

## Archivos de Medicina Familiar

Volumen  
Volume **6**

Número  
Number **3**




Septiembre-Diciembre  
September-December **2004**

*Artículo:*

Valoración de la actitud hacia la  
presencia familiar activa y continua en  
un hospital pediátrico de la Ciudad de  
México

Derechos reservados, Copyright © 2004

**Otras secciones de  
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in  
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



**Medigraphic.com**

# Valoración de la actitud hacia la presencia familiar activa y continua en un hospital pediátrico de la Ciudad de México

## Assessment of the Attitude Toward Active and Continuous Family Presence in a Mexico City Pediatric Hospital

Soler Pérez-Salazar S, \* Ramírez de la Roche F. \*\*

### RESUMEN

**Objetivo:** Conocer la actitud del personal de salud y los padres de niños hospitalizados hacia la presencia familiar activa y continua (PFAC) durante el internamiento del niño. **Diseño:** Estudio descriptivo y transversal. **Material y métodos:** En los meses de agosto a diciembre de 2002 se aplicaron 164 cuestionarios a personal de un hospital pediátrico (HP) y a los padres de los niños internados con preguntas organizadas en una escala de Likert indagando la actitud de los encuestados hacia la PFAC. La muestra fue calculada con un nivel de confianza de 95% y un error muestral de 5%  $p = 0.9$  y  $q = 0.1$ . Se interrogó sobre aspectos sociodemográficos, así como la actitud de los padres hacia el desempeño del personal de salud y la actitud del personal hacia el trabajo con niños internados y sus padres. **Resultados:** Se obtuvo una actitud francamente aprobatoria hacia la PFAC por parte de los padres como grupo y una actitud neutral por parte del personal. El grupo de padres fue notoriamente más joven que el personal. La actitud de los padres hacia el desempeño del personal fue muy favorable, la actitud del personal hacia el trabajo con niños internados y sus padres fue globalmente favorable. **Conclusiones:** La PFAC, no es del todo aceptada por el personal de salud del HPC, lo que hace indispensable el dar a conocer los beneficios de esta propuesta, antes de implantarla en el HP.

**Palabras clave:** Asistentes pediátricos, Hospital pediátrico, Niño hospitalizado.

### ABSTRACT

**Objective:** Our aim was to ascertain attitudes of medical staff and parents of hospitalized children toward active and continuous family presence (ACFP) during child hospitalization. **Design:** Cross-sectional and descriptive study. **Material and methods:** From August to December 2002, 133 surveys were applied to pediatric medical staff and 175 parents at a pediatric hospital in Mexico City, with questions arranged in a Likert scale to ascertain parental and staff opinions toward ACFP. The sample was calculated with a 95% confidence level (95% CI) and a 0.5 sample margin of error ( $p = 0.9$  and  $q = 0.1$ ). Social and demographic aspects were requested, as well as parental attitudes concerning medical staff performance and support-staff attitude toward hospitalized children and their parents. **Results:** Parents scored frankly positive toward ACFP, while the medical and supporting staff had a neutral attitude toward ACFP. In terms of age, the parental group was younger than the hospital-staff group. Parental attitude toward hospital-staff performance of activities was very favorable, while the opinion of personnel staff with regard to working with children and their parents was only

Recibido: 14-05-04

Aceptado: 12-07-04

\* Especialista en Medicina Familiar. Centro de Salud TII San Bernabé, Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras. Secretaría de Salud Pública del Distrito Federal.

\*\* Antropólogo. Profesor de Asignatura del Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Dirección para correspondencia:

Dr. Santiago Soler Pérez-Salazar. Camino Viejo a Mixcoac # 29 Int 4, Pueblo San Bartolo Ameyalco. Del. Álvaro Obregón, C.P. 01800. México D.F. E-mail: solerpss@hotmail.com.

*slightly favorable. **Conclusions:** ACFP is not yet well accepted by this hospital staff. These results aim to promote the benefits of this proposal prior to attempting to establish ACFP in this pediatric hospital.*

**Key words:** Pediatric assistants, Pediatric Hospital, Child hospitalized.

## Introducción

Existen evidencias de que la hospitalización infantil sin la presencia de los padres podría generar trastornos físicos y psicológicos, agudos y/o crónicos, potencialmente graves, como pueden ser los sentimientos de culpa, depresión, alteraciones en la lectura y problemas legales, particularmente si el niño es menor de cinco años y su internamiento hubiera sido prolongado<sup>1-5</sup>. En los 11 hospitales pediátricos (HP) de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF) en el año 2001 ocurrieron 14,207 egresos de niños menores de cinco años<sup>2</sup> los cuales contaron con la presencia de sus padres entre dos y siete horas al día (dependiendo del hospital) con un promedio general de cuatro horas, cifra que correspondería de manera aproximada al 80% del tiempo de hospitalización sin la presencia de los padres. Consideramos benéfico proponer modificaciones a la situación actual, promoviendo un modelo de atención en el que la participación activa y continua de la familia (sobre todo de los padres) sea la constante<sup>1</sup>.

Antes de implantar cualquier modelo de atención hospitalaria, diferente al actual, se requiere identificar la *actitud* de las partes involucradas hacia los puntos fundamentales del modelo<sup>3</sup>. En este estudio las partes involucradas son por un lado, los padres, tíos, abuelos o cualquiera que asuma el rol de cuidador primario de los niños internados y por otro los médicos, enfermeras y demás personal de salud de los hospitales pediátricos de la SSDF. El *objeto de la actitud* es la participación familiar activa y continua (PFAC) en la hospitalización infantil.

La PFAC hace referencia por un lado a la presencia física continua de los padres (al menos uno de ellos) o quien funja como cuidador primario, al lado del niño durante la hospitalización (incluyendo los momentos pre y posquirúrgicos) y, por otro lado a la inclusión de dicho padre en actividades relacionadas con el cuidado del niño (bañarlo, vestirlo, darle de comer, aplicarle inyecciones y venoclisis)<sup>6,7</sup>.

## Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo y transversal. Realizado entre los meses de agosto a diciembre de 2002. Se utilizaron dos encuestas, una para los padres (u otros familiares a cargo del niño internado) y otra para el personal de salud, con preguntas similares pero adaptadas a cada grupo, originalmente elaboradas por Shields<sup>8</sup> la traducción al idioma español se realizó previa autorización de la autora. Dichas encuestas fueron diseñadas para conocer la opinión y actitud del personal de salud y padres de familia hacia la participación parental activa y continua mediante siete preguntas emitidas todas en sentido positivo:

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

2. ¿Cree usted que los niños se adaptan mejor a estar internados si su madre o su padre se quedan a su lado durante la hospitalización?
3. ¿Cree usted que idealmente la madre o el padre de los niños hospitalizados les deben dar de comer, bañar, cambiar y consolar?
4. ¿Cree usted que se debe enseñar a la madre o al padre a dar cuidados más complicados como inyectar y colocar venoclisis?
5. Como regla general ¿Cree usted que a los abuelos y/o otros familiares se les debería permitir quedarse al lado de los niños hospitalizados para ayudar a atenderlos?
6. ¿Cree usted que la madre, el padre o algún otro familiar idealmente deben estar presentes cuando un niño se va a operar hasta que se quede dormido con la anestesia?
7. ¿Cree usted que la madre, el padre o algún otro familiar idealmente deben estar presentes cuando el niño despierta de la anestesia?

Las respuestas a las preguntas anteriores se distribuyeron en tres alternativas de respuesta: a favor (sí siempre), neutral (a veces) o en contra (no, nunca), construyéndose con esto una escala tipo Likert de siete afirmaciones y tres puntos por cada afirmación<sup>3</sup>.

Se indagaron características sociodemográficas básicas de los padres (ocupación, escolaridad, lugar de residencia, edad, estado civil, tipología familiar, y datos básicos sobre redes de apoyo) en cuanto al personal de salud (edad, género, cargo, antigüedad, grado académico, ser ellos mismos padres de familia) todas las preguntas fueron cerradas. Se evaluó la opinión de los padres hacia la actuación del personal de salud y la opinión del personal de salud sobre qué tanto disfrutaba el trabajar con niños hospitalizados y sus padres, mediante diferenciales semánticos, y qué tanto consideraba que dicho trabajo era reconocido por ellos (preguntas cerradas). Por último se incluyeron preguntas sobre aquello que tanto los padres como el personal consideran como idóneo en cuanto a la atención de los niños hospitalizados mediante preguntas cerradas.

Se consideraron como criterios de inclusión para la encuesta de los padres el hecho de tener un hijo hospitalizado en ese momento y estar presente en la sala de espera del hospital cuando se presentara alguno de los dos entrevistadores. Los criterios de inclusión en el caso de las encuestas del personal de salud, incluyeron a todos los médicos, enfermeras, personal de trabajo social tanto del turno matutino como del vespertino, nocturno y turnos especiales, así como residentes de pediatría o pasantes de enfermería que estuvieran en rotación en el momento de levantar las encuestas (las encuestas levantadas a estos dos últimos grupos no fueron consideradas dentro de la cuota muestral calculada). Se eliminaron las encuestas que tuvieran más de tres respuestas no contestadas. Se realizó

una prueba piloto a 10 padres de niños internados y 10 miembros del personal de salud a partir de la cual se corrigió la sintaxis de algunas preguntas confusas.

Se calculó como número de muestra, 160 encuestas para los padres. Entre el personal se realizó un censo. El número de muestra para los padres fue obtenido con base en el número total de egresos hospitalarios del HP en el año 2001 (2,600 egresos), después de aplicar la fórmula para poblaciones finitas menores de 10,000 elementos<sup>5</sup> con un nivel de confianza de 95% y un error muestral de 5% con una  $p = 0.9$  y  $q = 0.1$  ( $p$  y  $q$  fueron calculadas con base en el índice de éxito-fracaso observado en la prueba piloto). Se agregó 15% al tamaño de la muestra de los padres, para suplir aquellas encuestas que hubieran sido eliminadas, obteniendo un total de 184 encuestas. El personal de salud censado correspondió a 164. Las encuestas fueron aplicadas —previo consentimiento informado— por el investigador y un encuestador asistente en la sala de espera del hospital, en el caso de los padres de familia; dentro de las áreas de trabajo respectivas, en el caso de las encuestas aplicadas al personal de salud. En ambas poblaciones el muestreo fue por conveniencia (no probabilístico).

## Resultados

Se aplicaron 185 encuestas de las cuales se eliminaron ocho por contener más de tres preguntas no contestadas y dos más que correspondían a familias que ya habían sido encuestadas, dejando únicamente la primera encuesta que se les aplicó para el análisis. Se analizaron por lo tanto 175 encuestas de padres.

Con relación a las características sociodemográficas de las familias de los niños hospitalizados se observó que más del 60% de los padres contaban con educación secundaria o mayor. El 80% de los padres (o madres) encuestados refirieron vivir en pareja, 85% de los progenitores encuestados tuvieron 35 y menos años y 7% tuvieron menos de 18 años. El 84% de las madres fueron amas de casa, mientras que los padres fueron empleados en 27%, dedicados a oficios (carpinteros, mecánicos, pintores, electricistas, etc.) 13%, comerciantes 11%, choferes 11%, obreros 9%, albañiles 8% entre otros. El 90% de las familias habitaba en la zona urbana de la ciudad de México. El 92% de las familias llegaba al hospital en transporte público, con un tiempo de recorrido promedio de la casa al hospital de 66 minutos.

En cuanto a la tipología de las familias con base a su patrón cultural de 93% fueron familias tradicionales (en las que el padre se encarga de realizar el trabajo remunerado y la madre atiende el hogar) y el 7% restante fueron modernas. En cuanto a su condición y tipología laboral: 5% familias desempleadas, 3.6% campesinas, 29% obreras, 53% empleadas, 5.4% familias profesionistas. En cuanto a su conformación 54.3% fueron nucleares, 31.4% extensas, 14.3% monoparentales y no hubo familias compuestas. En cuanto a la fase del ciclo vital familiar 54% se encontraban en fase de expansión, 41.4% en fase de dispersión y 4.6% en fase de independencia. Hubo un promedio de 2.2 hijos por familia (familias no numerosas). En cuanto a quién cuidaba al resto de los hijos (en el caso de haberlos) en el momento que los padres acudían al hospital; se reportó

que “otros familiares” en aproximadamente 90% de los casos. Casi dos terceras partes fueron familiares de origen materno.

Al personal de salud del HP se le aplicó un total de 139 encuestas de las cuales fueron eliminadas seis, ya que se aplicaron erróneamente a personal que no estaba contemplado dentro de los criterios de inclusión (odontólogos, puericultistas, psicólogos, empleados administrativos y técnicos radiólogos); se eliminaron siete encuestas más por faltarles tres o más respuestas quedando 126 para el análisis. De los encuestados 44% fueron médicos, 49% enfermeras y 7% trabajadoras sociales. Promedio de edad de aproximadamente 10 años mayor que el de los padres. La escolaridad fue mayor que en el grupo de padres ya que aproximadamente 60% contaba con estudios a nivel licenciatura o mayores. Del total de trabajadores de la salud encuestados 70.6% refirieron tener hijos; el 74% fueron mujeres.

Al indagar mediante diferenciales semánticos la opinión de los padres sobre el desempeño de cada uno de los tres grupos de personal de salud (médicos, enfermería y trabajo social) los tres grupos fueron valorados de manera “muy favorable” (calificación de 1.76, siendo lo más favorable posible “1” y lo menos favorable posible “5”). Al preguntar mediante la misma técnica al personal de salud qué tan placentero consideraba el trabajo con niños hospitalizados con y sin la presencia de sus padres: la actitud hacia trabajar con niños fue “muy favorable” (calificación de 1.36) mientras que trabajar con sus padres fue “favorable” (calificación de 2.34). En cuanto a qué tanto considera el personal de salud reconocida su labor por los niños y por los padres, en promedio, el personal consideró su trabajo como muy valorado tanto por niños como por sus padres.

En las 7 preguntas que evaluaron la PFAC, la actitud de los padres fue más favorable que la del personal de salud (*Cuadro I*).

Fue notable la diferencia entre las respuestas de padres y personal en la pregunta “1” que indagó si se consideraba pertinente el solicitar expresamente a los padres su presencia continua cuando se internara su hijo ya que mientras 70% de los padres respondieron “sí, siempre”, sólo 31% del personal se pronunció de igual manera. En la pregunta “2” el 40% del personal opinó “sí, siempre” en comparación con 73% de los padres. Los padres en su mayoría consideraron pertinente su participación en la atención hospitalaria de sus hijos, tanto en lo que respecta a actividades técnicamente sencillas como bañar, cambiar, consolar y dar de comer a sus hijos como en aquellas técnicamente complejas como inyectar y colocar venoclisis. El personal mostró una moderada aceptación a la participación de los familiares en las actividades técnicamente sencillas, pero como era de esperarse se mostró francamente en contra de que los familiares participaran en actividades como inyectar y colocar venoclisis. No obstante en reiteradas ocasiones en el momento de aplicar las encuestas el personal entrevistado comentó que el enseñar a inyectar a los familiares pudiese ser viable, no así el enseñarles a colocar venoclisis. La presencia de los abuelos en el hospital fue francamente rechazada por el personal y poco apoyada por los padres. Al investigar qué tanto se consideraba

**Cuadro I.** Porcentajes de respuestas a cada una de las siete preguntas entre el grupo de padres y personal de salud entrevistados en el Hospital Pediátrico Coyoacán, México D.F.

Preguntas/Respuestas	Padres (n = 175)			Personal de salud (n = 126)		
	Sí, siempre %	A veces %	No, nunca %	Sí, siempre %	A veces %	No, nunca %
1) Quedarse	70.9	28	1.1	31.7	61.9	6.4
2) Adaptación	73.7	21.1	5.2	40.5	49.2	10.3
3) Dar de comer	79.4	17.7	2.9	43.7	50.8	5.5
4) Inyectar	71.4	16	12.6	9.5	20.6	69.9
5) Abuelos	37.7	38.9	23.4	2.4	39.7	57.9
6) Prequirúrgico	65.6	17.2	17.2	24.6	73.8	1.6
7) Posquirúrgico	81.6	12.1	6.3	56	41.6	2.4

Fuente: Encuestas para el personal de salud y los padres de familia HPC 2002. n = 301

pertinente la presencia de los familiares en el periodo prequirúrgico inmediatamente antes de que el niño se quedara dormido por la anestesia y en el posquirúrgico inmediato antes de que éste despertara, se encontró en ambos grupos una mayor aceptación hacia la presencia familiar en el posquirúrgico inmediato.

## Discusión

La población de estudio estuvo constituida fundamentalmente por familias jóvenes (fases de expansión y dispersión) con un promedio de educación catalogado de nivel medio, en su mayoría nucleares, obreras y empleadas, provenientes de la ciudad de México. En el personal de salud se encontró una escolaridad promedio mayor a la de los padres, mayores en edad y con experiencia en el trabajo con niños, en la mayor parte se trató de mujeres con hijos.

Contrario a lo que en ocasiones percibimos –como personal de salud– los padres encuestados se manifestaron de manera muy favorable hacia el desempeño tanto de médicos como de los servicios de enfermería y trabajo social. Por su parte el personal también se manifestó de manera muy favorable hacia el trabajo con niños y algo menos favorable hacia el trabajo con sus padres. Existió globalmente una actitud neutral por parte del personal de salud del HP y muy favorable por parte de los padres de los niños ahí internados hacia la participación familiar activa y continua.

Era de esperarse que por contar con estudios formales en pediatría el personal del HP tuviera una mayor conciencia del beneficio que representa la presencia continua de los padres, no obstante es posible que su entrenamiento al respecto lo hayan recibido en una época en la que aún no se había difundido en forma amplia el conocimiento sobre lo perjudicial de la separación prolongada del binomio madre-hijo en situaciones de enfermedad.

Fue notoria la menor aprobación de la moción de incluir a los abuelos y otros familiares en el cuidado de los niños hospitalizados entre los padres y el franco rechazo a la misma entre el personal de salud, posiblemente por considerar que permitir el paso a los abuelos pudiese representar el tener las salas repletas de gente. El poco apoyo por parte de los padres pudiese interpretarse como una forma en que éstos manifiestan su legítima potestad sobre los

hijos (el mismo fenómeno observado cuando la misma encuesta se aplicó por Shields en Tailandia). En cuanto a la diferencia entre la aprobación de ambos grupos con relación a la presencia de los padres en el periodo prequirúrgico y posquirúrgico (fue más favorable hacia el posquirúrgico); es posible que la diferencia se haya debido a que el periodo posquirúrgico está menos cargado emotivamente ya que el acto quirúrgico ha concluido y el resultado bueno o malo se ha producido.

Consideramos urgente difundir entre el personal que atiende los hospitales pediátricos de la ciudad de México, los nuevos conocimientos sobre los daños físicos y psicológicos que pueden resultar de la separación prolongada de los niños y sus madres particularmente cuando hay de por medio una enfermedad.

## Referencias

1. Soler-Pérez-Salazar S. Ramírez-de la Roche O. El enfoque médico familiar y el modelo de cuidados hospitalarios centrados en la familia. *Arch Med Fam* 2003; 5(1): 10-14.
2. [http://correo.puj.edu.co/proyectos/sintesis/HIPERVINCULOS/PACIENTES\\_TERMINALES/PT00102b.htm](http://correo.puj.edu.co/proyectos/sintesis/HIPERVINCULOS/PACIENTES_TERMINALES/PT00102b.htm)
3. <http://www.hospitalarias.org/publiynoti/libros/art%C3%Adculos/166/art2.htm>
4. <http://www.insp.mx/hnm/derechos.html>
5. <http://www.ahrq.gov/news/press/pr2003/sphospchpr.htm>
6. *Tablas de Principales Causas de Morbilidad, Servicios Normales y Corta Estancia, Hospitales Pediátricos 2001.* Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial. Secretaría de Salud, Gobierno del Distrito Federal.
7. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P. *Metodología de la investigación*. México: Editorial McGraw-Hill 3a ed. 2003.
8. Shields AL. A comparative study of the care of hospitalized children in developed and developing countries. *Tesis de maestría*. Universidad de Queensland, Australia 1999.
9. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER. *Guía para el Seminario de Investigación del PUEM*. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana 1999.
10. Soler-Pérez-Salazar S. Evaluación de la opinión y actitud del personal de salud y de los padres de niños hospitalizados en el Hospital Pediátrico Coyoacán sobre el beneficio de la participación parental activa y continua. *Trabajo de tesis de especialización*. Departamento de Medicina Familiar. Universidad Nacional Autónoma de México. México D.F. 2003.