necesariamente con realidad vivida, sino desde su interpretación para entender las instrucciones y procedimientos médicos⁽²⁰⁾.

La entrevista oral es la forma más frecuente de evaluar a los padres que presentan alteraciones emocionales o conductuales durante la hospitalización de sus hijos, esta evaluación es realizada por un Profesional de la Salud Mental, quien mediante técnicas específicas de su competencia, evalúa la psicodinámica familiar, ambiental y los antecedentes relacionados a una posible patología para indagar la presencia o ausencia de Factores de Riesgo Psicosocial (FRPS), el resultado de dicha evaluación se emite de forma dicotómica (presencia o ausencia de alteración) y en base a ello establece las medidas terapéuticas pertinentes. En la actualidad a dicha entrevista se le considera como la mejor forma de hacer la detección de familias o padres con FRPS, y por la misma razón se le podría catalogar como el estándar de oro en esta área de la salud^(19, 21).

La limitante en relación al punto anterior, es que no en todas las unidades médicas en donde se hospitalizan lactantes, se cuenta con personal especializado en la Salud Mental que participe en forma interdisciplinaria, en áreas de hospitalización, que constituye el concepto de “psiquiatría de enlace”

⁽¹³⁾, ante tal problema se han diseñado diferentes instrumentos para detectar alteraciones, y poder subsanar dicha carencia.

Los cuestionarios utilizados en psicología y psiquiatría datan desde 1884 fueron promovidos por el biólogo inglés Sir Francis Galton, se ha considerado que tienen utilidad, pero es cuestionado su grado de validez. Actualmente se clasifican en genéricas y en específicas o relativas a una patología concreta.

Las encuestas genéricas tratan de obtener medidas representativas de conceptos tales como estado psicológico y mental del paciente, limitaciones en la actividad física debidas a la presencia de la enfermedad, grado de afectación en las relaciones sociales del paciente, dolor, bienestar corporal, entre otras ⁽²²⁾.

Las encuestas específicas para una patología o grupo de patologías son más utilizadas en comparación a las genéricas, por su propia naturaleza, tienen una menor difusión al restringirse su campo de aplicación a un área específica ⁽²²⁾.

Los criterios estadísticos para evaluar estas encuestas son muy parecidos y podemos resumirlos en tres grandes rasgos: interpretación, fiabilidad y validez. El primero de ellos se asocia a las características de la encuesta, los otros dos se consideran conceptos generales.

Toda medición o instrumento de recolección de los datos debe reunir dos requisitos esenciales: confiabilidad y validez.

La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su resultado es igual al aplicarlo en varias ocasiones al mismo sujeto u objeto. La validez, en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que se pretende medir. Cuando se trata de variables de motivación, calidad del servicio, sentimientos y emociones es una cuestión compleja.

Los cuestionarios se diseñan para propósitos concretos y por lo tanto, no existe el cuestionario perfecto para cuantificar cualquier aspecto. Así, no podemos hablar de la validez de un cuestionario en términos generales, diciendo que su

validez es alta o baja en abstracto, sino que ésta, se determinará respecto al objetivo específico para el que fue diseñado.

La validez es un concepto, tiene diferentes tipos de evidencia: relacionada con el contenido, relacionada con el criterio y relacionada con el constructo.

La evidencia relacionada con el contenido se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico. Un instrumento de medición debe incluir en sus ítems todas las variables a medir.

La evidencia relacionada con el criterio establece la validez de un instrumento de medición comparándola con algún criterio externo. Este criterio es un estándar con el que se juzga la validez del instrumento. Entre más se relacionen los resultados del instrumento de medición con el criterio, la validez del criterio será mayor. Si el criterio se fija en el presente se habla de validez concurrente, si se fija en el futuro se habla de validez predictiva.

La evidencia relacionada con el constructo es probablemente la más importante, sobre todo desde una perspectiva científica y se refiere al grado en que una medición se relaciona consistentemente con otras mediciones. Incluye tres etapas, la primera establece y especifica la relación teórica entre los conceptos, en la segunda se correlaciona ambos conceptos cuidadosamente y en la tercera se interpreta la evidencia empírica de acuerdo con el nivel en que clarifica la validez de constructo de una medición en particular.

El proceso de validación de un constructo está vinculado con la teoría, debe existir un marco teórico que sustente la relación entre las variables. Entre más elaborado y comprobado se encuentre el marco teórico que apoya la hipótesis, la validación de constructo hace mas sólida la validez de un instrumento de medición. Entre mayor sea la evidencia de validez de contenido, criterio y de constructo de un instrumento de medición es más representativo de la variable o variables que pretende medir. Un instrumento de medición debe ser confiable y válido, para que sus resultados sean tomados en serio.

Para recolectar los datos de una escala que investiga el comportamiento se pueden combinar varios métodos de recolección. Los métodos más conocidos

para medir las variables de actitudes por escalas son: el método de escalamiento Likert, el diferencial semántico y la escala de Guttman ⁽²³⁾.

La escala tipo Likert fue desarrollado por Rensis Likert a principios de los treinta. Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos. Es decir, se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que externé su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala, a cada punto se le asigna un valor numérico, así, el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene su puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones. Las afirmaciones califican al objeto en actitud que se ésta midiendo y deben expresarse sólo una relación lógica, además es muy recomendable que no excedan de 20 palabras ⁽²²⁾.

En algunas investigaciones realizadas en padres de niños hospitalizados se menciona la utilización de 2 diferentes escalas para evaluar condiciones emocionales en los padres de estos niños: estudios preliminares de validez de la Escala de Estrés en Padres (PSS) ⁽²⁴⁾; y el Cuestionario de evaluación de la “Ansiedad, Estado y Rasgos” en su versión para adultos ⁽²⁶⁾.

En Pediatría, los instrumentos que se utilizan son:

a. Cuestionario de evaluación de la ansiedad en niños (STAIC), que consta de dos escalas, la primera mide Ansiedad-Estado (20 ítems) y la segunda escala mide Ansiedad-Rasgo (20 ítems). El objetivo es apreciar los estados transitorios de ansiedad en el niño. Es autoevaluada y su aplicación puede ser individual y grupal para niños entre 6 a 12 años ⁽²⁵⁾.

b. Cuestionario de evaluación de la ansiedad en adolescentes y adultos (STAI), consta de dos escalas, la primera mide Ansiedad-Estado (20 ítems) y la segunda escala mide Ansiedad-Rasgo (20 ítems). El objetivo es apreciar los estados transitorios de ansiedad en el adolescente y adultos. Es autoevaluada y su aplicación puede ser individual y grupal a partir de los 13 años de edad ⁽²⁶⁾.

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

En el año 2006 se diseñó y validó una escala para detectar los factores de riesgo psicosocial en la adaptación de los padres de niños lactantes hospitalizados, en un hospital de tercer nivel de atención en Pediatría; el instrumento es un cuestionario autoaplicable⁽²⁷⁾. Las fases de dicho estudio fueron:

Construcción de la encuesta para indagar el riesgo psicosocial en los padres (ERPS).

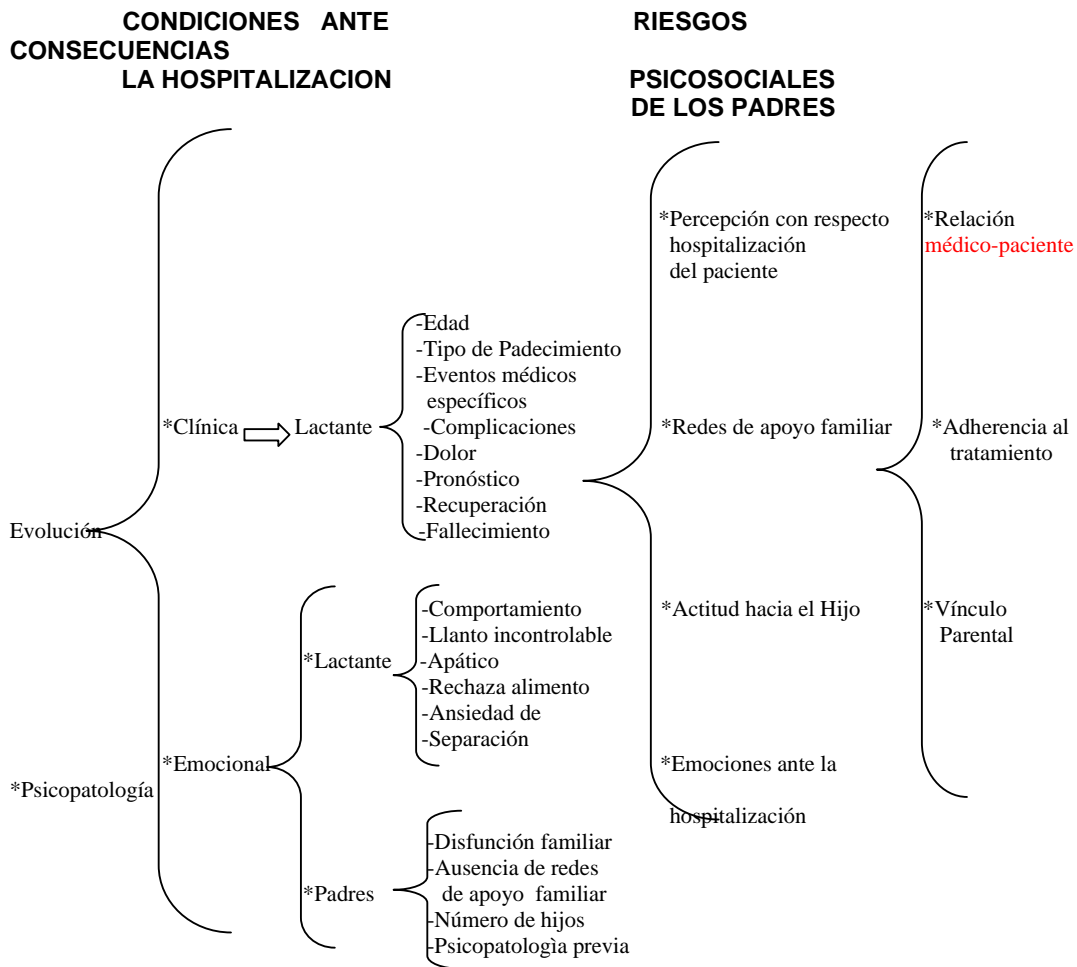
Con el objetivo de medir los riesgos psicosociales para la adaptación de los padres ante la hospitalización de sus hijos, se construyó en el año 2006 una escala estructurada por preguntas en 4 dominios.

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, es definir conceptualmente los dominios que se incluyeron.

- Vínculo.- contacto materno y 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 presentaban los padres.
- 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 menor hospitalizado.

Figura 1. Definición conceptual de los dominios y preguntas del modelo hipotético de Riesgos Psicosociales para la adaptación ante la hospitalización de lactantes.



Los resultados de la validación del estudio mencionado fueron: un índice de aprobación de menor a 0.8 y mayor a 0.2, para las 77 preguntas iniciales; se evaluó homogeneidad mediante el alfa de Cronbach global de la ERPS de 0.82 y la misma prueba por los dominios que finalmente la integran, fueron de 0.79 para “redes de apoyo”, y de 0.91 para el dominio denominado “emociones” con lo que se le considera como una prueba con validez interna, posteriormente al realizar la prueba para evaluar reproducibilidad test-retest, se mostró una relación intraclass de 0.720 (IC95% 0.552, 0.814) , con lo que disminuyó a 41 preguntas y finalmente se obtuvo la validez del constructo mediante la prueba

de análisis factorial exploratorio, con lo que ajustó la escala final en 33 preguntas, que evalúan los dos dominios con alfa de Cronbach alta.

En resumen, en el proceso de validación del instrumento ERPS, se logró evaluar la validez de contenido, la consistencia interna, además de la reproducibilidad y la respectiva validación del constructo; pero para poder afirmar que es un instrumento útil en la clínica y válido, se requiere de la validación concurrente, y de acuerdo al resultado, usarlo de manera habitual, como instrumento de apoyo en la prevención y detección de riesgos psicosociales en los padres del lactante hospitalizado y evitar en lo posible la probabilidad de alterar la adaptación al proceso del internamiento de su hijo por estar propensos a presentar factores de riesgo psicosocial, y se favorezcan problemas en la vinculación con el hijo, en la relación médico-paciente (padres) y en la adherencia al tratamiento, e incluso manifestar psicopatología secundaria al evento de hospitalización

III.- JUSTIFICACION.

Se ha informado en la literatura internacional de la existencia de alteraciones afectivas y sociales en los padres de niños hospitalizados, estos factores de riesgo psicosocial pueden afectar la atención de los pacientes durante la hospitalización, ya que eventualmente pueden influir en la relación médico paciente, la comprensión de padecimiento, del pronóstico e incidir en la adherencia terapéutica de los cuidados durante la hospitalización, así como los domiciliarios a su egreso como paciente ambulatorio. Identificar tempranamente en los padres estos factores, desde el ingreso del niño, permitirá actuar de manera oportuna, para brindar apoyo psicológico individual y/o grupal, para que los padres se integren al equipo de salud y en lo posible mejorar la calidad de la atención del paciente lactante hospitalizado.

En la literatura médica se cuenta con algunos instrumentos para medir el riesgo de alteraciones psicosociales en pacientes adultos y adolescentes, sin embargo, no existe suficiente evidencia en la bibliografía publicada sobre instrumentos específicos y fáciles de aplicar, para identificar los FRPS para la adaptación de los padres ante la hospitalización de sus hijos en etapa de lactante.

En el año 2006, se construyó la ERPS⁽²⁷⁾ para detectar factores de riesgo psicosocial en padres de pacientes lactantes hospitalizados, dicho trabajo logró determinar la validez interna, sin embargo para completar el proceso validación del instrumento investigado, era prioritario realizar la validación concurrente de la escala, ya que al demostrar su validez concurrente, se contaría con un cuestionario de escrutinio, confiable y autoaplicable, que permita identificar tempranamente los riesgos psicosociales de los familiares del paciente lactante hospitalizado a fin de referirlo oportunamente a un servicio especializado de Salud Mental e iniciar las medidas preventivas pertinentes.

IV.- PREGUNTA DE INVESTIGACION.

¿Cuál es la validez concurrente de la ERPS en comparación con una entrevista dirigida por especialista en la Salud Mental, para identificar los factores de riesgo psicosociales en la adaptación de los padres de lactantes hospitalizados?

V.- OBJETIVO.

OBJETIVO GENERAL.

Evaluar la validez concurrente de la EPRS, para identificar los factores de riesgo psicosociales en la adaptación de los padres de niños lactantes hospitalizados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Comparar como se relacionan los dominios del cuestionario, denominados “redes de apoyo” y “emociones” con el riesgo psicosocial, por la hospitalización de un hijo.

Comparar los resultados del instrumento con la entrevista dirigida por un especialista de la Salud Mental, realizado a los padres de lactantes hospitalizados.

El instrumento tiene validez concurrente e identificará en un 80%, a los padres con factores de riesgo psicosociales para la adaptación de los padres ante la hospitalización del hijo lactante, en comparación con los que se identifican con una entrevista dirigida por un especialista de la Salud Mental.

VI.- HIPOTESIS.

El instrumento tiene validez concurrente e identificará en un 80%, a los padres con factores de riesgo psicosociales para la adaptación de los padres ante la hospitalización del hijo lactante, en comparación con los que se identifican con una entrevista dirigida por un especialista de la Salud Mental.

VII. MATERIAL Y METODOS.

DISEÑO DE ESTUDIO: Observacional, descriptivo, transversal.

LUGAR DE REALIZACION DEL ESTUDIO:

En la Unidad Médica de Alta Especialidad de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social (UMAE) en la sala de Lactantes área del hospital, con cobertura a la Región Suroeste del país y diversos hospitales de Zona del Distrito Federal de mayo a agosto del 2008.

POBLACIÓN EN ESTUDIO:

Padres de lactantes hospitalizados.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Padre ó madre de lactantes hospitalizados.
2. Ingresados de primera vez o subsecuentes en las primeras 72 horas.
3. Que sepan leer y escribir.
4. Acepten participar mediante firma en la carta de consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Pacientes que ingresen originalmente a Terapia Intensiva o Neonatología y posteriormente se trasladen al servicio de Lactantes, debido a que si se retarda el tiempo para lograr la evaluación mediante entrevista dirigida, la gravedad del paciente y el pronóstico emitido por los médicos tratantes, influirían en la respuesta en la entrevista dirigida y por lo tanto en la comparación con lo obtenido por la ERPS.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

Padres de pacientes en las que por cualquier circunstancia no se completen las dos evaluaciones.

TABLA DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual.	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medición	Tipo
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la medición	Tiempo transcurrido en años y meses, de la fecha de nacimiento hasta la fecha actual.	Cuantitativa Discreta	Años	Demográfica
SEXO	Características físicas que determinan si el individuo es hombre o mujer	Características fenotípicas de los genitales.	Nominal dicotómica	Masculino Femenino	Demográfica
OCUPACIÓN DE LOS PADRES	Actividad productiva que desempeña un individuo	Actividad productiva remunerada o no que desempeñan los padres.	Nominal politómica	Trabajador en activo Trabaja por su cuenta Pensionado Jubilado Labores del Hogar	Demográfica
ESCOLARIDAD DE LOS PADRES	Numero de años de estudios realizados	Grado escolar alcanzado por los padres ya sea incompleto o completo.	Cuantitativa discreta	0 a 6 años. 7 a 9 años. 10 a 12 años. 13 o más.	Demográfica
ESTADO CIVIL DE LOS PADRES	Situación legal de la relación de pareja entre hombre y mujer	Estado legal de la relación de pareja entre madre y padre, manifestado verbalmente.	Nominal politómica	Unión libre Casados Divorciados	Demográfica
NUMERO DE HIJO	Número de hijo biológico que ocupa en la familia	Número de hermanos manifestados en el interrogatorio y reportados en la historia clínica.	Cuantitativa discreta	0 1 2 3 o más	demográfica
TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD	Tiempo transcurrido desde que inicio del padecimiento, hasta el momento de la primera consulta	Tiempo reportado de inicio de síntomas hasta el momento del diagnóstico.	Cuantitativa discreta	En días	Demográfica
ENFERMEDAD O CIRCUNSTANCIA CLÍNICA MOTIVO DE INGRESO	Entidad nosológica de acuerdo a CIE que en su evolución requiere de ingreso hospitalario ya sea para diagnóstico o para tratamiento	Diagnóstico específico, anotado por el medico tratante en la nota de Urgencias, de ingreso o Consulta externa, y que origina el internamiento.	Nominal politómica	Para cada enfermedad	Demográfica
DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA	Numero de días transcurridos desde el ingreso hasta el egreso del hospital	Número de días transcurridos desde el ingreso hasta el egreso, cuantificados en el expediente clínico.	Cuantitativa discreta	1 2 3 4 5 o más	Demográfica
RIESGO PSICOSOCIAL DE LOS PADRES	Alteraciones afectivas y sociales en los padres de niños, que afectan la atención de los pacientes durante la hospitalización	Alteraciones afectivas y sociales en los padres de niños, que pueden afectar la atención durante la hospitalización detectados a través de la entrevista dirigida por una Psicóloga experta.	Nominal dicotómica	Si No	Dependiente

VIII.- DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

El estudio se desarrolló en el Hospital de Pediatría del CMN Siglo XXI, que es una Unidad Médica de Alta Especialidad para la atención terciaria de niños, que recibe pacientes en edad pediátrica procedente de la zona sur del valle de México y de los estados de Querétaro, Guerrero, Chiapas y Morelos.

Se llevo a cabo con la siguiente secuencia:

1. Se identificó diariamente las camas a las que ingresaron los pacientes en el servicio de lactantes para evaluar si cumplían criterios de inclusión.
2. Una vez identificados y cumplidos los mencionados requisitos, se procedió a hacer una presentación formal del tutor y/o alumna con el familiar, se le solicitó su participación en el estudio y se le pidió además, en caso de aceptar, la firma de la carta de consentimiento informado de acuerdo al formato diseñado.
3. En las primeras 72h de su ingreso. se le concertó al familiar invitado, una cita con un Profesional adscrita al servicio de salud mental (Psicóloga Abigail Jiménez Márquez), para la realización de una entrevista oral dirigida, de acuerdo a las técnicas de su competencia profesional ⁽²⁰⁾
4. La Psicóloga estuvo cegada al resultado de la encuesta, y reportó por escrito el resultado de su entrevista, en una categoría nominal dicotómica (Riesgo psicosocial o sin riesgo psicosocial), además de describir en cual área estaba afectada (“emociones”, “redes de apoyo” o ambas), los resultados de todas las entrevistas fueron informados, al completar el tamaño de la muestra.
5. Cuando la psicóloga del equipo de investigadores, identificó algún familiar con riesgo psicosocial, por medio de la entrevista dirigida, de inmediato le informó y derivó al personal de Salud Mental adscrito al servicio de Hospitalización, para realizar las intervenciones necesarias. Esta acción no la conoció la tesista, ni ningún otro de los investigadores participantes.
6. Previa explicación del instrumento y de la forma de contestarla, le entregó el instrumento ERPS (autoaplicable) al familiar, Padre o Madre, para su llenado

se dio un tiempo de una hora, y se dejó abierta la posibilidad de preguntar cualquier duda que se tuviera sobre los instrumentos y la forma de contestarlo, pero se cuidó que la respuesta de la tesisista no influyera en la contestación final.

7. Se informó al personal participante del servicio de Salud Mental para la evaluación profesional en las primeras 72 horas de ingreso. Posteriormente concertó una cita en las siguientes 12-24h y mediante la técnica específica de su competencia, se realizó la entrevista oral dirigida.⁽²⁰⁾

8. Se recogió la ERPS y se procedió a calificarlo y por separado se capturó la información en la base de datos correspondiente elaborada *ex profeso*.

9. De manera cegada la psicóloga participante, hizo el seguimiento durante la estancia hospitalaria de los hijos de los Padres entrevistados para detectar si hubo algún problema durante la hospitalización ya sea de índole personal o médico.

10. Una vez cumplido el tamaño de muestra se procedió al análisis de los datos.

IX. TAMAÑO DE MUESTRA.

De una población aproximada de 600 pacientes probables durante el período de estudio de cinco meses. Se calculó con valor delta de 0.10, con una alfa de 0.5 y un error tipo II de 0.20, con nivel de confianza de 95% y se obtuvo un tamaño de muestra de 71 pacientes, con el programa Software EpilInfo6.

X. ANALISIS.

Se empleó estadística descriptiva para las variables de acuerdo con la escala de medición, con el uso de frecuencias simples y porcentajes, así como cálculo de medidas de tendencia central y de dispersión correspondientes. Para evaluar la validez concurrente y mediante Estadística inferencial, se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo negativo y positivo, a distintos niveles de de calificación de la ERPS y con esos datos se construyó la Curva COR correspondiente.

XI. ASPECTOS ETICOS.

El estudio se consideró de riesgo mínimo, la clasificación del 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. Por lo que se solicitara la participación mediante una carta de consentimiento informado.

Cuando se encontró alteración social o afectiva del familiar del paciente, al aplicarle la versión final de la encuesta, se contó con el apoyo necesario por el personal de Salud Mental del hospital para su manejo. El protocolo de investigación fue evaluado por el Comité de Investigación del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional SXXI en el año 2006 y se aprobó con el numero 2006/3603/005.

XII. FACTIBILIDAD.

Fue factible la realización debido a que se cuenta en el hospital con los padres de los pacientes lactantes hospitalizados.

Recursos Humanos.

Residente 4º año de Pediatría Medica que participó en el estudio con el trabajo de tesis para obtener el grado de Especialidad de Pediatría Médica por la Universidad Nacional Autónoma de México; La participación de los Tutores con experiencia en el tema y Colaboradores e Investigadores clínicos internos e incluso externos al hospital.

Recursos Físicos y Materiales.

En el hospital se cuenta con el servicio hospitalario y las camas para internar niños en etapa de lactantes, además del sistema de visita “madre-acompañante” que permite la estancia de algunos de los familiares del enfermo durante las 24 horas del día, si fuese necesario, y por lo tanto hubo tiempo suficiente para entrevistarles, previo consentimiento informado, también se contó con servicio de archivo clínico y expediente electrónico para obtener los datos que se requirieron de los pacientes; por otra parte, se usó papel e impresiones, lápiz, equipo de cómputo y software de paquete estadístico, que fueron costeados por los investigadores.

Recursos Financieros.

No se requirió financiamiento específico y los pocos gastos que se generaron fueron aportados por los tutores y la tesista

XIII. RESULTADOS.

En total de entrevistaron 80 padres o madres de Lactantes hospitalizados, pero se eliminaron en total 10 casos con encuesta completa pero en quienes no se completó la entrevista dirigida por el personal de Salud Mental participante, por lo que el grupo total, lo constituyeron finalmente 70 casos, con los cuales se cubrió casi totalmente el tamaño de muestra calculado originalmente (71).

En la tabla 1 se pueden observar los datos generales del grupo de niños hijos de los padres entrevistados, en donde se destaca la casi exacta relación 1:1 masculino femenino, casi el 70% son el primer o segundo hijo; por otra parte se muestra también que tanto la entrevista como la encuesta ERPS fueron efectuadas en los primeros tres días de estancia hospitalaria.

Tabla 1. Datos generales del grupo de niños hospitalizados, hijos de Padres y madres encuestados (n = 70)

Variable	n(%) o valor de tendencia central	Valores extremos
Sexo		
Femenino	36 (51.4%)	No aplica
Masculino	34 (48.6)	
Relación M:F	1:1.05	
Edad (meses)	6	1-18
Tiempo en que realizó la encuesta y entrevista dirigida (días)	2	1-5
Numero de hijo en la familia	24 (34.3)	1-5
Primero	34 (48.6)	
Segundo	10 (14.3)	
Tercero	0 (0)	
Cuarto	2 (2.9)	
Quinto o mas		
Tiempo de evolución de		

la enfermedad (días)	60	2-510
----------------------	----	-------

En la tabla 2, se describen los tipos principales de enfermedades así como el tiempo de evolución de la misma; y es de resaltar que mas del 25% de los padres del grupo de estudio no conoce el diagnóstico de su lactante.

Tabla 2. Grupo De Enfermedad Principal conocida por los Padres.

Grupo diagnóstico	N	Por ciento
No conocen el diagnóstico	19	27.1
Cardiológica	8	11.4
Quirúrgica menor	8	11.4
Hemato-oncológica	6	8.6
Enfermedad respiratoria	4	5.7
Urológica	4	5.7
Cirugía mayor	4	5.7
Digestiva	3	4.3
Oftalmológica	3	4.3
Dx. Genético	3	4.3
Neurológica	2	2.9
Traumatismos	2	2.9
Endocrinológica	2	2.9
Neurológica	1	1.4
Infectológica	1	1.4
Total	70	100.0

Las características generales de los padres se describen en la tabla 3, y es de señalar que la edad tanto del padre como de la madre tiene una mediana semejante, con respecto a la escolaridad también es muy semejante predominando nivel de preparatoria completa o carrera técnica, así mismo el 30% de las madres encuestadas tienen un trabajo fuera de casa.

Tabla 3. Datos Generales del Grupo de Padres encuestados (n = 70).

Variable	Mediana, moda, número o porcentaje	Valores extremos
Edad de la madre (md)	28.5	17-39
Edad del padre (md)	29	18-59
Escolaridad de la madre (grado máximo de estudio) <u>moda</u>	preparatoria	Primaria incompleta - postgrado
Escolaridad en el Padre (grado máximo de estudio) <u>moda</u>	preparatoria	Primaria incompleta - postgrado
Trabajo de la madre Hogar Fuera del Hogar	49 (70%) 21 (30%)	No aplica
Trabajo del padre Empleado Desempleado	69 (98.5%) 1 (1.5%)	No aplica

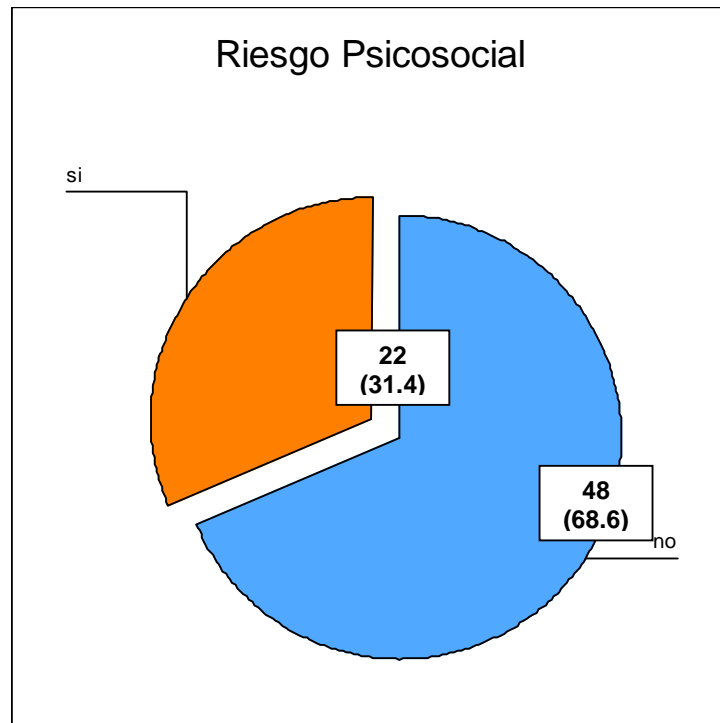
En la tabla numero 4 se desglosa la calificación obtenida en la ERPS, y se puede observar que mas del 57% obtuvo una calificación igual o menor a 40 puntos, la mediana obtenida fue de 38 con valores extremos en 4-79.

Tabla 4. Calificación de la ERPS en el grupo total (n = 70).

Calificación ERPS	"n"	porciento	Porciento acumulado
Mediana 38 (4-79)			
0-25	17	24.3	24.3
26-30	9	12.8	27.1
31-35	6	8.6	45.7
36-40	8	11.4	57.1
41-45	11	15.8	72.9
46-50	5	7.1	80
51-55	3	4.3	84.3
56-60	3	4.3	88.6
61-65	5	7.1	95.7
>65	3	4.3	100

En la figura1 se muestra la distribución numérica y porcentual de la evaluación por entrevista dirigida en busca de riesgo psicosocial, aplicada al grupo de Padres, y se puede observar que casi una tercera parte tenia riesgo psicosocial.

Figura 1 Evaluación del riesgo psicosocial, mediante entrevista dirigida por profesional Salud Mental



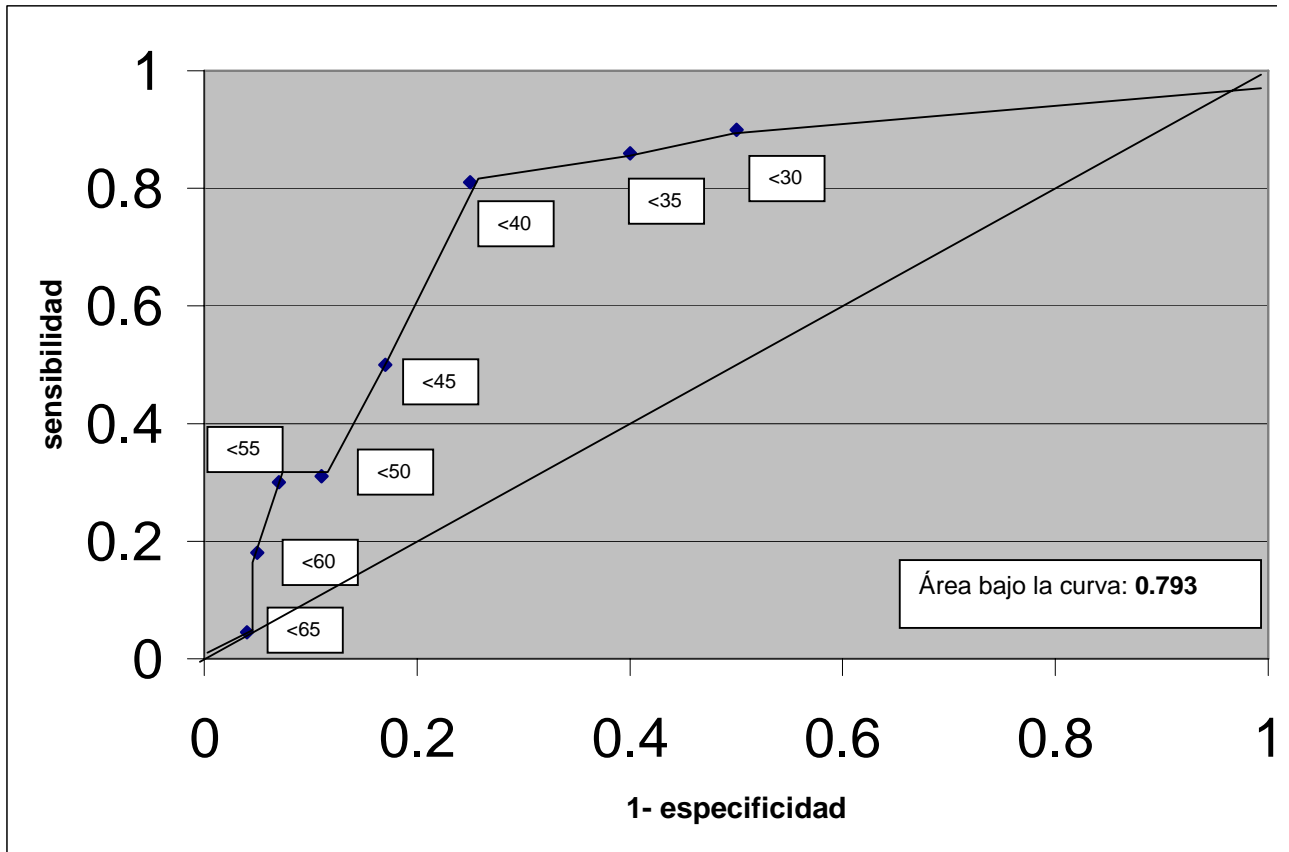
La ERPS aplicada se contrastó con los resultados reportados de la entrevista dirigida por la Psicóloga participante (estándar de oro), y con los resultados se calcularon la sensibilidad, especificidad, así como los valores predictivos negativos y positivos con distintos puntos de corte como se muestra en la tabla 5.

Tabla 5. Sensibilidad y Especificidad de la ERPS.

Punto de corte ERPS	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN
30	0.90	0.50	0.45	0.92
35	0.86	0.60	0.50	0.9
40	0.81	0.75	0.60	0.90
45	0.50	0.83	0.57	0.78
50	0.31	0.89	0.58	0.74
55	0.31	0.93	0.70	0.75
60	0.18	0.95	0.66	0.71
65	0.045	0.96	0.33	0.68

Con los datos de la tabla anterior se obtuvo la curva COR correspondiente, en donde se puede observar claramente que el mejor punto de corte con la máxima sensibilidad y especificidad es 40 puntos en la ERPS, con un área bajo la curva de 0.793, lo que se muestra gráficamente en la figura 2.

Figura 2. Curva COR de la ERPS *



*los números en los cuadros blancos corresponden a los distintos puntajes de corte de encuesta ERPS

XIV. DISCUSION.

La hospitalización de un niño, conlleva que la estabilidad de la familia a la que pertenece, sea trastocada por distintos factores de riesgo psicosociales (FRPS) conocidos, y es difícil establecer qué Padres o familiares requieren de apoyo psicológico por la presencia de estresores; En una investigación previa ⁽²⁷⁾, se diseñó un instrumento con ese fin denominado ERPS, del cual se evaluó y corroboró la validez interna, pero quedo sin evaluar cual era la validez concurrente del ERPS, por lo que el objetivo de este trabajo fue efectuar dicha validación.

Con respecto a las características del grupo de estudio de lactantes hospitalizados, tenían diagnósticos de un muy amplio grupo de enfermedades, muchas de ellas crónicas y graves, por sesgo de referencia, y que de acuerdo a lo publicado podrían influir negativamente, como estresor parental y favorecerían la presencia de riesgo psicosocial ^(2,29), sin embargo los resultados no corroboraron, este aspecto.

En la información concerniente a los padres, es de llamar la atención que el 27% de los padres encuestados desconozcan el diagnóstico o enfermedad principal de su hijo y que motivó el ingreso hospitalario del Lactante, este hecho favorece incertidumbre en los padres y afecta el área emocional; esta última afectación es uno de los dominios en detección por la encuesta "ERPS", por otra parte la falta de información hacia los padres o pacientes, sugiere problemas en la relación médico-paciente, médico-familiar, elemento reportado en México como una de las principales causas de inconformidad en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)⁽²⁹⁾, los datos anteriores sugieren la necesidad de implementar medidas para mejorar la información para los padres de niños hospitalizados en la Unidad médica sede del estudio.

Por otra parte, cuando se llevó a cabo el diseño y la validación de la encuesta ERPS⁽²⁷⁾, se determinó la validez interna, y se obtuvo un Coeficiente de Correlación Intraclase del 0.720 (IC 95% 0.552-0.814), con dichos datos, en el presente trabajo, se procedió a evaluar la validez concurrente, y se comparó con un estándar de oro, que fue la entrevista dirigida por una Psicóloga experta

en el área de terapia familiar, se calcularon los indicadores y la capacidad de la ERPS como prueba diagnóstica, y los resultados que se muestran en la tabla 5, informan de la sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN), a distintos cortes, y en la figura 2, la curva COR correspondiente identifica como mejor punto de corte a una calificación de 40, ya que por debajo de esta calificación, la probabilidad de tener RPS, es muy baja (falso negativo) es menor y por lo tanto, los padres cuya ERPS muestren calificaciones superiores deberán ser evaluados por personal de Salud Mental y de comprobar el riesgo psicosocial, iniciar intervención terapéutica; con la anterior información se podría catalogar a la ERPS, como una herramienta de escrutinio con muy buena especificidad, aunque menor sensibilidad, y que probablemente facilitará un envío oportuno a un servicio de apoyo psicológico en padres identificados con riesgo psicosocial alto probable, y con el potencial efecto benéfico sobre el paciente, al favorecer la estabilidad de sus padres y mejor apego al tratamiento.

La ERPS evaluada, cuenta con dos dominios, a saber: *redes de apoyo familiar* y *emociones* ante la hospitalización del hijo; en contraste con este instrumento, dos escalas que se han utilizado para evaluar padres de niños hospitalizados: la escala de Estrés en Padres (PSS)⁽²⁴⁾ y el Cuestionario de evaluación de la Ansiedad Estado y Rasgos en su versión para adulto⁽²⁵⁾, no evalúan de manera específica los dos dominios mencionados, elementos que permiten predecir el riesgo psicosocial ante un evento estresante, por ejemplo, la hospitalización del hijo(a); en 2001, Streisand y colaboradores, diseñaron la escala *Pediatric Inventory for parents* (PIP), que cuenta con 4 dominios, pero tiene el inconveniente de haber sido validada en un país desarrollado, en padres de pacientes oncológicos exclusivamente, es más compleja y no es autoaplicable, en comparación con la ERPS, que es autoaplicable y además es menos compleja.

Con lo anterior, y dado que la validación concurrente sugiere que es un instrumento confiable, aunado al hecho de que la ERPS, sea autoaplicable, validada en población nacional, y con diversas enfermedades, hacen que se presente como una alternativa diagnóstica de fácil uso, en áreas de

hospitalización pediátrica, tanto en lugares donde se cuente con servicios de salud mental, como en aquellos que carezcan del apoyo mencionado.

Finalmente existen algunos aspectos del estudio que requieren comentario aparte son:

El hecho de que la ERPS y la entrevista dirigida, se aplicaran en las primeras 72h de ingreso del niño al hospital, hacen que hasta este momento, la utilidad potencial de la ERPS sea como parte de la evaluación inicial, pero que convendría aplicarla periódicamente, durante la estancia hospitalaria del hijo, ya que las condiciones como: estancia prolongada, nuevos diagnósticos y/o complicaciones del padecimiento del niño, muy probablemente alterarán la estabilidad inicial, hecho que se observa en la práctica clínica diaria, aunque no cuantificado, Por otro lado, durante la hospitalización, se pueden conjuntar otros factores no evaluados ni ponderados en su magnitud y que pueden favorecer el riesgo psicosocial, durante estancias prolongadas, como son: el nivel socioeconómico de los padres, el riesgo de pérdida laboral por la necesidad de acompañar al hijo en su hospitalización, y la disminución de ingresos, ya que casi la tercera parte de las madres trabajaban fuera de casa.

La etapa pediátrica de los niños hospitalizados, en la que se evaluaron los padres fue solo en área de Lactantes, y sería conveniente un estudio en otras etapas pediátricas como preescolares, escolares o adolescentes, para evaluar su desempeño, ya que se han descrito alteraciones diferentes en el área emocional mientras mayor sea la edad del hijo, en relación a una potencial pérdida.

XV. CONCLUSIONES.

1. Se comprobó la validación concurrente de la ERPS, con la que se pudieron medir los factores de riesgo psicosocial en la adaptación de los padres ante la hospitalización de su hijo lactante, y a través del proceso analítico para la validez de una escala, se obtuvo una sensibilidad del 81%. Y con un área bajo la curva de 0.793, que la hace considerar como una prueba diagnóstica útil, válida y reproducible.
2. Se comprobó la utilidad de la encuesta ERPS en el área clínica de padres de pacientes Lactantes, al obtener un criterio cuantitativo para la detección de riesgo psicosocial que requiera de atención especializada, en prevención de problemas ulteriores.
3. Se propone a la ERPS como una herramienta de escrutinio de uso habitual, al ingreso, para la detección de eventuales problemas de riesgo psicosocial ante la hospitalización de un hijo.
4. Se requiere de estudios posteriores en dos aspectos:
 - a. Validación en otras etapas pediátricas.
 - b. Evaluar la utilidad de la aplicación periódica de la ERPS, en padres de niños con estancia hospitalaria prolongada o en pacientes con complicaciones de enfermedades crónicas o potencialmente fatales, aunque inicialmente se hayan clasificado como padres sin riesgo psicosocial.

XVI. BIBLIOGRAFIA.

1. Rodríguez M, Zurriaga R. Estrés, Enfermedad y Hospitalización. Granada: Monografía de la Escuela Andaluza de Salud Pública. 1997; 17.
2. Serradas F. Pedagogy at the hospital and the sick child: another aspect of family intervention. Rev Ped 2003; 24: 1-15.
3. Attie-Aceves C. La familia del niño cardiópata. Archivo del Instituto de Cardiología de México. 1995; 65: 159-167.
- 4 Tomlinson P, et al. The influence of illness severity and family resources on maternal uncertainty during critical pediatric hospitalization. Am J of Critical Care. 1996; 5: 140-146.
5. Méndez F, Ortigosa J, Quiles M, Pedroche S. Preparación psicológica a la hospitalización infantil: repercusiones psicológicas. Psicología Conductual. Madrid: Biblioteca Nueva. 1996; 4: 155- 174.
6. Polaino A, Abad M. Elogio de la familia en el contexto de la enfermedad. 7ª. ed. Editorial Real España; 2000: 131-145.
7. Ezpeleta L. Factores de Riesgo en Psicopatología del Desarrollo. Ed. Masson. México. 2005: 181-199.
8. Mesa P. El Marco Teórico de la Psicopatología. Manuales Universitarios. España; 1986.
9. Douglas J. Early Hospital Admissions and Later Disturbances of Behavior and Learning Developmental Medicine and Child Neurology. 1998; 17: 456-480.
10. Perri E, et. al. Chronic Conditions: behavioral on developmental pediatrics. 1995: 95-100.
11. Ortigosa J, Méndez F, Olivares J. Teoría y Prácticas: hospitalización infantil, repercusiones psicológicas. Ed. Biblioteca Nueva. España; 2000.
12. Barrio V, Mestre V. Evaluación Psicológica en Niños Hospitalizados. Revista de Psicología de la Salud 1989; 1: 83-103.
13. Maldonado M, González H, Cárdenas J, Saucedo J. Psiquiatría de Enlace en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: interfase entre la psiquiatría del lactante y la neonatología. Bol Med Hosp Infant Mex. 1993; 50: 754-759.
14. Taylor D. Psychopharmacology of Anticonvulsivants. Ed. Somber. Francia. 1982: 129-135.

15. Rutter M, Hersov L. Child and Adolescent Psychiatry: modern approaches. 2ª. ed. Ed. Blackwell Scientific Publications USA. 1990: 34-51, 254-277, 599-610.
16. Belsky K, Cassidy. Theory and Evidence in Development Through Life: a handbook for clinicians. Edit. Oxford Blachmell Scientific Publications. Gran Bretaña 1994.
17. León B, Poudereux M, Jiménez C, Belaústegui A. Psychological Intervention System In Neonatal Intensive Care Unit: psychological intervention in preterm neonate's parents. Rev. Mapfre Medicina. 2005; Vol.16 (2).
18. Pasquini P, Liotti G, Mazzotti E, Fassone G, Picardi A. Risk Factors in the Early Family Life of Patients Suffering from Dissociativ Disorders. Acta Psychiar Scand. 2002; 105: 110-116.
19. De Ajuriaguerra J. Manual de Psiquiatria Infantil 4ª. Ed. Masson. Francia. 2002. p: 845-864.
20. Salinas JL. Modelo psicodinámico-sistemático de evaluación familiar salinas Rev Inv Clin 1992;44:169-186,
21. Martínez A. Aspectos Psicológicos de la Hospitalización Infantil. En L. Chaure y M. Inarejos (Eds.), Enfermería Pediátrica. Ed. Masson. España. 2001. p: 313-325.
22. Molinero L. Cuestionarios de Salud. Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión, febrero 1998. p: 1-5.
23. Hernández R, et al. Metodología de la investigación. México 1988
24. Reparaz C, Polaino L. Estudios Preliminares de Validez de la Escala PSS: cuestionario de estrés en padres de niños hospitalizados. Revista de Psicología Clínica y Salud. 1997; 8: 24.
25. Spielberger, Gursuch, Lushene. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory: self evaluation questionnaire. Ed. STAI. 1988.
26. Alejos M, Aràoz L, Castañeda A. Ansiedad Estado-Rasgo en niños y adolescentes durante la hospitalización. El portal del mundo de la Psicología 2003.
27. Díaz I, Castañeta G. González H, Villanueva M, Sotomayor M. Validación de un instrumento para identificar los factores de riesgo psicosocial en la adaptación de padres ante la hospitalización de su hijo lactante. Tesis para la obtención del título de Especialista en Pediatría Médica. México 2006
28. www.inegi.org.mx/est/contenidos
29. www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/10años.

ENCUESTA PARA IDENTIFICAR RIESGOS PSICOSOCIALES EN PADRES DE NIÑOS LACTANTES HOSPITALIZADOS (ERPS)

FOLIO: _____

Cama: _____

No. Afiliación: _____

Tiempo de evolución de la enfermedad _____

DÍA	MES	AÑO	

El siguiente es un cuestionario que nos permitirá conocer las condiciones de salud familiar de su hijo (a), el cual está en la fase de ser evaluado, por lo cual le solicitamos nos apoye contestando a todas las preguntas de la manera más acorde a su forma de sentir o pensar. Ninguna respuesta es correcta o incorrecta.

Por favor complete los siguientes datos

Nombre de su hijo (a): _____ Su edad: ____ Años ____ Meses ____ Días

Sexo: Femenino (0) ____ Masculino (1) ____ No determinado (2) ____

¿Cuántos hijos tiene? _____ ¿Que lugar ocupa entre ellos? _____

¿Es la primera vez que ingresa a este hospital? Si ____ No ____

¿Cuántos días tiene su hijo (a) hospitalizado? _____

¿En este tiempo, cómo ve a su hijo en cuanto a su enfermedad? Mejorada (0) Igual (1) Peor (2)

Vive en el Distrito Federal si ____ Es Foráneo: ____

¿Qué enfermedad le han dicho que tiene su hijo?

Edad del papá ____ Ocupación: empleado__ trabaja por su cuenta __ jubilado __ pensionado__ hogar__ ¿Hasta que año estudio? _____

Edad de la mamá ____ ocupación: empleada__ trabaja por su cuenta __ jubilada __ pensionada__ hogar__ ¿Hasta que año estudio? _____

MARQUE CON UNA "X" EN LA RESPUESTA QUE MAS SE ACERQUE A SU SITUACION O PENSAMIENTO. NO DEJE PREGUNTAS SIN CONTESTAR.

	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 en 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. Con frecuencia otros familiares cuidan a mi bebé cuando estoy trabajando.				
7. Recibo con frecuencia visitas de mis parientes.				
8. Mi pareja participa en el cuidado del bebé hospitalizado.				
9. Mi familia me ayuda a entender la información del padecimiento de mi hijo.				
10. Estoy satisfecha (o) con el soporte emocional que me brindan mis familiares.				

11. Tengo una adecuada comunicación con el personal del hospital.				
12. Mi pareja me apoya a cuidar a mi bebé hospitalizado. [<i>no tengo pareja</i>]				
13. Mis parientes me ayudan con mis otros hijos. [<i>no tengo otros hijos</i>]				

	Absolutamente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
14. Me enojo fácilmente.				
15. Con frecuencia necesito algo de comer o fumar o mordirme las uñas.				
16. Trato de hacer las cosas rápidamente para ganar tiempo.				
17. Me siento tenso (a) y no me puedo relajar.				
18. Con frecuencia tengo deseos de llorar.				
19. Con frecuencia me siento inquieto (a) e impaciente.				
20. Me siento nostálgico(a) en ocasiones.				
21. Constantemente me siento triste o desanimada (o).				
22. Me siento muy cansada (o) y no se cual es el motivo.				
23. Me siento muy preocupado por la salud de mi bebe, aunque su médico o mi familia me dicen que esta mejorando.				
24. Tengo miedo de no saber ayudar a mi bebe como el lo necesita.				
25.- Me siento culpable de lo que le pasa a mi hijo(a)				
26.- Siento que mi bebe no se recupera como yo espero				
27. Estoy triste por las consecuencias que esta enfermedad puede dejar en mi hijo (a).				
28. Me siento alterada (o) cuando pienso que la vida de mi hijo(a) puede ser breve.				
29. Me siento muy triste ante la situación de mi hijo.				
30. Tengo preocupación por el futuro de mi hijo.				
31. Estoy ansiosa (o) por conocer el diagnóstico del padecimiento.				
32. Tengo temor de conocer el pronóstico de la enfermedad de mi hijo(a).				

33. Siento que es injusto lo que le esta pasando a mi hijo(a).				
--	--	--	--	--

Le agradecemos su participación.

ANEXO II

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, ANEXO DF: a _____ de _____ 2008.

Carta de consentimiento informado.

La (el) que suscribe: _____ padre/madre de: _____, acepto participar en el estudio de investigación denominado: "VALIDACIÓN CONCURRENTE DE UN INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAR LOS RIESGOS PSICOSOCIALES PARA LA ADAPTACION DE LOS PADRES ANTE LA HOSPITALIZACION DE NIÑOS LACTANTES".

He sido informado que mi participación consistirá en:

1.- Responder un cuestionario escrito y verbal. Con carácter de anónimo, de forma sincera y completa, que consiste en 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.- Existe la alternativa de ayuda especializada por personal de la salud mental en caso de así considerarlo y aceptarlo.

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

En todo momento podré externar las dudas médicas a mi médico tratante o si tengo dudas con respecto a mis respuestas del cuestionario y entrevista verbal, podré preguntar a los investigadores responsables Dra. Graciela Castañeda Muciño y al Dr Héctor J González Cabello en el teléfono 56276900 ext. 22472 y 22471.

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

Firma

