



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD

HOSPITAL GENERAL

“DR. GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA”

CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

*“RELACION ENTRE LA EFICACIA DE LOS JUEGOS
TERAPEUTICOS Y LA SATISFACCION DE LA
ATENCIÓN MEDICA EN LA VISITA PREANESTESICA
COMO INDICADOR DE CALIDAD EN PADRES DE
PACIENTES PEDIÁTRICOS PROGRAMADOS PARA
CIRUGIA ELECTIVA”*

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE MÉDICO

SUBESPECIALISTA EN

ANESTESIOLOGÍA PEDIÁTRICA

PRESENTA:

DRA. MARIA DEL ROCIO VILLAGÓMEZ CASTILLO

ASESORES:

DR. JUAN JOSÉ DOSTA HERRERA

DRA. MAYTE MENDOZA CELIS

CDMX .2016





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.

DRA. LUZ ARCELIA CAMPOS NAVARRO
Directora de Educación e Investigación en Salud
U.M.A.E Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza”
Centro Médico Nacional “La Raza”
Instituto Mexicano del Seguro Social

DR. JUAN JOSÉ DOSTA HERRERA
Profesor Titular del Curso Universitario de Especialización en Anestesiología
Pediátrica (UNAM)
U.M.A.E Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza”
Centro Médico Nacional “La Raza”
Instituto Mexicano del Seguro Social

Número de Registro del Estudio:

R-2016-3502-1

ASESORES:

DR. JUAN JOSÉ DOSTA HERRERA

DRA. MAYTE MENDOZA CELIS

DRA. MARIA DEL ROCIO VILLAGÓMEZ CASTILLO
Residente de Segundo año de la Sub-especialidad de Anestesiología Pediátrica
U.M.A.E Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza”
Centro Médico Nacional “La Raza”
Instituto Mexicano del Seguro Social



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3502
HOSPITAL GENERAL DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA, CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA, D.F. NORTE

FECHA **22/01/2016**

DR. JUAN JOSÉ DOSTA HERRERA

P R E S E N T E

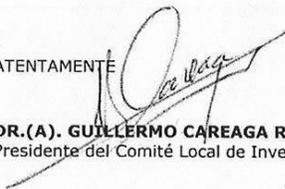
Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

RELACION ENTRE LA EFICACIA DE LOS JUEGOS TERAPEUTICOS Y LA SATISFACCION DE LA ATENCION MEDICA EN LA VISITA PREANESTESICA COMO INDICADOR DE CALIDAD EN PADRES DE PACIENTES PEDIATRICOS PROGRAMADOS PARA CIRUGIA ELECTIVA

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2016-3502-1

ATENTAMENTE


DR. (A). GUILLERMO CAREAGA REYNA
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3502

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CONTENIDO

	PAGINA
1. Resumen	7
2. Abstract	9
3. Antecedentes	11
4. Material y métodos	18
5. Resultados	20
6. Discusión	32
7. Conclusiones	35
8. Bibliografía	36
9. Anexos	40

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

ABREVIATURA	
ASA	American Society Anesthesiology
EAPY-m	Escala de Ansiedad Preoperatoria de Yale modificada
PPQS	Postoperative Parents' Satisfaction Questionnaire

1. RESUMEN

RELACIÓN ENTRE LA EFICACIA DE LOS JUEGOS TERAPÉUTICOS Y LA SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN LA VISITA PREANESTÉSICA COMO INDICADOR DE CALIDAD EN PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS PROGRAMADOS PARA CIRUGÍA ELECTIVA. Dosta HJ, Mendoza CM, Villagómez CM.

Objetivos. Conocer la relación entre la eficacia del juego terapéutico y la calidad de la atención médica en la visita pre anestésica evaluada mediante la satisfacción de los padres y la disminución de la ansiedad en niños.

Material y métodos. Previa autorización del Comité de Ética e Investigación del Hospital General CMN La Raza, se efectuara un estudio clínico ambiespectivo, descriptivo, transversal, experimental, en pacientes pediátricos de 7 – 12 años, programados para cirugía electiva, bajo Anestesia general Balanceada. Fueron asignados de manera aleatoria en 2 grupos: GRUPO A) Aplicación de juegos terapéuticos al niño durante la visita pre anestésica y firma de consentimiento informado, y GRUPO B) Visita pre anestésica de manera convencional, con firma de consentimiento informado. Se evaluó la eficacia del juego terapéutico, determinando la ansiedad a través de la escala YALE-modificada para los niños y la satisfacción de la atención médica en los padres mediante la escala de PPSQ, adaptada para la valoración de la atención pre anestésica del presente estudio, como un indicador de calidad.

Resultados. Se encontró mayor frecuencia de satisfacción en los padres de pacientes pediátricos a quienes se les aplicó el juego terapéutico. Correlacionando los niveles de ansiedad en el niño con la satisfacción del padre de familia al aplicar el juego terapéutico durante la visita pre anestésica, del total de 24 padres satisfechos del grupo A: 17 niños no presentaron ansiedad lo que corresponde a un 70.8% mientras que 7 niños cursaron ansiosos representando 29.1%; de los 2 padres no satisfechos del grupo A, sus hijos no mostraron ansiedad correspondiendo a un 100% de niños sin ansiedad. El valor de Chi cuadrada para

el grupo de padres que refirió satisfacción con la visita pre anestésica es de 0.001, lo cual es significativamente estadístico.

Conclusiones. Al correlacionar los niveles de ansiedad en el niño con la satisfacción del padre de familia se demostró la relación de menor ansiedad y mayor satisfacción tras la aplicación del juego terapéutico durante la visita pre anestésica, demostrando así su eficacia como estrategia no farmacológica en la preparación psicológica del niño para cirugía electiva, al cumplir con estos objetivos puede concluirse que el juego terapéutico eleva la calidad de la atención médica peri operatoria.

PALABRAS CLAVE: juego terapéutico, satisfacción, visita pre anestésica, calidad.

2. ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN THE EFFECTIVENESS OF THERAPEUTIC GAMES AND SATISFACTION OF CARE IN THE VISIT PRE ANESTHETIC FOR AS AN INDICATOR OF QUALITY IN PARENTS OF PEDIATRIC PATIENTS ELECTIVE SURGERY SCHEDULED. Dosta HJ, Mendoza CM, Villagómez CM.

Objectives. Knowing the relationship between the efficacy of therapeutic play and quality of medical care in the pre-anesthetic visit assessed by parental satisfaction and reduced anxiety in children.

Material and methods. This study was approved by the Ethics Committee and Research General Hospital CMN La Raza, a ambispective, descriptive, transversal, experimental trial to take place, in pediatric patients aged 7-12 years old, scheduled for elective surgery under general balanced anesthesia. They were randomly assigned into 2 groups: GROUP A) Application of therapeutic play the child during pre anesthetic visit and signing of informed consent, and GROUP B) pre anesthetic visit conventionally, signed informed consent. The efficacy of therapeutic play was evaluated by the scale-modified YALE for children and meeting health care on parents by PPSQ scale, adapted for the evaluation of the pre-anesthetic care of this study, as an indicator of quality.

Results. Increased frequency of satisfaction in parents of pediatric patients who were administered the therapy game found. Correlating the levels of anxiety in children with parent satisfaction by applying the therapeutic play during the pre-anesthetic visit, the total of 24 parents satisfied Group A: 17 children showed no anxiety which corresponds to 70.8% while 7 children were enrolled eager representing 29.1%; of the 2 parents dissatisfied group A, their children did not show anxiety corresponding to 100% of children without anxiety. Chi square value for the group of parents who reported satisfaction with pre anesthetic visit is 0.001, which is statistically significant.

Conclusions. By correlating the levels of anxiety in children with parent satisfaction ratio less anxiety and greater satisfaction she was demonstrated after

application of therapeutic play during the pre-anesthetic visit, demonstrating its effectiveness as pharmacological strategy in the psychological preparation child for elective surgery to meet these objectives it can be concluded that the therapeutic game raises the quality of the peri-operative care.

KEYWORDS: therapeutic play, satisfaction, pre-anesthetic visit quality.

3. ANTECEDENTES

La cirugía puede ser una experiencia amenazante para cualquiera, especialmente para niños. Los niños son más vulnerables debido a su falta de conocimiento de procedimientos, falta de percepción de control, falta de explicación de términos apropiados para su edad y falta del manejo del dolor (1, 2). El derecho a la información pertenece al paciente pediátrico y debe ser ejercido, por los profesionales que le atienden con la mayor diligencia posible (3).

La importancia de la participación del anestesiólogo es indiscutible, debido a que su principal objetivo es: «cuidar que el paciente enfrente en forma segura y cómoda la cirugía»; no obstante, se encarga de todos los aspectos «no quirúrgicos» en el cuidado de los enfermos (4). Su función es realizar valoraciones que le sirvan como herramienta diagnóstica, pronóstica y terapéutica durante las etapas pre, trans y post-anestésica, todas estas acciones de nuestra especialidad se realizan peri operatoriamente, es decir, antes, durante y después de los procedimientos anestésicos (5, 6).

Li y Lam (2003) revelaron niveles relativamente altos de ansiedad preoperatoria en niños y padres a pesar de recibir información del cuidado pre y postoperatorio. Los padres a menudo están bajo estrés y preocupados por el cuidado de sus hijos mientras es presentada la información del procedimiento anestésico. Expresar emociones negativas es importante porque informa al médico problemas que pueden interferir con el tratamiento o mal entender las implicaciones de la enfermedad. Expresar las emociones positivas ayuda a afirmar la relación médico paciente. (1, 7, 8).

Bevan et al. Han demostrado que la ansiedad de los parientes es un factor de gran relevancia e influencia bajo los niveles de ansiedad de los niños en el período preoperatorio y que aporta con el efectivo desarrollo de las alteraciones

del comportamiento en el postoperatorio de los pacientes pediátricos (8, 9). Entre las estrategias para la reducción de la ansiedad en la población pediátrica, los abordajes no farmacológicos por medio de terapias alternativas que actúan en los aspectos psicológicos, son tan importantes como los farmacológicos (2, 10). Actualmente se observa una gran motivación para las intervenciones no farmacológicas dirigidas al alivio de la ansiedad de los niños y de sus parientes (11). Eso se debe, en parte, al gran crecimiento de la práctica ambulatoria y a una mayor participación y permanencia de los padres durante la hospitalización de los niños, pero también a las nuevas estrategias institucionales que han venido motivando una práctica médica más humanitaria (6, 12). Domínguez y colaboradores (2015) realizaron un video informativo para disminuir la ansiedad en los padres e hijos sometidos a cirugía cardiovascular, en el cual encontraron que los niveles de ansiedad del paciente pediátrico evaluado se relacionan de manera significativa con el nivel de ansiedad que muestran los padres evaluados con la escala de Hamilton durante la visita pre anestésica.

En décadas pasadas ha habido un incremento en el uso de juegos terapéuticos para ayudar al niño a enfrentar el estrés de la hospitalización en muchas ciudades occidentales. El Juego terapéutico según LeVieux-Anglin y Sawyer (1993), se define como la estructura de actividades diseñada acorde a la edad, desarrollo cognitivo y estado de salud que promueven el bienestar físico, psicológico y fisiológico del niño al experimentar una situación de vida inusual para su edad, como la hospitalización y la cirugía (1, 2, 13). Son aceptados por niños, padres y profesionales de la salud. La mayoría de los niños disfruta de estas actividades encontrándolas divertidas o interesantes, además de ser un recurso no costoso y de alto contenido familiar (14). Son aptos para todas las edades, independientemente de su raza, género, nivel cultural y socioeconómico, empleándose incluso en el manejo de depresión, ansiedad, síntomas de agresividad, trastorno de déficit de atención con hiperactividad, trastorno bipolar y autismo, en los cuales se ha demostrado su eficacia en la mejoría de los síntomas a largo plazo, por lo que su uso en pacientes sin trastornos psiquiátricos queda

perfectamente justificado con la finalidad de preparar al niño para enfrentarse a un entorno desconocido (15).

Vessey y Mahon (1990) determinaron que el objetivo central del juego terapéutico es facilitar el bienestar emocional y físico del niño hospitalizado (16). Armstrong (2000) afirmó que el juego permite al niño no solo obtener placer, también le ayuda a desestresarse de las experiencias amenazantes al enfrentar procedimientos médicos y el ámbito desconocido (17).

Entre el juego terapéutico, destacamos el uso del juguete terapéutico, existen diferentes tipos dependiendo su propósito y rol dentro del juego terapéutico. Le permite al niño aprender de un evento específico (cirugía o procedimiento invasivo), su uso rutinario en unidades pediátricas se justifica por el hecho de proporcionar información clara acerca de la necesidad de hospitalización y cirugía, que ayuda a aliviar la ansiedad, haciendo que se sientan seguros y capaces de confiar en el adulto que lo cuida. Los padres y los profesionales encuentran difícil para transmitir esta información, a menudo omitiendo la verdad, en un intento de no provocar angustia en el niño, sin embargo al enfrentarse al ámbito quirúrgico, la confianza del menor en los adultos que cuidan de ellos se remueve, sintiéndose no queridos. Numerosos estudios de casos han descrito los beneficios del juego terapéutico en niños hospitalizados, tales como identificar las necesidades psicosociales específicas del paciente pediátrico oncológico (O'Connor y Drennan 2003); y minimizar las emociones negativas en el paciente pediátrico durante la toma de muestras sanguíneas (Ribeiro, Sbates & Ribeiro 2001). Aunque los padres pueden no participar directamente en el juego terapéutico, ellos se benefician viendo las actividades y las explicaciones dadas a sus hijos, sintiéndose conformes y bien informados. También los padres pueden tranquilizarse observando a sus hijos participando en actividades "normales" e interactuar con otros niños (1, 2, 13, 18).

El sistema de Lazarus y Folkman (1984) es uno de las teorías más usadas que guían a examinar cómo la gente responde al estrés, evaluación cognitiva y tolerancia. Sin embargo como la mayoría de teorías conocidas sobre el estrés y afrontamiento, deriva de la perspectiva adulta. Se ha observado que la naturaleza del temor en los niños y su manera de enfrentarlo depende de su desarrollo cognitivo y psicosocial el cual está demostrado es distinto al del adulto (Peterson 1989) (2, 19).

La teoría del desarrollo psicosocial de Erikson y la teoría de desarrollo cognitivo de Piaget fueron primariamente responsables de guiar a investigadores de este estudio a diseñar juegos terapéuticos apropiados a la edad. Integrando los conceptos de las teorías del desarrollo, los resultados del efecto de los juegos terapéuticos en niños pueden ser maximizados (20).

Los niños que recibieron intervención de juegos terapéuticos reportaron puntajes más bajos de ansiedad en el periodo pre y post operatorio que los niños que recibieron solo información. En general, se acepta que la información a transmitir estará en consonancia con el desarrollo cognitivo y emocional del menor. La aplicación de juegos terapéuticos aumenta en el niño la sensación de control a través de interactuar con el entorno quirúrgico-anestésico incrementando su familiaridad a este. A través de la demostración por el investigador y la práctica del procedimiento anestésico por el niño, adquiere la preparación para enfrentar la situación de estrés y adquirir la sensación grata del control. La literatura previa identifica que la inducción anestésica es el proceso más estresante y amenazador para los niños. El uso de un muñeco para explicar este procedimiento a los niños les ayuda a hacer menos complicados los términos anestésicos y por tanto minimizar la ansiedad de los niños (1, 3, 14, 21, 22).

Involucrar a los padres en el juego terapéutico puede aumentar su percepción acerca de la competencia profesional y la calidad del cuidado. La PPSQ por sus siglas en inglés (postoperative parents satisfaction questionnaire)

es una escala que mide la percepción de los padres y sus opiniones de las intervenciones preoperatorias, y el hecho que tengan relevancia, sean idóneas y apropiadas para ayudar al niño a afrontar el estrés de la cirugía. En el estudio de Ho Cheung se observó que los padres que recibieron información a través de los juegos terapéuticos aplicados a sus hijos reportaron estadísticamente niveles más altos de satisfacción en relación a los que recibieron información de rutina (1, 23).

El PPSQ fue originalmente desarrollado como medida de satisfacción en padres chinos encaminada a la preparación psico-educacional que reciben preoperatoriamente. Este cuestionario fue modificado para emplearse con padres cuyos hijos fueron programados a cirugía. Consiste en 8 ítems, que otorgan un puntaje de 1 a 4, con puntaje total posible de 8 a 32. Las puntuaciones más altas indican mayor satisfacción. La evaluación de las propiedades psicométricas del PPSQ demuestra una buena validez de contenido y alta fiabilidad (24).

Pascoe define la satisfacción del paciente como una reacción que consiste en una "evaluación cognitiva y de respuesta emocional " a la atención que reciben. Es, por lo tanto, parece prudente para asegurar que los pacientes están implicados en el desarrollo de herramientas de satisfacción (25). Es un término que se introdujo en la medicina en los años noventa, conociéndose desde entonces su carácter subjetivo y lo difícil de su medición; hoy por hoy es un gran indicador de la atención y calidad de la asistencia médica, que contribuye a la evaluación de la estructura, el proceso y el resultado de los servicios de salud (26, 27). Presupone una evaluación subjetiva menos emotiva que la felicidad y pone en juego factores cognitivos en forma más acentuada (28). Muchos factores contribuyen a ésta, incluyendo la accesibilidad de los servicios, la estructura institucional, las relaciones interpersonales, la competencia de los profesionales de la salud y las expectativas o preferencias propias del paciente (6, 29). La fuente de Insatisfacción más frecuente es la falta de Información sobre sus enfermedades y su tratamiento. Por tanto, la satisfacción de los pacientes tras un acto anestésico

es una medida de calidad de la asistencia que contribuye a la evaluación final del centro sanitario (4, 25, 30).

Diversas teorías psicológicas sugieren que la satisfacción del paciente es un concepto multidimensional que incluye componentes sociodemográficos, cognitivos y afectivos; es la combinación entre las expectativas de éste y la percepción del servicio recibido. Cada paciente comienza con una comparación estándar contra la cual va a juzgar su nueva experiencia; un cambio en la satisfacción ocurre cuando la diferencia entre la situación actual y la expectativa excede la capacidad de asimilar la diferencia por parte del paciente, por lo tanto, la satisfacción depende de la congruencia entre lo que espera el paciente y lo que ocurre realmente (25, 31, 32). Entre estos componentes, encontramos los relacionados con el paciente, como factores sociodemográficos: edad, sexo, grado de educación, estado marital, ocupación, raza, etc.; los relacionados con el proveedor de salud como: interacciones verbales, no verbales y competencia profesional; y los relacionados con el proceso en sí, como: accesibilidad, conveniencia, servicios auxiliares, factores burocráticos, costos, factores ambientales y organización de los servicios de salud. No ha sido fácil encontrar la relación entre estos factores y la satisfacción del paciente desde el punto de vista estadístico y hasta hoy no es claro cuáles de ellos son los más importantes (6, 33, 34).

Para la medición de la satisfacción del paciente, se han utilizado instrumentos unidimensionales (escala numérica, escala visual análoga y escalas categóricas tipo Likert) que brindan información global acerca de todo el cuidado en salud recibida, y encuestas multidimensionales de compleja construcción psicométrica que pueden dar información más específica y confiable por la gran cantidad de variables que evalúan (35). A gran escala se han utilizado cuestionarios como el QoR (por sus siglas en inglés *Quality of Recovery Score*) y la versión expandida QoR-40 en países como Australia (36).

Incrementar la satisfacción de los padres es de suma importancia en la competitividad de la cirugía pediátrica actual. La satisfacción de los padres es una medida muy importante al evaluar la calidad del cuidado a la salud pediátrica. La calidad en el cuidado de la salud ha sido definida como el grado en el cual los servicios incrementan la tasa de resultados óptimos que son consistentes con el conocimiento médico vigente. La calidad de vida es relevante en este contexto y puede ser medida después de la anestesia y cirugía bajo dimensiones objetivas y subjetivas (efectos adversos y satisfacción del paciente, respectivamente) (4, 37).

A nivel nacional, la calidad en los servicios de salud es monitorizada por el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) enfocado desde la visión de la calidad del servicio y la eficiencia, que busca conocer la opinión de los usuarios para mejorar el funcionamiento de las unidades médicas, el cual dentro de sus índices de indicadores contiene la satisfacción por la información proporcionada por el médico (38).

4. MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio clínico, descriptivo, ambiespectivo, transversal, comparativo y experimental en pacientes pediátricos de 7 a 12 años programados para cirugía electiva de los servicios de otorrinolaringología, urología, cirugía plástica y reconstructiva y en los padres de dichos pacientes, en el período comprendido del 1º de marzo del 2014 al 30 de enero de 2016. Previa autorización del Comité local de Investigación y ética de la Unidad Médica del Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza” del Centro Médico Nacional “La Raza” del Instituto Mexicano del Seguro Social y previo consentimiento informado por el padre o tutor del paciente pediátrico. Con el objetivo principal de conocer la relación entre la eficacia del juego terapéutico y la calidad de la atención médica en la visita pre anestésica evaluada mediante la satisfacción de los padres y la disminución de la ansiedad en niños, que serán sometidos a anestesia general balanceada. De acuerdo a la programación quirúrgica, un día previo a la cirugía se identificaron los pacientes pediátricos que cumplían criterios de inclusión y se dividieron en 2 grupos de 26 pacientes cada uno, aleatorizados mediante un “volado” y asignándose al grupo A o grupo B. El Grupo A) Aplicación de juegos terapéuticos al niño durante la visita pre anestésica y firma de consentimiento informado, y Grupo B) Visita pre anestésica de manera convencional, con firma de consentimiento informado. En el grupo A), la aplicación de juegos terapéuticos consistió en ejemplificarle al niño la inducción anestésica, mediante un muñeco e insumos de rutina empleados, como mascarilla facial con circuito anestésico, bolsa reservorio, tubo endotraqueal, laringoscopio, equipo de venoclisis y monitor para parámetros no invasivos (electrodos, pulsioximetría, brazalete para toma de presión arterial), y posterior a la demostración por el investigador, se invitó al niño a interactuar con el material y equipo, siendo su turno de jugar, efectuando en el muñeco el procedimiento anestésico, bajo supervisión del investigador. Al término del juego, se invitó al padre y al niño a realizar preguntas acerca de la técnica anestésica. En el grupo B se aplicó de manera convencional la visita pre

anestésica y firma de Consentimiento Informado. Al término de la visita en ambos grupos, se aplicó los test de ansiedad y PPSQ a padres e hijos correspondientes.

Los siguientes fueron los criterios de inclusión: niños programados para cirugía electiva, edad entre 7 y 12 años, con estado físico de la ASA I-II, de los servicios de otorrinolaringología, cirugía plástica urología, cuyos padres firmaron el consentimiento informado; se excluyeron pacientes en cirugía de urgencia, menores de 7 y mayores de 12 años, con retraso psicomotor severo, con enfermedades neurológicas que alteren la percepción y habilidades de comunicación, pacientes intubados previamente a la cirugía, y pacientes con estancia en Unidad de cuidados intensivos.

Se evaluó la eficacia del juego terapéutico, determinando la ansiedad a través de la escala de ansiedad preoperatoria de YALE-modificada (EAPY-m) para los niños y la satisfacción de la atención médica en los padres mediante la escala de PPSQ por sus siglas en inglés (Postoperative Parents Satisfaction Questionnaire), adaptada para la valoración de la atención pre anestésica del presente estudio, como un indicador de calidad.

Se registraron las variables del estudio dentro de la hoja de recolección de datos, se tomaron en cuenta, datos demográficos de edad, sexo, peso, cirugía realizada, escolaridad y estado civil. Los datos se analizaron acorde a las variables. Se consideró valor de $P \leq 0.05$ como estadísticamente significativo.

5. RESULTADOS

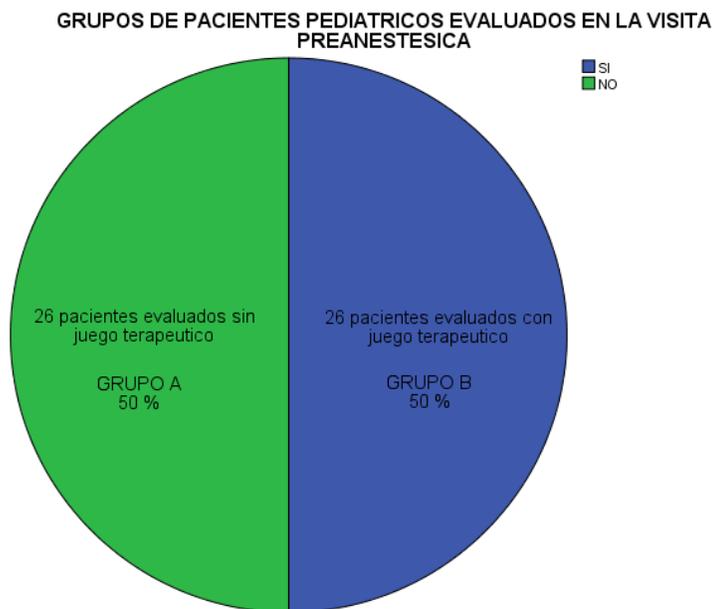
Previa autorización por el Comité Local de Investigación y Ética del Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza” del Centro Médico Nacional La Raza; y autorización de consentimiento informado por el padre o tutor de los pacientes (anexo 1) se realizó un estudio clínico, ambiespectivo, descriptivo, transversal, comparativo, observacional, en pacientes pediátricos en un rango de edad de 7 a 12 años programados para cirugía electiva en el período comprendido del 1º de marzo del 2014 al 30 de enero de 2016 y que cumplieron los criterios de inclusión.

Participaron en este estudio 52 pacientes pediátricos en total. Veintiséis pacientes corresponden al Grupo A) Se les aplicó la dinámica de juegos terapéuticos al niño durante la visita pre anestésica y al termino del juego, se invitó al padre y al niño a realizar preguntas acerca de la técnica anestésica; y veintiséis pacientes corresponden al Grupo B) Se les efectuó la visita pre anestésica de manera convencional.

Al término de la visita, en ambos grupos, se aplicó la escala de ansiedad preoperatoria de YALE-modificada (EAPY-m) y la escala PPSQ (por sus siglas en inglés Postoperative Parents Satisfaction Questionnaire) a padres e hijos correspondientes. Ver tabla 1 y grafica 1.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Validos	GRUPO A	26	50.0	50.0	50.0
	GRUPO B	26	50.0	50.0	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

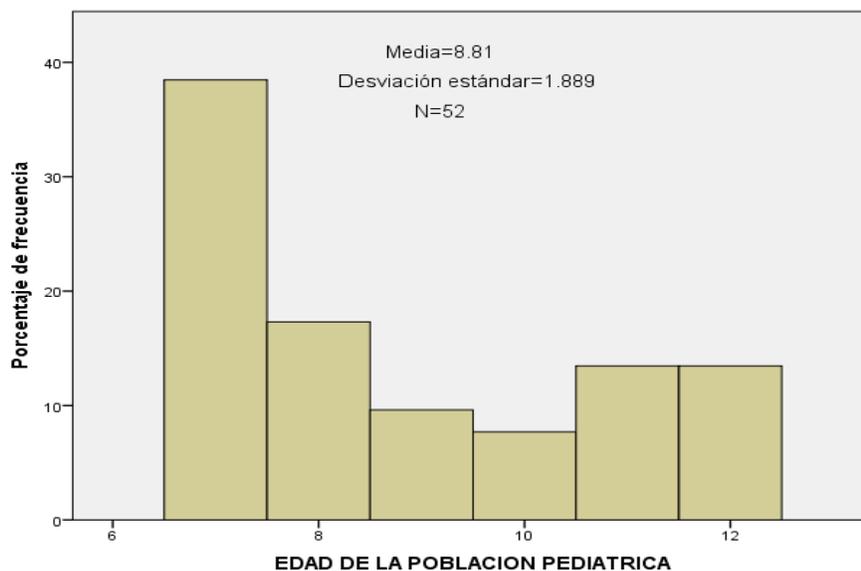
GRAFICA 1. PACIENTES PEDIATRICOS EVALUADOS EN LA VISITA PREANESTESICA Y APLICACIÓN DE JUEGO TERAPEÚTICO



Las edades comprendidas de los pacientes pediátricos oscilan entre los 7 y 12 años, con un promedio de edad de 8.81 años y una D.E. de 1.889 años. Ver tabla y grafica 2.

TABLA 2. EDAD DE LOS PACIENTES PEDIATRICOS						
	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
EDAD DE LA POBLACION	52	5	7	12	8.81	1.889
No. Válido (según lista)	52					

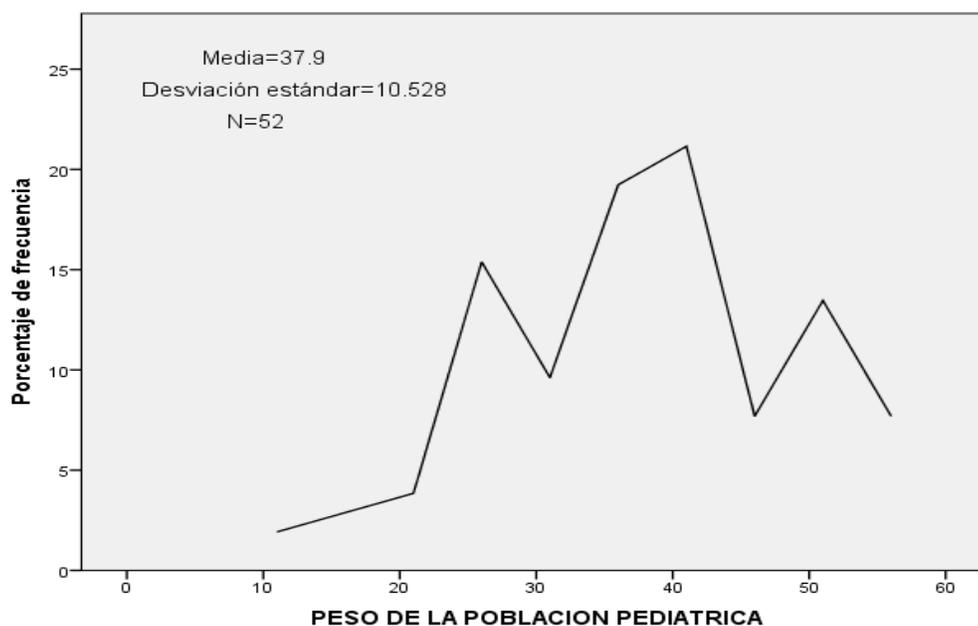
GRAFICA 2. EDAD DE LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA



El peso mínimo de la población pediátrica estudiada fue de 11 kg y máximo de 57 kg, con media de 37.9 kg, y una D.E. de 10.52 kg. Ver tabla y grafica 3.

TABLA 3.						
RANGO DE PESO DE LOS PACIENTES PEDIATRICOS						
	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
PESO	52	46	11	57	37.90	10.528
N válido (según lista)	52					

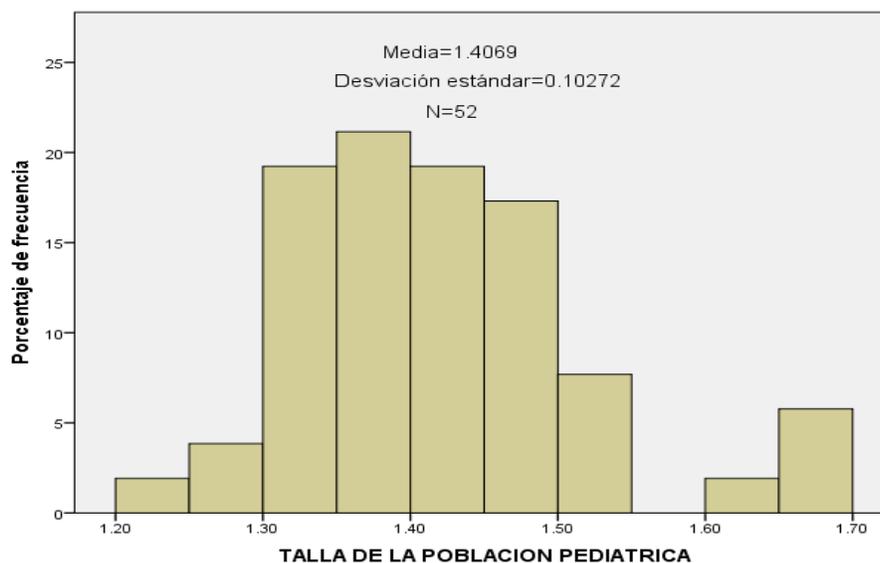
GRAFICA 3. PESO DE LA POBLACION PEDIATRICA.



La talla de los niños estudiados comprendió un valor mínimo de 1.20 m, máximo de 1.67 m, promedio de talla de 1.40 m, y una D.E de 0.102 m. Ver tabla y grafica 4.

TABLA 4.						
RANGO DE TALLA DE LOS PACIENTES PEDIATRICOS						
	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
TALLA	52	.47	1.20	1.67	1.4069	.10272
N Válido (según lista)	52					

GRAFICA 4. TALLA DE LA POBLACION PEDIATRICA



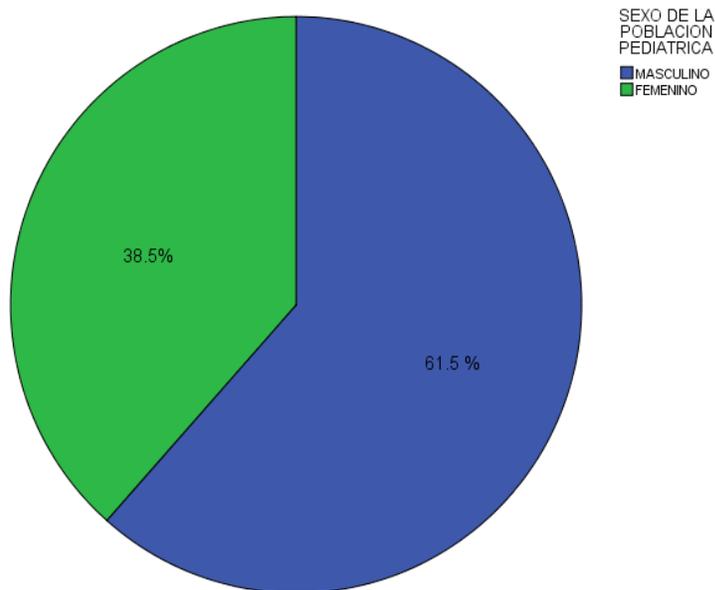
A continuación se describe en resumen (tabla 5) la estadística descriptiva para la edad, talla y peso de los pacientes pediátricos participantes en el estudio.

TABLA 5.					
ESTADISTICA DESCRIPTIVA DE LOS PACIENTES PEDIATRICOS					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
PESO DE LA POBLACION	52	11	57	37.90	10.528
TALLA DE LA POBLACION	52	1.20	1.67	1.4069	.10272
EDAD DE LA POBLACION	52	7	12	8.81	1.889
No. Valido (según lista)	52				

Del total de pacientes pediátricos estudiados, 32 corresponden al sexo masculino representando 61.5% y 20 corresponden al sexo femenino representando 38.5% del total de la población. Ver tabla 6 y grafica 5.

TABLA 6.					
SEXO DE LA POBLACION PEDIATRICA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Valido	MASCULINO	32	61.5	61.5	61.5
	FEMENINO	20	38.5	38.5	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

GRAFICA 5. SEXO DE LA POBLACION PEDIATRICA



Analizando el sexo de la población pediátrica estudiada se encontró que 18 pacientes del sexo masculino a quienes les fue aplicado el juego terapéutico; 5 presentaron ansiedad y 13 no presentaron ansiedad y de 8 pacientes del sexo femenino a quienes les fue aplicado el juego terapéutico; 2 presentaron ansiedad y 6 no presentaron ansiedad. Respecto a los pacientes que no contaron con juego terapéutico; 14 corresponden al sexo masculino de los cuales 13 refirieron ansiedad y 1 sin ansiedad, y 12 corresponden al sexo femenino presentando ansiedad 9 pacientes y sin ansiedad 3 pacientes. Ver tabla 7.

TABLA 7. TABLA DE CONTINGENCIA					
NIVEL DE ANSIEDAD EN LA POBLACION PEDIATRICA ESTUDIADA POR SEXO Y APLICACIÓN DE JUEGO TERAPEUTICO					
JUEGO TERAPEUTICO EN LA POBLACION			ANSIEDAD EN LA POBLACION		Total
			SI	NO	
SI	SEXO DE LA POBLACION	MASCULINO	5	13	18
		FEMENINO	2	6	8
	Total		7	19	26
NO	SEXO DE LA POBLACION	MASCULINO	13	1	14
		FEMENINO	9	3	12
	Total		22	4	26
Total	SEXO DE LA POBLACION	MASCULINO	18	14	32
		FEMENINO	11	9	20
	Total		29	23	52

El ASA predominante en la población pediátrica estudiada corresponde al ASA I con 27 pacientes, seguido por el ASA II con 14 pacientes y por último el ASA III con 11 pacientes. El ASA relacionado con mayor nivel de ansiedad en los pacientes quienes se les aplico juego terapéutico fue el ASA III, mientras que el nivel de ansiedad fue similar para los pacientes con ASA I y II bajo la aplicación de juego terapéutico. Ver tabla 8, tabla 9 y grafica 6.

TABLA 8.					
ASA DE LA POBLACION PEDIATRICA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Valido	I	27	51.9	51.9	51.9
	II	14	26.9	26.9	78.8
	III	11	21.2	21.2	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

GRAFICA 6. ASA DE LA POBLACION PEDIATRICA

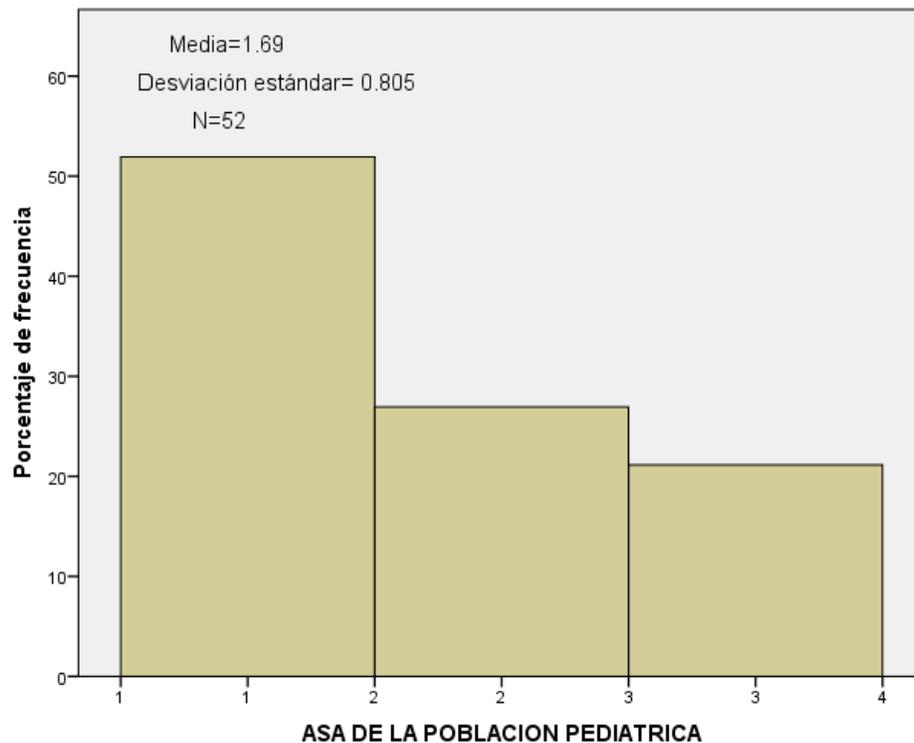
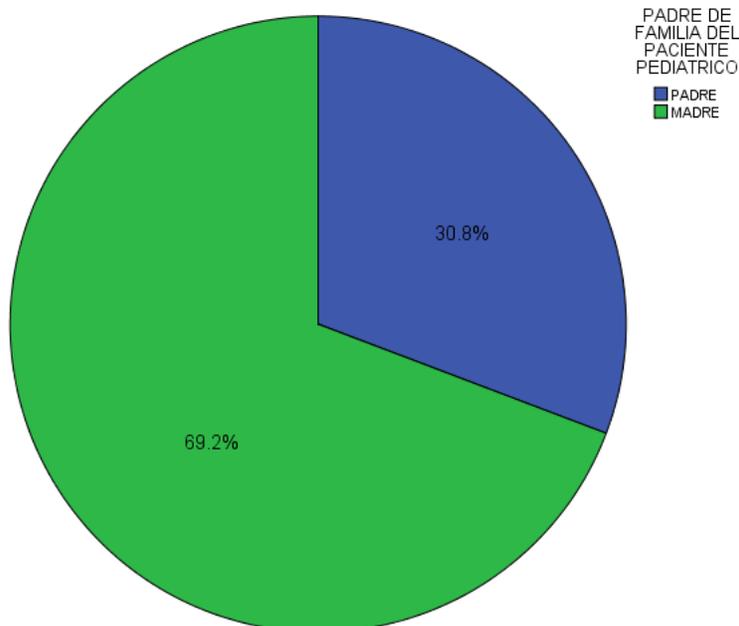


TABLA 9. NIVEL DE ANSIEDAD EN LA POBLACION PEDIATRICA ESTUDIADA POR ASA Y APLICACIÓN DE JUEGO TERAPÉUTICO					
JUEGO TERAPÉUTICO			ANSIEDAD EN LA POBLACION		Total
			SI	NO	
SI	ASA DE LA POBLACION	I	2	12	14
		II	2	3	5
		III	3	4	7
	Total		7	19	26
NO	ASA DE LA POBLACION	I	11	2	13
		II	7	2	9
		III	4	0	4
	Total		22	4	26
Total	ASA DE LA POBLACION	I	13	14	27
		II	9	5	14
		III	7	4	11
	Total		29	23	52

Se encontró que en la visita pre anestésica realizada, el acompañante del paciente en 30.8% era el padre y 69.2% era la madre. Ver tabla 10 y grafico 7.

TABLA 10. PADRE DE FAMILIA EN LA POBLACION PEDIATRICA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Validos	PADRE	16	30.8	30.8	30.8
	MADRE	36	69.2	69.2	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

GRAFICO 7. GENERO DEL PADRE DE FAMILIA EN LA POBLACION PEDIATRICA



Analizando el nivel de ansiedad del paciente pediátrico relacionado al género del familiar acompañante, se encontró que en la visita pre anestésica donde se aplicó juego terapéutico; 7 niños presentaron ansiedad en presencia de la madre comparado con ningún niño ansioso en presencia del padre, mientras que en la población donde no se aplicó juego terapéutico; 14 niños presentaron ansiedad en presencia de la madre y 8 niños presentaron ansiedad en presencia del padre, siendo así la presencia de la madre en la visita pre anestésica un factor que aumenta la ansiedad en el paciente pediátrico. Ver tabla 11.

TABLA11. TABLA DE CONTINGENCIA					
NIVEL DE ANSIEDAD DE LA POBLACION PEDIATRICA EN RELACION AL GENERO DEL PADRE DE FAMILIA ACOMPAÑANTE Y A LA APLICACIÓN DE JUEGO TERAPEUTICO					
ANSIEDAD EN LA POBLACION			JUEGO TERAPEUTICO EN LA POBLACION		Total
			SI	NO	
SI	PADRE DE FAMILIA	PADRE	0	8	8
		MADRE	7	14	21
	Total		7	22	29
NO	PADRE DE FAMILIA	PADRE	7	1	8
		MADRE	12	3	15
	Total		19	4	23
Total	PADRE DE FAMILIA	PADRE	7	9	16
		MADRE	19	17	36
	Total		26	26	52

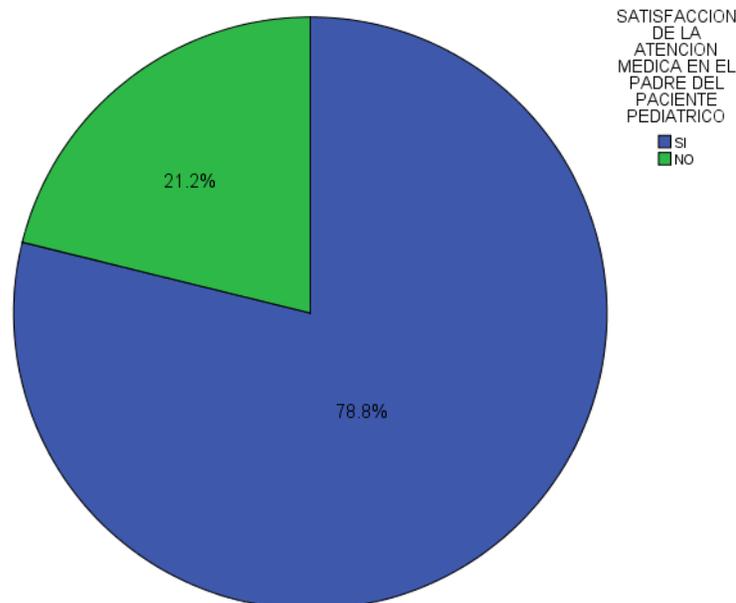
Respecto a la relación del género del padre de familia con la satisfacción que presentó en la visita pre anestésico al aplicar el juego terapéutico; 24 pacientes a quienes se les aplicó esta estrategia refirieron estar satisfechos con la atención de los cuales 7 corresponden a padres y 17 a madres de familia. Mientras que negaron estar satisfechos con la atención a pesar de haber aplicado el juego terapéutico un total de 2 madres de familia contra 0 padres. Lo anterior corresponde a un 100% de padres satisfechos contra 89% de madres satisfechas, con la aplicación del juego terapéutico durante la visita pre anestésica. Ver tabla 12.

TABLA 12. DE CONTINGENCIA. RELACION DE LA SATISFACCION DEL PADRE DE FAMILIA RESPECTO AL GENERO Y A LA APLICACIÓN DE JUEGO TERAPEUTICO EN LA VISITA PREANESTESICA					
SATISFACCION DEL PADRE EN LA POBLACION			JUEGO TX EN LA POBLACION		Total
			SI	NO	
SI	PADRE DE FAMILIA EN LA POBLACION	PADRE	7	6	13
		MADRE	17	11	28
	Total		24	17	41
NO	PADRE DE FAMILIA EN LA POBLACION	PADRE	0	3	3
		MADRE	2	6	8
	Total		2	9	11
Total	PADRE DE FAMILIA EN LA POBLACION	PADRE	7	9	16
		MADRE	19	17	36
	Total		26	26	52

Independientemente de la aplicación de juego terapéutico en la visita pre anestésica, se evaluó la satisfacción del padre de familia con la atención medica brindada, encontrando que 78.8% de padres se encuentran satisfechos y 21.2% refirieron no estar satisfechos con la atención médica. Ver tabla 13 y grafica 8.

TABLA 13. SATISFACCION DE LA ATENCION MEDICA EN EL PADRE DEL PACIENTE					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Valido	SI	41	78.8	78.8	78.8
	NO	11	21.2	21.2	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

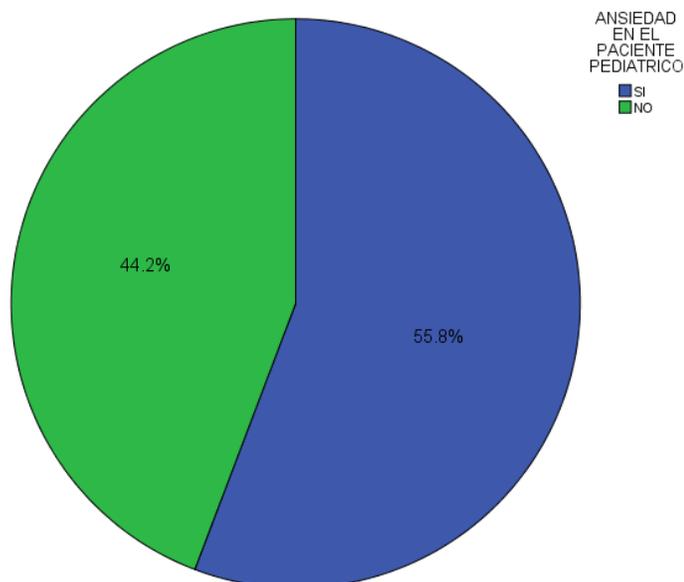
GRAFICO 8. SATISFACCION DE LA ATENCION MÉDICA EN EL PADRE DE FAMILIA



Analizando los niveles de ansiedad, mediante la escala EAPY-m presentados en el paciente pediátrico durante la visita pre anestésica, con o sin la aplicación de juego terapéutico se encontró que 55.8% niños presentaron ansiedad y 44.2% cursaron sin ansiedad durante el estudio. Ver tabla 14 y grafico 9.

TABLA 14.					
ANSIEDAD EN LA POBLACION PEDIATRICA DURANTE LA VISITA PREANESTESICA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Valido	SI	29	55.8	55.8	55.8
	NO	23	44.2	44.2	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

GRAFICO 9. ANSIEDAD EN LA POBLACION PEDIATRICA DURANTE LA VISITA PREANESTESICA.



Analizando de manera global la presencia de ansiedad en la población pediátrica durante la visita pre anestésica y su relación con la aplicación del juego terapéutico, se encontró que en el Grupo A (a quienes se les aplico el juego terapéutico = 26 pacientes); 7 niños cursaron con ansiedad, contra 19 niños que no refirieron ansiedad, mientras que en el Grupo B (a quienes no se les aplico el juego terapéutico = 26 pacientes); 22 niños presentaron ansiedad contra 4 niños que negaron ansiedad. Lo anterior demuestra que la aplicación del juego

terapéutico al paciente pediátrico se correlaciona con menor nivel de ansiedad, influyo de manera significativa la edad del paciente, ya que a mayor edad, mayor fue la comprensión del juego terapéutico.

Se encontró mayor frecuencia de satisfacción en los padres de pacientes pediátricos a quienes se les aplico el juego terapéutico; 24 padres satisfechos contra 17 padres no satisfechos. Mientras que refirieron insatisfacción en la visita pre anestésica un total de 11 padres, en los cuales 2 se aplicó el juego terapéutico a sus hijos.

Correlacionando los niveles de ansiedad en el niño con la satisfacción del padre de familia al aplicar el juego terapéutico durante la visita pre anestésica, del total de 24 padres satisfechos del grupo A: 17 niños no presentaron ansiedad lo que corresponde a un 70.8% mientras que 7 niños cursaron ansiosos representando 29.1%; de los 2 padres no satisfechos del grupo A, sus hijos no mostraron ansiedad correspondiendo a un 100% de niños sin ansiedad, esto demuestra la relación de una menor ansiedad en el niño y mayor satisfacción en el padre al aplicar el juego terapéutico durante la visita pre anestésica. Ver tabla 15.

TABLA 15. TABLA DE CONTINGENCIA					
RELACION DE LA SATISFACCION DEL PADRE CON EL JUEGO TERAPÉUTICO DURANTE LA VISITA PREANESTESICA Y LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN EL PACIENTE PEDIATRICO					
SATISFACCION DEL PADRE DE FAMILIA			JUEGO TERAPEUTICO EN LA POBLACION		Total
			SI	NO	
SI	ANSIEDAD EN LA POBLACION PEDIATRICA	SI	7	14	21
		NO	17	3	20
	Total			24	17
NO	ANSIEDAD EN LA POBLACION PEDIATRICA	SI	0	8	8
		NO	2	1	3
	Total			2	9
Total	ANSIEDAD EN LA POBLACION PEDIATRICA	SI	7	22	29
		NO	19	4	23
	Total			26	26

El valor de Chi cuadrada para el grupo de padres que refirió satisfacción con la visita pre anestésica es de 0.001, lo cual es significativamente estadístico, mostrando que la aplicación del juego terapéutico si mejora la percepción que el padre de familia tiene respecto a la visita pre anestésica e impacta positivamente en reducir los niveles de ansiedad del paciente pediátrico. Ver tabla 16.

TABLA 16.						
PRUEBAS DE CHI CUADRADA						
SATISFACCION DEL PADRE EN LA POBLACION		Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)	Significancia Estadística P≤ 0.05	
SI	Chi cuadrada de Pearson	11.267 ^c	1	.001		
	Corrección por continuidad ^b	9.238	1	.002		
	Razón de Verosimilitudes	11.995	1	.001		
	Estadístico exacto de Fisher's				.001	.001
	Asociación bilateral	10.992	1	.001		
	N de casos válidos	41				
NO	Chi cuadrada de Pearson	6.519 ^d	1	.011		
	Corrección por continuidad ^b	2.807	1	.094		
	Razón de Verosimilitudes	6.612	1	.010		
	Estadístico exacto de Fisher's				.055	.055
	Asociación bilateral	5.926	1	.015		
	N de casos válidos	11				
Total	Chi cuadrada de Pearson	17.541 ^a	1	.000		
	Corrección por continuidad ^b	15.280	1	.000		
	Razón de Verosimilitudes	18.779	1	.000		
	Estadístico exacto de Fisher's				.000	.000
	Asociación bilateral	17.204	1	.000		
	N de casos válidos	52				
a. 0 casillas (.0%) tienen frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 11.50.						
b. Calculado solo para una tabla de 2x2.						
c. 0 casillas (.0%) tienen frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8.29.						
d. 3 casillas (75.0%) tienen frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es.55.						

6. DISCUSION

Toda intervención quirúrgica provoca reacciones emocionales. Los niños son más vulnerables debido a su falta de conocimiento de procedimientos, falta de percepción de control, falta de explicación de términos apropiados para su edad y falta del manejo del dolor (1, 2, 3). El derecho a la información pertenece al paciente pediátrico y debe ser ejercido, por los profesionales que le atienden con la mayor diligencia posible con la finalidad de afrontar una situación de estrés en base a su desarrollo cognitivo. Los niños entre 3 y 6 años no son capaces de pensar con lógica y son menos capaces de distinguir la realidad de la fantasía, por lo cual en ellos la preparación psicológica tiene un efecto negativo, ya demostrado en estudios previos, mientras que los niños mayores de 6 años fueron menos ansiosos si recibieron la preparación al menos 5-7 días antes de la cirugía. Los niños en edad entre 8 y 11 años pueden tener mayor ansiedad sin la preparación debido a su mayor capacidad de procesar la información cognitiva (10, 15). Basándonos en las etapas del desarrollo intelectual de Piaget, este grupo de edad cae en el período de las operaciones concretas, son menos egocéntricos, más lógicos, y tienen la capacidad de proyectar en los demás experiencias sobre sí mismos, entienden y se ven afectados por lo que han observado en su ambiente. Por tales antecedentes es que nuestro estudio se enfocó en la población pediátrica comprendida en el rango de edad entre los 7 y 12 años, en donde está justificada que la preparación previa a la cirugía muestra beneficios como reducción de la ansiedad (18, 22)

Han sido bien documentados en la bibliografía, niveles relativamente altos de ansiedad preoperatoria en niños y padres a pesar de recibir información del cuidado pre y postoperatorio. Los padres a menudo están bajo estrés y preocupados por el cuidado de sus hijos mientras es presentada la información del procedimiento anestésico. Y es aquí donde interviene el rol de estrategias para reducir la ansiedad en paciente pediátrico y sus parientes, los abordajes no farmacológicos por medio de terapias alternativas que actúan en los aspectos

psicológicos. En décadas pasadas en muchas ciudades occidentales ha habido un incremento en el uso de juegos terapéuticos para ayudar al niño a enfrentar el estrés de la hospitalización y el acto anestésico-quirúrgico, disminuyendo las complicaciones derivadas de un paciente pediátrico ansioso y poco cooperador (7, 25).

Los niños que reciben intervención de juegos terapéuticos reportan puntajes más bajos de ansiedad en el periodo pre y post operatorio que los niños que reciben solo información. En general, se acepta que la información a transmitir estará en consonancia con el desarrollo cognitivo y emocional del menor. La aplicación de juegos terapéuticos aumenta en el niño la sensación de control a través de interactuar con el entorno quirúrgico-anestésico incrementando su familiaridad a este. A través de la demostración por el investigador y la práctica del procedimiento anestésico por el niño, adquiere la preparación para enfrentar la situación de estrés y adquirir la sensación grata del control. La literatura previa identifica que la inducción anestésica es el proceso más estresante y amenazador para los niños. El uso de un muñeco para explicar este procedimiento a los niños les ayuda a hacer menos complicados los términos anestésicos y por tanto minimizar la ansiedad de los niños (11, 15, 20).

Por otro lado, involucrar a los padres en el juego terapéutico puede aumentar su percepción acerca de la competencia profesional y la calidad del cuidado, impactando de manera positiva en la evaluación cognitiva y de respuesta emocional " a la atención que recibe su hijo, lo anterior representa "estar satisfecho como paciente". La satisfacción del paciente es, sin duda, el mejor reflejo del nivel de la calidad de la atención médica que se presta. Lograr que el paciente tenga una buena percepción de la atención médica que recibe en un centro hospitalario, es tan importante como que se consiga la curación del padecimiento que presenta. Incluso, si esto último no se logra por cualquier motivo, si el paciente se siente bien atendido, es casi seguro que abandone la institución satisfecho (5, 37, 44).

En el caso del paciente pediátrico, sus padres juegan un papel prioritario en la comprensión de su enfermedad, sus implicaciones psicológicas, y la percepción que él tiene del personal de salud que lo atiende, sin embargo a menudo omiten la verdad, en un intento de no provocar miedo en el niño, no obstante al enfrentarse este, a una situación estresante pierde la confianza en el personal de salud e incluso en sus padres, haciendo difícil la aplicación de procedimientos terapéuticos ya sea anestésicos o quirúrgicos. Incrementar la satisfacción de los padres es de suma importancia en la competitividad de la cirugía pediátrica actual. La satisfacción de los padres es una medida muy importante al evaluar la calidad del cuidado a la salud pediátrica (13, 45).

Los niños preparados psicológicamente que experimentan una situación de vida inusual para su edad, como la hospitalización y la cirugía se reportaron con menor incidencia de ansiedad y desarrollan menos complicaciones postoperatorias. Es en este punto donde el anestesiólogo, por medio de la medicina peri operatoria, específicamente en la atención pre anestésica, interviene con medidas farmacológicas y no farmacológicas, entre ellas el uso de los juegos terapéuticos, para provocar una percepción grata del entorno quirúrgico al niño e indirectamente a sus padres, mejorando la relación médico anestesiólogo – paciente, al tiempo que facilita la información del procedimiento anestésico traduciéndose en la satisfacción parenteral e impactando en la calidad del servicio de anestesiología. Así involucrar a los padres en el juego terapéutico puede aumentar su percepción acerca de la competencia profesional y la calidad del servicio. Mejorar la satisfacción de los padres es de suma importancia en la competitividad de la anestesiología pediátrica actual.

7. CONCLUSIONES

En el presente estudio, se mostró que la satisfacción de los padres de pacientes pediátricos, evaluados mediante la escala PPQS y la reducción en los niveles de ansiedad en el paciente pediátrico, evaluados mediante la escala EAPY-m, se relacionan de manera significativa con el empleo de juegos terapéuticos durante la visita pre anestésica, demostrando así su eficacia como estrategia no farmacológica en la preparación psicológica del niño para cirugía electiva, al cumplir con estos objetivos puede concluirse que el juego terapéutico eleva la calidad de la atención médica peri operatoria. Se encontró que la aplicación del juego terapéutico produce mayor frecuencia de satisfacción en los padres, y en el paciente pediátrico se correlacionó con menor nivel de ansiedad, sin embargo influyo de manera significativa la edad del paciente, ya que a mayor edad, mayor fue la comprensión del juego terapéutico.

Se demostró significancia estadística en el grupo de padres que refirió satisfacción con la visita pre anestésica (0.001), mostrando que la aplicación del juego terapéutico si mejora la percepción que el padre de familia tiene respecto a la visita pre anestésica e impacta positivamente en reducir los niveles de ansiedad del paciente pediátrico.

El empleo del juego terapéutico demostró ser una herramienta útil para proporcionar información clara acerca del acto anestésico, que ayuda a aliviar la ansiedad, haciendo que el niño que se sienta seguro y confiado del personal de anestesia que lo cuida, además de brindar información del procedimiento a los padres del paciente pediátrico quedando satisfechos y con percepción de un servicio médico de calidad.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Ho Cheung William Li, Lopez Violeta. Effectiveness and Appropriateness of Therapeutic Play Intervention in Preparing Children for Surgery: A Randomized Controlled Trial Study. *JSPN* 2008; 13(2): 63-73.
2. Cheung H, Li W. Evaluating the effectiveness of preoperative interventions: the appropriateness of using the children's emotional manifestation scale. *Journal of Clinical Nursing* 2007; 16; 1919–1926.
3. Mauleon GA, Ramil FJ. Consentimiento Informado en pediatría: un estudio descriptivo. *Cuadernos de Bioética* 1998: 1.
4. Castellanos A, Cervantes H, Vazquez P. Satisfacción anestésica como indicador de calidad de la atención médica en el paciente geriátrico. *Rev Mex Anestesiología* 2013; 36 (1): 250-255.
5. Zvara D, Nelson J. The importance of the postoperative anesthetic visit: do repeated visits improve patient satisfaction or physician recognition?. *Anesth Analg.* 1996; 83: 793-797.
6. Gupta A et al. Patient's experiences and satisfaction with preanesthesia services: A prospective audit. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol* 2011; 27 (4): 511–515.
7. Donald J. Cegala, Deena J. Chisolm, Benedict C. Nwomeh. A communication skills intervention for parents of pediatric surgery patients. *Patient Education and Counseling* 2013; 93:34–39.
8. Spencer C et al. Giving parents written information about children's anesthesia: Are setting and timing important? *Pediatric Anesthesia*, 2005: 15; 547–553.
9. Bevan JC, Johnston C, Haig MJ, et al. Preoperative parental anxiety predicts behavioural and emotional responses to induction of anaesthesia in children. *Can J Anaesth.* 1990;37: 177-82. 9.
10. Watson AT, Visram A. Children's preoperative anxiety and postoperative behaviour. *Paediatr Anaesth.* 2003;13:188-204.

11. D.O. Cumino et al. Impacto del tipo de información preanestésica sobre la ansiedad de los padres y de los niños. *Rev Bras Anesthesiol.* 2013;63(6):473–82.
12. Orliaguet G. Particularités pédiatriques de l'information préopératoire. Le point de vue de l'anesthésiste-réanimateur. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 2006; 25; 451–457.
13. Paladino CM, Carvalho R, Almeida FA. Therapeutic play in preparing for surgery: behavior of preschool children during the perioperative period. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(3):423-9.
14. WHC Li, SSC Chan, EML Wong, MC Kwok, ITL Lee. Effect of therapeutic play on pre- and postoperative anxiety and emotional responses in Hong Kong Chinese children: a randomised controlled trial. *Hong Kong Med J* 2014; 20 (7); S36-9.
15. Naderi F et al. The efficacy of play therapy on ADHD, anxiety and social maturity in 8 to 12 years aged clientele children of Ahwaz Metropolitan Counseling Clinics. *Journal of Applied Sciences* 2010; 10 (3); 189-195.
16. Vessey, J. A., & Mahon, M. M. Therapeutic play and the hospitalized child. *Journal of Pediatric Nursing* 1990; 5; 328–333.
17. Armstrong, T. S. H. The developing role of play preparation in paediatric anaesthesia. *Paediatric Anaesthesia* 2000; 10; 1–4.
18. Becher, Y., & Sing, A. W. N. A new chapter in paediatric health care: A research report to evaluate hospital play services in Hong Kong. Hong Kong: Playright Children's Playground Association Ltd 1997.
19. Peterson, L. Coping by children undergoing stressful medical procedures: Some conceptual, methodological and therapeutic issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989; 57; 380–387.
20. Piaget, J. *The origins of intelligence in children.* New York Norton 1963.
21. LaMontagne, L. Bolstering personal control in child patients through coping interventions. *Pediatric Nursing* 1993; 9; 235–237.

22. Spencer, C., & Franck, L. Giving parents written information about children's anesthesia: Are setting and timing important? *Pediatric Anesthesia* 2005; 15; 547–553.
23. Squires, V. L. Child-focused perioperative education: Helping children understand and cope with surgery. *Seminars in Perioperative Nursing* 1997; 4; 80–87.
24. Li HCW, Lopez V, Lee TLI. Psychoeducational preparation of children for surgery: The importance of parental involvement. *Patient Education and Counseling* 2007; 65; 34–41.
25. Barnett et al. Patient-Satisfaction Measures in Anesthesia Qualitative Systematic Review. *Anesthesiology* 2013; 119: 452-78.
26. Caljouw M, Beuzekom M, Boer F. Patient's satisfaction with perioperative care: development, validation, and application of a questionnaire. *Br J Anaesth.* 2008;100: 637-644.
27. Matthey P, Finucane BT, Finegan BA. The attitude of the general public towards preoperative assessment and risks associated with general anesthesia. *Can J Anaesth.* 2001; 48:333-339.
28. Hamui SL y cols. Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México: Un estudio de satisfacción con la atención médica. Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. UNAM.
29. Westbrook J. Patient satisfaction. Methodological issues and results research findings. *Aust Health Rev.* 1993;16:75-88.
30. Quiroga QL y cols. La calidad de atención y la información son derechos del paciente. *Gad. Med. Bol* 2005; 28(1); 1-9.
31. Myles PS, Williams DL, Hendrata M, Anderson H, Weeks AM. Patient satisfaction after anesthesia and surgery: results of a prospective survey of 10,811 patients. *Br J Anaesth.* 2000; 84: 6-10.
32. Bell D, Halliburton J, Preston J. An evaluation of anesthesia patient satisfaction instruments. *Anesth Analg.* 2004; 72: 211-217.

33. Royston D, Cox F. Anaesthesia: the patient's point of view. *Lancet*. 2003; 362: 1648-1658.
34. Acquier P, Pernoud N, Bruder N. Development and validation of a perioperative satisfaction questionnaire. *Anesthesiology*. 2005; 102: 1116-1123.
35. Fung D, Cohen M. Measuring patient satisfaction with anesthesia care: a review of current methodology. *Anesth Analg*. 1998; 87: 1089-1098.
36. Myles P, Hunt J, Nightingale CL. Development and psychometric testing of a quality of recovery score after general anesthesia and surgery in adults. *Anesth Analg*. 1999; 88: 83-90.
37. Bittman, S., Ulus H. Parent satisfaction with paediatric day surgery: a questionnaire-based study. *J. of Ambulatory surgery* 2004;11; 3-5.
38. En: <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/>.
39. [Real Academia Española, Asociación de Academias de la Lengua Española. Diccionario de la lengua española, 23ª ed., Edición del Tricentenario, \[en línea\]. Madrid: España 2014.](#)
40. www.asahq.org. American Society of Anesthesiologists (ASA).
41. Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, para la práctica de la Anestesiología. *Revista Mexicana de Anestesiología* 2012; 35(2): 140-52.
42. En Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria: www.aepap.org/biblioteca.
43. En <http://www.wordreference.com/definicion>
44. Markland D, Hardy L. Anxiety, relaxation and anaesthesia for day-case surgery. *Br J Clin Psychol* 1993; 32: 493-504.
45. Brewer S et al. Pediatric Anxiety: Child Life Intervention in Day Surgery. *Journal of Pediatric Nursing* 2006; 21 (1): 13-22.

9. ANEXOS

ANEXO 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION

RELACIÓN ENTRE LA EFICACIA DE LOS JUEGOS TERAPÉUTICOS Y LA SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN LA VISITA PREANESTÉSICA COMO INDICADOR DE CALIDAD EN PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS PROGRAMADOS PARA CIRUGÍA ELECTIVA

FECHA: México DF, a _____ de _____ del 2015.

NUMERO DE REGISTRO _____ ante el Comité Local de Ética e Investigación en Salud.

JUSTIFICACION Y OBJETIVO. Por medio de la presente se me invita y acepto QUE MI HIJO Y YO participemos en el presente estudio que pretende mejorar la calidad de la atención medica medido en relación a la satisfacción de los padres. El *objetivo* del estudio es: *Conocer la relación entre la eficacia del juego terapéutico y la calidad de la atención medica en la visita pre anestésica evaluada mediante la satisfacción de los padres y la disminución de la ansiedad en niños, posterior a efectuar una dinámica de juego terapéutico durante la visita pre anestésica.*

PROCEDIMIENTO. Se me ha explicado que dicho proyecto consiste en la aplicación de una dinámica denominada *juego terapéutico* a mi hijo, donde le mostraran el material empleado para la inducción anestésica e interactuara con un muñeco a fin de simular el entorno anestésico, con posterior aplicación de un test para evaluar la ansiedad y la satisfacción en la calidad de atención medica durante la visita pre anestésica.

POSIBLES RIESGOS. *Ninguno.* Hago constar que se me ha informado que en ningún momento se pondrá en peligro nuestra integridad física.

BENEFICIOS DURANTE EL ESTUDIO. Entender la información que se me otorga en la visita pre anestésica.

INFORMACION SOBRE RESULTADOS. El investigador principal se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a nuestra permanencia en el mismo.

PARTICIPACION O RETIRO. Entiendo que conservo el derecho de retirarnos del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente, sin que ello afecte la atención medica que recibo del instituto.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD. El investigador principal me ha dado seguridad de que no seremos identificados en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. Así mismo se ha comprometido a contestar cualquier pregunta referente a mi caso.

BENEFICIOS AL TÉRMINO DEL ESTUDIO. El beneficio que obtendré después de la dinámica es la disminución de la ansiedad hacia mi persona y entender la información que se me otorga en la visita pre anestésica.

NOMBRE DE RESPONSABLE DEL PROYECTO: en caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador Responsable: Dr. Juan José Dosta Herrera. Colaboradores: Dra. Mayte Mendoza Celis. Dra. María del Rocío Villagómez Castillo. Médico residente de segundo año de anestesiología pediátrica.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx.

NOMBRE Y FIRMA DEL SUJETO

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN OBTIENE EL CONSENTIMIENTO

TESTIGO 1

TESTIGO 2

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE SATISFACCION EN PADRES (PPQS). Adaptado para el presente estudio (1,2).

INSTRUCCIONES: los siguientes enunciados describen las intervenciones que se le efectuaron durante la visita pre anestésica. LEA cada enunciado cuidadosamente y ponga una marca (X) en el recuadro correspondiente, que le describa de la manera más exacta su situación.

ENUNCIADO	FUERTEMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	FUERTEMENTE EN DESACUERDO
1. Las intervenciones pre anestésicas que recibí me ayudaron a entender las medidas, tratamiento y procedimiento anestésico de mi hijo.				
2. Las intervenciones pre anestésicas que recibí me permitieron participar de forma más activa en el cuidado de mi hijo.				
3. Las intervenciones pre anestésicas que recibí disminuyeron mi ansiedad.				
4. Las intervenciones pre anestésicas que recibí fueron adecuadas para mejorar los cuidados de mi hijo.				
5. Las intervenciones pre anestésicas que recibí me ayudaron a afrontar mejor el estrés de la cirugía.				
6. El contenido de la información pre anestésica que recibí fue concreta, fácil de entender y relevantes para el cuidado de mi hijo, en el entorno quirúrgico.				
7. En general la información pre anestésica que recibí no me ayudo a reducir la ansiedad ni la preocupación.				
8. En general, estoy satisfecho con la experiencia pre anestésica y el cuidado quirúrgico que nos proporcionaron.				

1. Ho Cheung William Li, Lopez Violeta. Effectiveness and Appropriateness of Therapeutic Play Intervention in Preparing Children for Surgery: A Randomized Controlled Trial Study. JSPN 2008; 13(2): 63-73.
2. Li HCW, Lopez V, Lee TLI. Psychoeducational preparation of children for surgery: The importance of parental involvement. Patient Education and Counseling 2007: 65; 34–41.

ANEXO 3 ESCALA DE ANSIEDAD PREOPERATORIA DE YALE MODIFICADA

ACTIVIDAD

1. Mira alrededor, curioso, juega con los juguetes, lee (u otro comportamiento apropiado para la edad); se mueve en la sala preanestésica/sala de tratamiento para coger los juguetes o ir hasta dónde están los parientes; puede moverse en dirección al equipo del quirófano
2. No explora o juega, puede mirar hacia abajo, mueve las manos o se chupa el pulgar (sábana); puede sentarse cerca de los parientes mientras juega, o el juego tiene una característica definitivamente maniaca
3. Se desplaza de manera desconcentrada desde el juguete hasta los parientes, movimientos no provenientes de las actividades; movimiento o juego frenético/agitado; contorsión, se mueve en la mesa; puede empujar la mascarilla o agarrar a los parientes
4. Trata de escaparse, empuja con los pies y con los brazos, puede mover todo el cuerpo; en la sala de espera, corre alrededor de manera desconcentrada, no mira los juguetes, no quiere separarse de los parientes, se agarra desesperadamente a ellos

VOCALIZACIÓN

1. Lee (una no vocalización adecuada para la actividad), pregunta, hace comentarios, balbucea, se ríe, responde rápidamente a preguntas, pero en general se queda callado; un niño muy joven para hablar en situaciones sociales o muy absorto en el juego para responder
2. Responde a los adultos, pero susurra, «conversación de bebé», y solo mueve la cabeza
3. Quieto, ningún sonido o respuesta para los adultos
4. Llorando, gimiendo, gruñendo, llorando en silencio
5. Está llorando, o puede que grite «no»
6. Llanto, grita alto y mantiene ese grito (audible a través de la mascarilla)

EXPRESIVIDAD EMOCIONAL

1. Visiblemente feliz, sonriente o concentrado en el juego
2. Neutro, sin expresión visible en la cara
3. De preocupado (triste) a asustado, triste, preocupado y con los ojos llorosos
4. Angustiado, llorando, extremadamente descontrolado, puede estar con los ojos abiertos

ESTADO DE DESPERTAR APARENTE

1. Alerta, a veces mira alrededor, se da cuenta o acompaña lo que el anesthesiólogo hace (puede estar relajado)
2. Retraído, se sienta tranquilamente y en silencio, puede chuparse el pulgar o su cara parecerse a la de un adulto
3. Vigilante, mira rápidamente alrededor, podrá asustarse con los ruidos, ojos bien abiertos, cuerpo en tensión
4. Hace pucheros en pánico, puede llorar o rechazar a los demás, vira el cuerpo

INTERACCIÓN CON LOS PARIENTES

1. Juega absorto, se sienta inactivo o con un comportamiento apropiado para la edad y no necesita a los parientes; puede interactuar con los parientes si ellos inician la interacción
2. Busca el contacto con los parientes (se les acerca y conversa con ellos, que hasta ese momento permanecieron en silencio), busca y acepta la comodidad, puede recostarse a los parientes
3. Mira a los parientes en silencio, aparentemente observa las acciones, no busca contacto ni comodidad pero lo acepta si se le ofrece o se agarra a los parientes
4. Mantiene a los parientes a una cierta distancia o podrá retirarse de la presencia de los padres, podrá empujar a los parientes o agarrarse desesperadamente a ellos y no dejar que se vayan

ANEXO 4 DOMINIOS Y PUNTUACIONES DE LA ESCALA DE YALE MODIFICADA

Dominios	Actividad	Vocalización	Expresión emocional	Estado de despertar aparente	Interacción con los parientes
Nº de categorías	4	6	4	4	4
Puntuaciones					
Categoría 1	0,25	0,17	0,25	0,25	0,25
Categoría 2	0,50	0,33	0,50	0,50	0,50
Categoría 3	0,75	0,50	0,75	0,75	0,75
Categoría 4	1	0,67	1	1	1
Categoría 5	-	0,83	-	-	-
Categoría 6	-	1	-	-	-

Puntuación total = suma de las puntuaciones de los cinco dominios multiplicado por 20

Figura 2. Dominios y puntuaciones de la Escala de Ansiedad de Yale modificada.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS
SATISFACCION DE LA ATENCION MÉDICA EN LA VISITA PREANESTESICA PARA PADRES

RELACIÓN ENTRE LA EFICACIA DE LOS JUEGOS TERAPÉUTICOS Y LA SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN LA VISITA PREANESTÉSICA COMO INDICADOR DE CALIDAD EN PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS PROGRAMADOS PARA CIRUGIA ELECTIVA

UMAE HOSPITAL GENERAL CMN LA RAZA

NOMBRE: _____ FECHA: _____
 EDAD: _____ SEXO (M) (F)
 TIPO DE CIRUGIA: _____
 ESCOLARIDAD: _____
 ESTADO CIVIL: _____

CUESTIONARIO DE SATISFACCION EN PADRES (PPQS) Adaptado para el presente estudio (1,2).

INSTRUCCIONES: los siguientes enunciados describen las intervenciones que se le efectuaron durante la visita pre anestésica. LEA cada enunciado cuidadosamente y ponga una marca (X) en el recuadro correspondiente, que le describa de la manera más exacta su situación.

ENUNCIADO	FUERTEMENTE ACUERDO	DE	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	FUERTEMENTE EN DESACUERDO
1. Las intervenciones pre anestésicas que recibí me ayudaron a entender las medidas, tratamiento y procedimiento anestésico de mi hijo.					
2. Las intervenciones pre anestésicas que recibí me permitieron participar de forma más activa en el cuidado de mi hijo.					
3. Las intervenciones pre anestésicas que recibí disminuyeron mi ansiedad.					
4. Las intervenciones pre anestésicas que recibí fueron adecuadas para mejorar los cuidados de mi hijo.					

ENUNCIADO	FUERTEMENTE ACUERDO	DE	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	FUERTEMENTE EN DESACUERDO
5. Las intervenciones pre anestésicas que recibí me ayudaron a afrontar mejor el estrés de la cirugía.					
6. El contenido de la información pre anestésica que recibí fue concreta, fácil de entender y relevantes para el cuidado de mi hijo, en el entorno quirúrgico.					
7. En general la información pre anestésica que recibí no me ayudo a reducir la ansiedad ni la preocupación.					
8. En general, estoy satisfecho con la experiencia pre anestésica y el cuidado quirúrgico que nos proporcionaron.					

1. Ho Cheung William Li, Lopez Violeta. Effectiveness and Appropriateness of Therapeutic Play Intervention in Preparing Children for Surgery: A Randomized Controlled Trial Study. JSPN 2008; 13(2): 63-73.
2. Li HCW, López V, Lee TLI. Psychoeducational preparation of children for surgery: The importance of parental involvement. Patient Education and Counseling 2007: 65; 34–41.

HOJAS DE RECOLECCION DE DATOS
PACIENTE PEDIATRICO

RELACIÓN ENTRE LA EFICACIA DE LOS JUEGOS TERAPÉUTICOS Y LA SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN LA VISITA PREANESTÉSICA COMO INDICADOR DE CALIDAD EN PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS PROGRAMADOS PARA CIRUGIA ELECTIVA

UMAE HOSPITAL GENERAL CMN LA RAZA

NOMBRE: _____ FECHA: _____

EDAD: _____ SEXO (M) (F)

TIPO DE CIRUGIA: _____

PESO: _____

ENCIERRE EN UN CIRCULO SOLO EL ENUNCIADO QUE SE APEGUE MAS AL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO (A) EN SALA DE OPERACIONES:

ACTIVIDAD

1. Mira alrededor, curioso, juega con los juguetes, lee (u otro comportamiento apropiado para la edad); se mueve en la sala preanestésica/sala de tratamiento para coger los juguetes o ir hasta dónde están los parientes; puede moverse en dirección al equipo del quirófano
2. No explora o juega, puede mirar hacia abajo, mueve las manos o se chupa el pulgar (sábana); puede sentarse cerca de los parientes mientras juega, o el juego tiene una característica definitivamente maniaca
3. Se desplaza de manera desconcentrada desde el juguete hasta los parientes, movimientos no provenientes de las actividades; movimiento o juego frenético/agitado; contorsión, se mueve en la mesa; puede empujar la mascarilla o agarrar a los parientes
4. Trata de escaparse, empuja con los pies y con los brazos, puede mover todo el cuerpo; en la sala de espera, corre alrededor de manera desconcentrada, no mira los juguetes, no quiere separarse de los parientes, se agarra desesperadamente a ellos

VOCALIZACIÓN

1. Lee (una no vocalización adecuada para la actividad), pregunta, hace comentarios, balbucea, se ríe, responde rápidamente a preguntas, pero en general se queda callado; un niño muy joven para hablar en situaciones sociales o muy absorto en el juego para responder
2. Responde a los adultos, pero susurra, «conversación de bebé», y solo mueve la cabeza
3. Quieto, ningún sonido o respuesta para los adultos
4. Llorando, gimiendo, gruñendo, llorando en silencio
5. Está llorando, o puede que grite «no»
6. Llanto, grita alto y mantiene ese grito (audible a través de la mascarilla)

EXPRESIVIDAD EMOCIONAL

1. Visiblemente feliz, sonriente o concentrado en el juego
2. Neutro, sin expresión visible en la cara
3. De preocupado (triste) a asustado, triste, preocupado y con los ojos llorosos
4. Angustiado, llorando, extremadamente descontrolado, puede estar con los ojos abiertos

ESTADO DE DESPERTAR APARENTE

1. Alerta, a veces mira alrededor, se da cuenta o acompaña lo que el anestesiólogo hace (puede estar relajado)
2. Retraído, se sienta tranquilamente y en silencio, puede chuparse el pulgar o su cara parecerse a la de un adulto
3. Vigilante, mira rápidamente alrededor, podrá asustarse con los ruidos, ojos bien abiertos, cuerpo en tensión
4. Hace pucheros en pánico, puede llorar o rechazar a los demás, vira el cuerpo

INTERACCIÓN CON LOS PARIENTES

1. Juega absorto, se sienta inactivo o con un comportamiento apropiado para la edad y no necesita a los parientes; puede interactuar con los parientes si ellos inician la interacción
2. Busca el contacto con los parientes (se les acerca y conversa con ellos, que hasta ese momento permanecieron en silencio), busca y acepta la comodidad, puede recostarse a los parientes
3. Mira a los parientes en silencio, aparentemente observa las acciones, no busca contacto ni comodidad pero lo acepta si se le ofrece o se agarra a los parientes
4. Mantiene a los parientes a una cierta distancia o podrá retirarse de la presencia de los padres, podrá empujar a los parientes o agarrarse desesperadamente a ellos y no dejar que se vayan