

**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**PROYECTO DE INVESTIGACION**

**“Características epidemiológicas y presencia activa de los padres en los procedimientos médicos que se realizan a los niños en hospitales del MINSA, Arequipa 2013.”**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO POR:**

**Dayana Margot Bernedo Caytano**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO  
CIRUJANO**

***AREQUIPA - PERU***

**2013**



*Con profundo amor y admiración a mis  
padres René y Margot, quienes con su  
abnegado esfuerzo, sabiduría y apoyo  
constante hicieron posible mi formación  
profesional*

## INDICE GENERAL

Resumen.....	IV
Abstrat.....	V
Introducción.....	VI
Capítulo I	
Material y Métodos.....	7
Capítulo II	
Resultados.....	13
Capítulo III	
Discusión y Comentarios.....	44
Capítulo IV	
Conclusiones.....	56
Recomendaciones.....	59
Bibliografía.....	60
Anexos.....	61
*PROYECTO DE TESIS.....	61

## RESUMEN

En la práctica médica diaria existe un gran porcentaje de pacientes pediátricos que son sometidos a procedimientos, que tal vez causarían sentimientos de ansiedad y temor, que interferiría la labor médica así como la terapéutica respectiva. Por lo que la presencia de padres podría ser un factor importante en la realización de dichos procedimientos.

El Objetivo es determinar las Características epidemiológicas y cómo influye la presencia activa de los padres en los procedimientos médicos que se realizan a los niños en hospitales del MINSA, Arequipa 2013.

Se llevo a cabo Investigación de campo, transversal. Se realizó encuestas anónimas y semiestructurada a 140 padres con su respectivo hijo (6-14 años), en inmediaciones de los hospitales Goyeneche y Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, en enero y febrero del 2013

De los 140 padres de la muestra, se evidenció que las madres representaban el 60.71%, siendo el grado de instrucción Secundaria completa en el 47.2% en los padres y 43.5% en las madres. El número de Niños muestra que en sexo Masculino fue de 45% y femenino fue de 55%. Dentro de los procedimientos médicos más frecuentes se encontraron la Sutura de herida es de 69.29%. Los padres estuvieron presentes en Colocación de yeso estuvieron presente un 69.57%; y en menor porcentaje en Entubación traqueal estuvieron presente un 4.35%. El motivo que si presenciaron es: Se quedó y no lo sacaron en 54.29%; motivos es: No le ofrecieron y no pidió para estar presente es de 91.43%; Padres que desearían presenciar los procedimientos realizados a sus hijos de Sutura de herida es de 96.43%, acerca de la decisión sobre estar presente en el procedimiento, la respuesta fue en Padres de 42.86%; los niños respondieron en el procedimiento que debían estar los padres de Sutura de herida fue de 69.29%

Dentro de las conclusiones nos referimos a: La mayoría de los niños quieren ser acompañados por sus padres si se les realizan procedimientos médicos.

La mayoría de los padres desean estar presentes durante los procedimientos realizados a sus hijos y quieren ser los responsables de la decisión acerca de estar o no estar presentes.

Las características epidemiológicas no influyen en la presencia de los padres en los procedimientos médicos, solo así se ve influencia del lugar de referencia

## ABSTRACT

In daily medical practice there is a large percentage of pediatric patients who undergo procedures that may cause feelings of anxiety and fear, which interfere medical work and the respective therapeutic. So the presence of parents may be an important factor in performing these procedures.

The objective is to determine the epidemiology and how it influences the active presence of parents in the medical procedures are performed in children MINSA hospitals, Arequipa 2013.

Research was conducted field cross. Anonymous survey was conducted semistructured 140 parents with their respective child (6-14 years), in the vicinity of hospitals and Honorio Delgado Espinoza Goyoneche, Arequipa, in January and February 2013

Of the 140 parents in the sample, it was evident mothers accounted for 60.71, being the full secondary education level in 47.2% of parents and 43.5 for mothers. The number of children shows that male sex was 45% and was 55% female. Among the most common medical procedures were wound suture is 69.29%. Parents attended Thumbnail submit a plaster were 69.57% and in less percentage in tracheal intubation were present a 4.35%.

The reason is that if you witnessed: He stood and took him out in 54.29%; reasons is not offered and did not ask to be present is 91.43% Parents who would like to witness the procedures performed their children wound suture is 96.43%, about the decision to be present at the proceedings, the response was 42.86% in fathers, children responded to the proceedings that parents should be wound suture was 69.29%

Among the conclusions we mean: Most children want to be with their parents if they perform medical procedures.

Most parents want to be present during procedures performed on their children and want to be responsible for the decision about being or not being present.

The epidemiological characteristics influence parental presence during medical procedures, only then is the landmark influence

## INTRODUCCION

En la práctica médica diaria existe un gran porcentaje de pacientes pediátricos que son sometidos a procedimientos, que tal vez causarían sentimientos de ansiedad y temor, que interferiría la labor médica así como la terapéutica respectiva. Por lo que la presencia de padres podría ser un factor importante en la realización de dichos procedimientos.

A pesar de la idea generalizada del beneficio que esto produce tanto en los pacientes como en sus familias, estas prácticas se llevan a cabo generalmente en lugares de acceso restringido a los familiares. En los últimos años, surgieron estudios en otros países de Latinoamérica; como Uruguay y Argentina, que nos permitieron conocer las preferencias de las familias y de los pacientes acerca del tema.

La presencia de los familiares no es una situación generalizada y homogéneamente aceptada por los médicos y mucho menos estimulada por ellos. En este sentido, se debaten los argumentos esgrimidos por los médicos para decidir sobre este tema.

La bibliografía médica muestra la preferencia de los padres a estar presentes durante los procedimientos; otros dan cuenta del malestar que experimentan los médicos al ser observados por los padres en ese momento. Tampoco se tiene en claro en quien radica la responsabilidad de la permanencia de los padres dichos procedimientos médicos.

La presencia de los padres es considerada una práctica controvertida, a pesar de esto, no existe investigaciones nacionales ni regionales al respecto. Tampoco publicaciones que pregunten a los protagonistas: los niños.

El presente estudio pretende aportar a la reflexión personal y colectiva de todos aquellos integrantes del equipo de salud que por razones diagnósticas o terapéuticas tienen la responsabilidad de realizar procedimientos invasivos a niños y niñas.



## **CAPITULO I**

# **MATERIAL Y METODOS**

## 1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.

1.1. **La técnica:** mediante la aplicación de entrevista para la recolección de la información, observación directa.

1.2. **El instrumento:** encuesta semiestructurada para padres y niños.

## 2. Campo de verificación

### 2.1. **Ubicación espacial:**

La información para la elaboración del presente estudio se obtuvo mediante la aplicación de encuestas semiestructuradas para padres y niños en el servicio de pediatría del Hospital Goyeneche y Hospital Honorio Delgado E. Arequipa.

### 2.2. **Ubicación temporal:**

El presente trabajo se llevara a cabo durante los meses de enero y febrero del 2013.

## 3. Unidades de estudio:

La población de estudio comprendió pacientes hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Goyeneche y Hospital Honorio Delgado E. Arequipa.

## 4. Universo o población:

La población de estudio comprendió todos los pacientes pediátricos del servicio de pediatría del Hospital Goyeneche y Hospital Honorio Delgado E. Arequipa.

## 5. Muestra

La muestra comprendió a los pacientes pediátricos del servicio de pediatría del Hospital Goyeneche Hospital Honorio Delgado E. Arequipa, cuyos padres acepten ser entrevistados y por conveniencia del investigador

$$n = \frac{N \cdot (Z^2) \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + (Z^2)p \cdot q}$$

$$d^2(N-1) + (Z^2)p \cdot q$$

$$n = 101$$

n= Muestra X

N= Población de pacientes atendidos el mes anterior: 197

Z □ Valor crítico de Z que corresponde al nivel de significación 1.96

P= Proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia (Satisfacción con la atención) 0.68

q= Proporción que no presenta el fenómeno (Insatisfacción) 0.32

d= Precisión de la muestra 0.10

#### **6. Criterios de inclusión:**

- Pacientes pediátricos del servicio de pediatría del Hospital Goyeneche Hospital Honorio Delgado E. Arequipa entre 6 a 14 años con 11 meses.
- Interés y participación voluntaria en el estudio, capaz y en condiciones físicas y emocionales de responder a los instrumentos de investigación.
- Aceptar ingresar al estudio mediante consentimiento informado.

#### **7. Criterios de exclusión:**

- Pacientes en tratamiento psiquiátrico por trastornos psiquiátricos
- Mala condición que imposibilite la participación del participante durante la recolección de datos.
- Decisión del participante para no continuar con su participación.

- Niños o padres que presenten condiciones que impedan responder a la encuesta.

## 8. Estrategia de recolección de datos

### 8.1. Organización:

- ◆ Autorización del Director del Hospital
- ◆ Preparación de las unidades de estudio.
- ◆ Formalización física de la muestra.

### 8.2. Recursos:

- **Recursos humanos**

De personal: El encuestador, estudiante de VII año de medicina, diseñador del proyecto y asesor.

- **Recursos físicos**

Bibliografía, computadora con acceso a Internet, papel, lapiceros.

- **Recursos de financiamiento**

Económicos: aportados íntegramente por el autor.

### 8.3. Validación de los instrumentos

Encuesta anónima semiestructurada para niños y para padres (anexo 1). Las preguntas fueron realizadas por los propios autores. Se solicitó consentimiento informado verbal a todos los encuestados.

Previo a la realización de la misma se realizó un estudio piloto para poner a prueba la ficha y para el entrenamiento técnico de los encuestadores, en 15 padres que asistieron al hospital Goyeneche en

el tópico del servicio de pediatría, con lo cual se adaptó también la encuesta de acuerdo al nivel sociocultural de nuestra región

Las preguntas 6, 8, 9 y 10 de la encuesta a padres tienen opciones preestablecidas y la posibilidad de expresar otras respuestas. Las opciones de respuesta se establecieron en función de la revisión bibliográfica y de la prueba piloto. En la pregunta 10 podían optar por una o más de las opciones.

En la encuesta a niños las respuestas serán abiertas.

El presente instrumento fue validado previamente en Uruguay en el año 2012; con el trabajo titulado: "La presencia de los padres en los procedimientos médicos realizados a niños. ¿Qué opinan los padres y niños uruguayos?", a cargo Dres. Mercedes Bernadá, Mariana Más, docentes de la Facultad de Medicina. Universidad de la República. Realizado en el Hospital Pediátrico. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Uruguay.

Aprobación institucional de este proyecto fue aprobado por las autoridades de los centros donde se desarrolló y por el Comité de Ética de investigación del CHPR Centro Hospitalario Pereira Rossell. Uruguay bajos de principios de la Convención sobre los Derechos de los Niños, en 1989, establece que: *"Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al mismo, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del mismo"* (14)

## **8.4 Criterios o estrategias para manejar resultados:**

### **8.4.1. Nivel de recolección de datos**

Hoja de recolección de datos creada por el autor

#### **8.4.2 Nivel de sistematización**

Luego de la recolección de datos se analizaron los resultados, se creó una base de datos en Excel, y método estadístico SPSS 9.0.

#### **8.4.3 Nivel de estudio de datos**

Se realizó un análisis descriptivo de los datos, los cuales se presentaron en tablas de frecuencias, se describen las observaciones en número absolutos y porcentajes para su análisis y discusión.





## **CAPITULO II**

### **RESULTADOS**

**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y PRESENCIA ACTIVA DE LOS PADRES EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUE SE REALIZAN A LOS NIÑOS EN HOSPITALES DEL MINSA, AREQUIPA 2013”**

**TABLA N° 1**

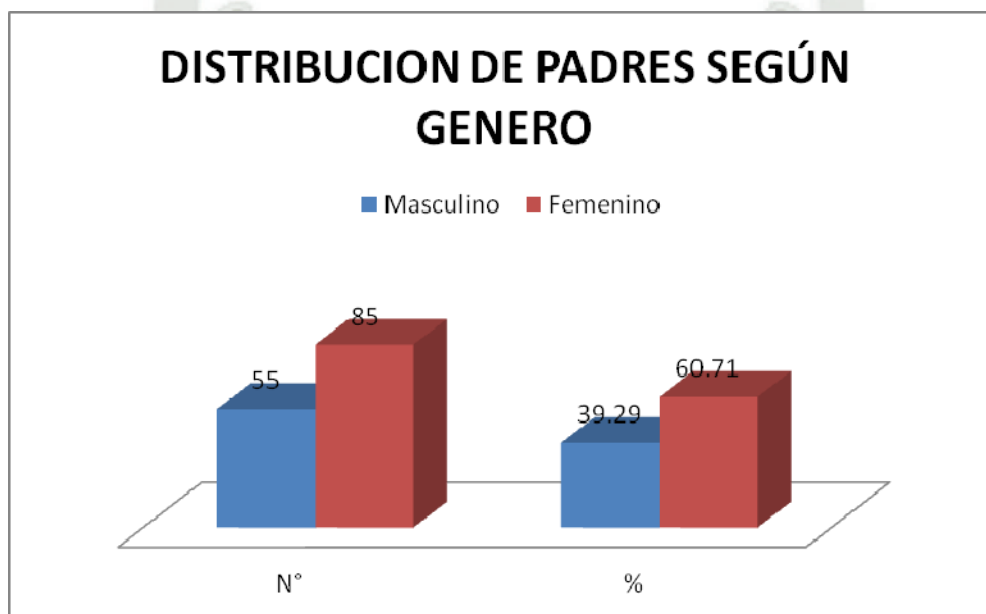
<b>DISTRIBUCION DE PADRES SEGÚN GENERO</b>		
<b>Sexo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Masculino	55	39.29
Femenino	85	60.71
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

**FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SEGÚN ENCUESTAS -2013**

En la tabla y gráfico 1 se aprecia que el sexo femenino fue de 60.71%, donde se nota que la madre es la que mayormente acompaña a su hijo.

“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y PRESENCIA ACTIVA DE LOS PADRES EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUE SE REALIZAN A LOS NIÑOS EN HOSPITALES DEL MINSA, AREQUIPA 2013”

Gráfico N° 1



**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y PRESENCIA ACTIVA DE LOS PADRES EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUE SE REALIZAN A LOS NIÑOS EN HOSPITALES DEL MINSA, AREQUIPA 2013”**

**TABLA 2**

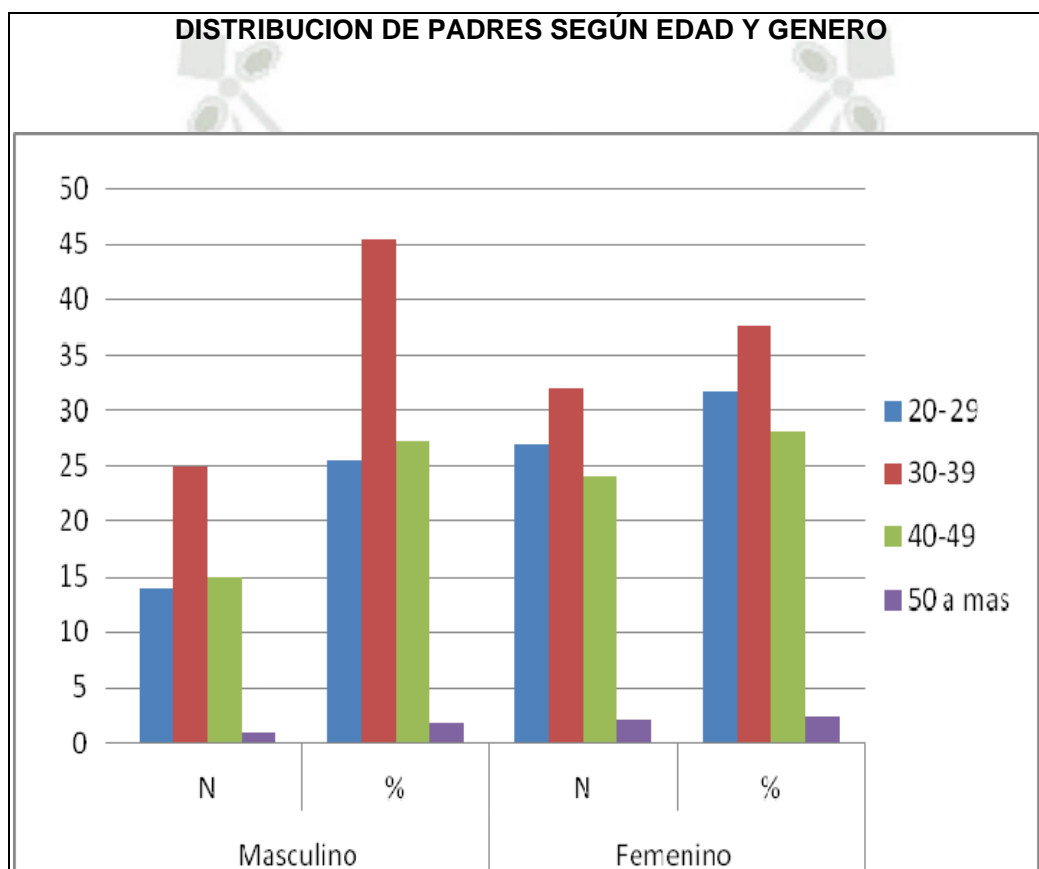
<b>DISTRIBUCION DE PADRES SEGÚN EDAD Y GENERO</b>				
Grupo etario	Masculino		Femenino	
	Nº	%	Nº	%
20- 29	14	25.5	27	31.8
30-39	25	45.5	32	37.6
40-49	15	27.2	24	28.2
50 a mas	1	1.8	2	2.4
Total	55	100	85	100

**FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SEGÚN ENCUESTAS -2013**

En la tabla y gráfico 2 muestra que el grupo etario comprendido entre los 30 y 39 años es el mayor porcentaje de padres tanto masculino como femenino que acompañan a sus hijos en procedimientos médicos.

**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y PRESENCIA ACTIVA DE LOS PADRES EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUE SE REALIZAN A LOS NIÑOS EN HOSPITALES DEL MINSA, AREQUIPA 2013”**

**GRAFICO 2**



**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y PRESENCIA ACTIVA DE  
LOS PADRES EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUE SE REALIZAN A  
LOS NIÑOS EN HOSPITALES DEL MINSA, AREQUIPA 2013”**

**TABLA 3**

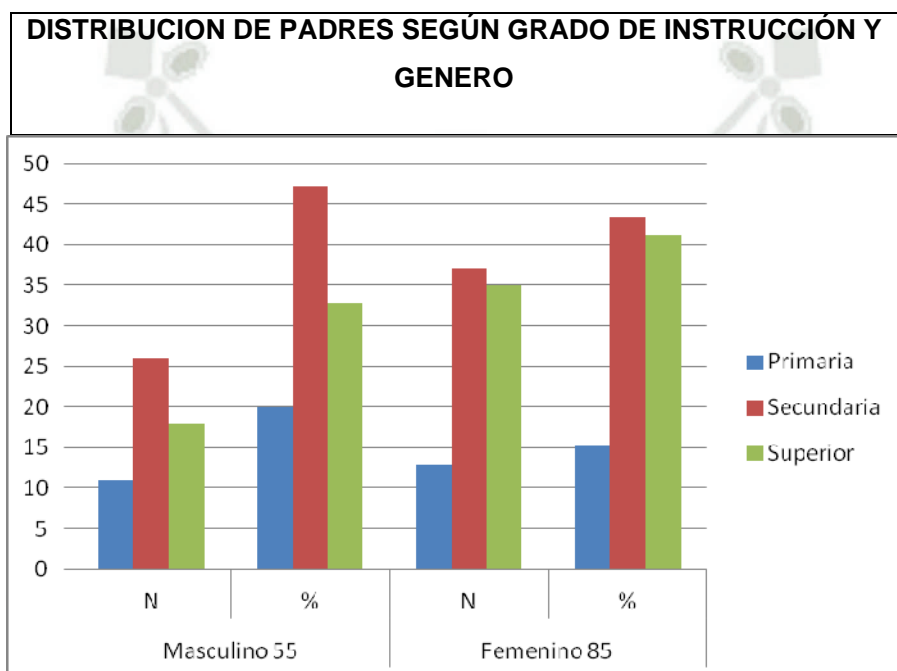
<b>DISTRIBUCION DE PADRES SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN Y GENERO</b>				
Grado de instrucción	Masculino 55		Femenino 85	
	Nº	%	Nº	%
Primaria	11	20.0	13	15.3
Secundaria	26	47.2	37	43.5
Superior	18	32.8	35	41.2
Total	55	100	85	100

**FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SEGÚN ENCUESTAS -2013**

En la presente tabla y gráfico se aprecia que la mayoría de los padres tanto masculinos como femeninos tienen estudios secundarios.

**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y PRESENCIA ACTIVA DE LOS PADRES EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUE SE REALIZAN A LOS NIÑOS EN HOSPITALES DEL MINSA, AREQUIPA 2013”**

**GRAFICO 3**



**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y PRESENCIA ACTIVA DE  
LOS PADRES EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUE SE REALIZAN A  
LOS NIÑOS EN HOSPITALES DEL MINSA, AREQUIPA 2013”**

**TABLA N° 4**

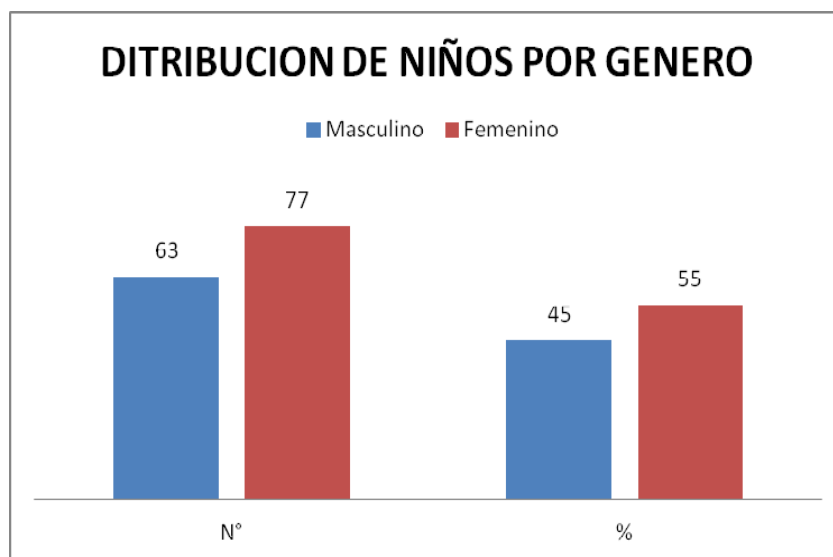
<b>DITRIBUCION DE NIÑOS POR GENERO</b>		
<b>Sexo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Masculino	63	45.00
Femenino	77	55.00
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

**FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SEGÚN ENCUESTAS -2013**

En la tabla y gráfico 4 se observa que las niñas representan el 55% de la población entrevistada.

**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y PRESENCIA ACTIVA DE  
LOS PADRES EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUE SE REALIZAN A  
LOS NIÑOS EN HOSPITALES DEL MINSA, AREQUIPA 2013”**

**Grafico N° 4**



**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y PRESENCIA ACTIVA DE LOS PADRES EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUE SE REALIZAN A LOS NIÑOS EN HOSPITALES DEL MINSA, AREQUIPA 2013”**

**TABLA 5**

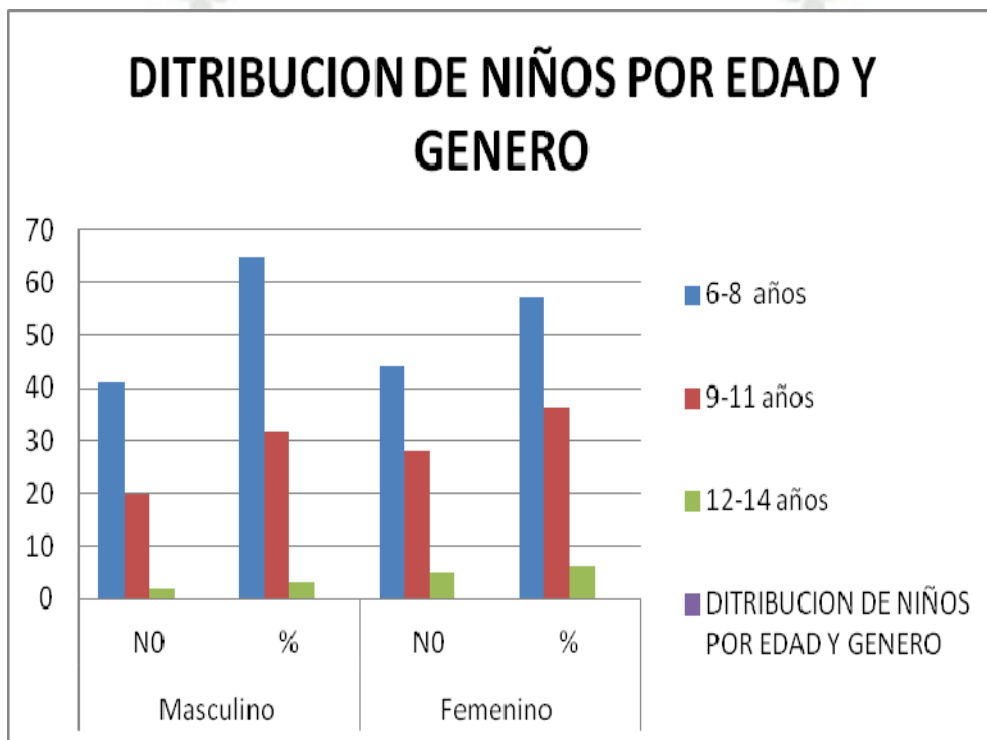
<b>DITRIBUCION DE NIÑOS POR EDAD Y GENERO</b>				
Grupo etario	Masculino		Femenino	
	N <sup>0</sup>	%	N <sup>0</sup>	%
6-8 años	41	65.0	44	57.2
9-11 años	20	31.7	28	36.4
12-14 años	2	3.3	5	6.4
Total	63	100	77	100

**FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SEGÚN ENCUESTAS -2013**

En la tabla y gráfico 5 se evidencia que la edad predominante fue de 6 a 8 años en ambos géneros.

**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y PRESENCIA ACTIVA DE LOS PADRES EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUE SE REALIZAN A LOS NIÑOS EN HOSPITALES DEL MINSA, AREQUIPA 2013”**

GRAFICO N° 5



**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y PRESENCIA ACTIVA DE LOS PADRES EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUE SE REALIZAN A LOS NIÑOS EN HOSPITALES DEL MINSA, AREQUIPA 2013”**

**TABLA N° 6**

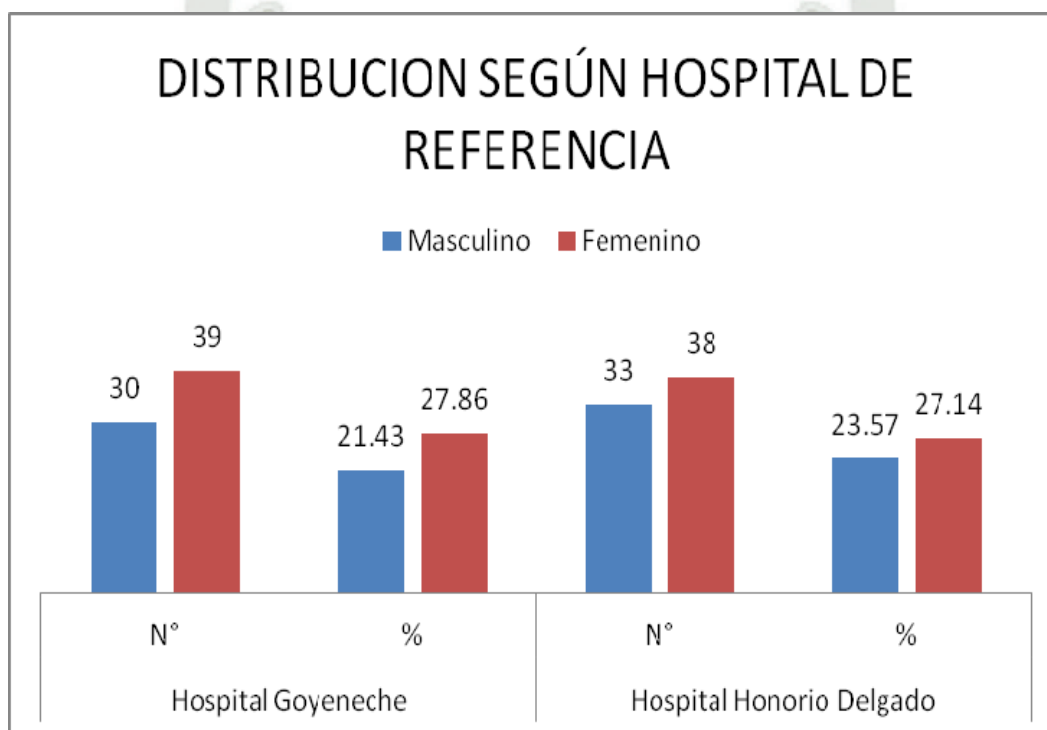
<b>DISTRIBUCIÓN SEGÚN HOSPITAL DE REFERENCIA</b>				
<b>Niños</b>	<b>Hospital Goyeneche</b>		<b>Hospital Honorio Delgado</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Masculino	30	21.43	33	23.57
Femenino	39	27.86	38	27.14
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>49.29</b>	<b>71</b>	<b>50.71</b>

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SEGÚN ENCUESTAS -2013

En la tabla y gráfico 6 se aprecia que el Hospital Honorio Delgado Espinoza tuvo la mayor cantidad de niños referidos.

“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y PRESENCIA ACTIVA DE LOS PADRES EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUE SE REALIZAN A LOS NIÑOS EN HOSPITALES DEL MINSA, AREQUIPA 2013”

Grafico N° 6



**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y PRESENCIA ACTIVA DE LOS PADRES EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUE SE REALIZAN A LOS NIÑOS EN HOSPITALES DEL MINSA, AREQUIPA 2013”**

**TABLA N° 7**

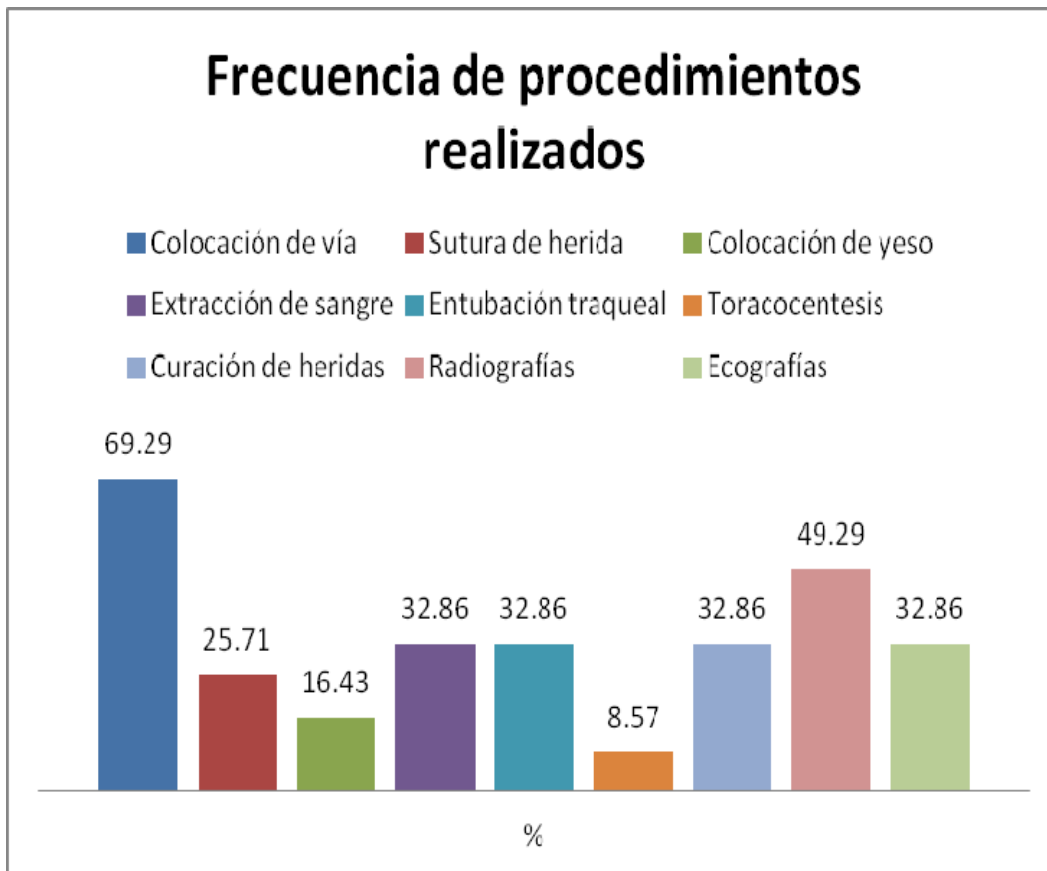
<b>Frecuencia de procedimientos realizados</b>		
<b>Procedimientos</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Colocación de vía	97	69.29
Sutura de herida	36	25.71
Colocación de yeso	23	16.43
Extracción de sangre	46	32.86
Entubación traqueal	4	2.85
Toracocentesis	12	8.57
Curación de heridas	46	32.86
Radiografías	69	49.29
Ecografías	46	32.86

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SEGÚN ENCUESTAS -2013

En la tabla 7 se observa que el procedimiento mayor realizado en niños fue la colocación de vía endovenosa.

**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y PRESENCIA ACTIVA DE LOS PADRES EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUE SE REALIZAN A LOS NIÑOS EN HOSPITALES DEL MINSA, AREQUIPA 2013”**

**Grafico N° 7**



**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y PRESENCIA ACTIVA DE LOS PADRES EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUE SE REALIZAN A LOS NIÑOS EN HOSPITALES DEL MINSA, AREQUIPA 2013”**

**TABLA N° 8**

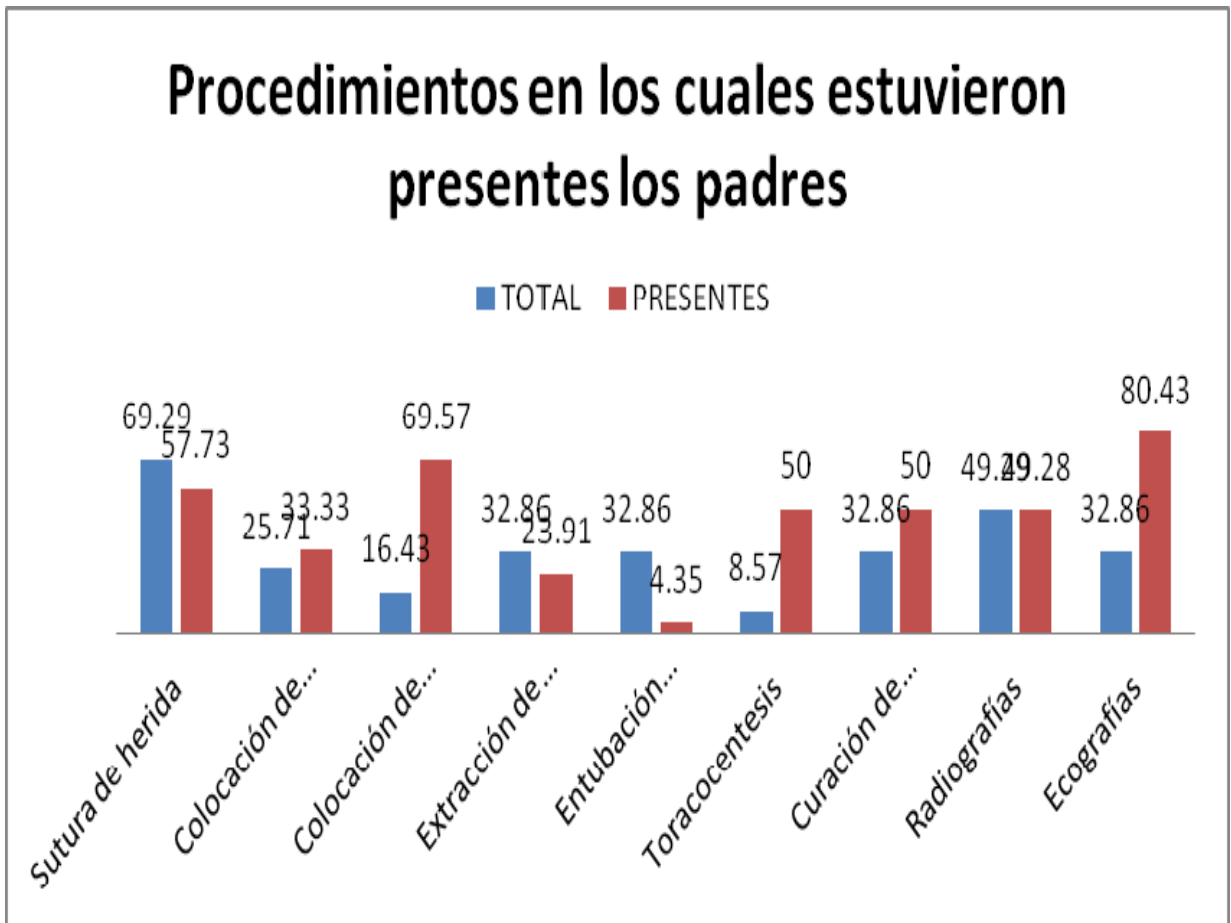
<b>Procedimientos en los cuales estuvieron presentes los padres</b>				
<b>Procedimientos</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N° Estuvieron presentes</b>	<b>%</b>
Sutura de herida	97	69.29	56	57.73
Colocación de vía	36	25.71	12	33.33
Colocación de yeso	23	16.43	16	69.57
Extracción de sangre	46	32.86	11	23.91
Entubación traqueal	46	32.86	2	4.35
Toracocentesis	4	8.57	2	50
Curación de heridas	46	32.86	23	50.00
Radiografías	69	49.29	34	49.28
Ecografías	46	32.86	37	80.43

**FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SEGÚN ENCUESTAS -2013**

En el tabla y gráfico 8 en el procedimiento que estuvieron la mayor parte de padres con sus hijos es en ecografía (80.43%).

**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y PRESENCIA ACTIVA DE LOS PADRES EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUE SE REALIZAN A LOS NIÑOS EN HOSPITALES DEL MINSA, AREQUIPA 2013”**

**Grafico N° 8**



**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y PRESENCIA ACTIVA DE LOS PADRES EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUE SE REALIZAN A LOS NIÑOS EN HOSPITALES DEL MINSA, AREQUIPA 2013”**

**TABLA N° 9**

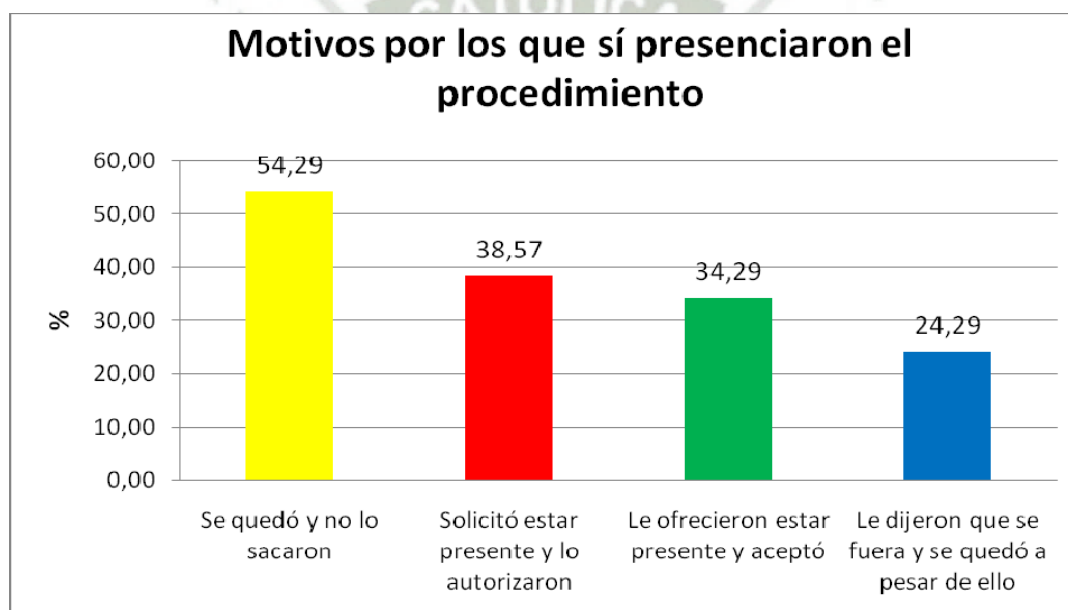
<b>Motivos por los que sí presenciaron el procedimiento</b>		
<b>Motivo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Se quedó y no lo sacaron	76	54.29
Solicitó estar presente y lo autorizaron	54	38.57
Le ofrecieron estar presente y aceptó	48	34.29
Le dijeron que se fuera y se quedó a pesar de ello	34	24.29

**FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SEGÚN ENCUESTAS -2013**

En la tabla y gráfico 9 se evidencia que el 54.29% de los padres se quedaron y no los sacaron mientras se le realizaba procedimiento a sus hijos.

**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y PRESENCIA ACTIVA DE  
LOS PADRES EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUE SE REALIZAN A  
LOS NIÑOS EN HOSPITALES DEL MINSA, AREQUIPA 2013”**

**Grafico N° 9**



**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y PRESENCIA ACTIVA DE  
LOS PADRES EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUE SE REALIZAN A  
LOS NIÑOS EN HOSPITALES DEL MINSA, AREQUIPA 2013”**

**TABLA N° 10**

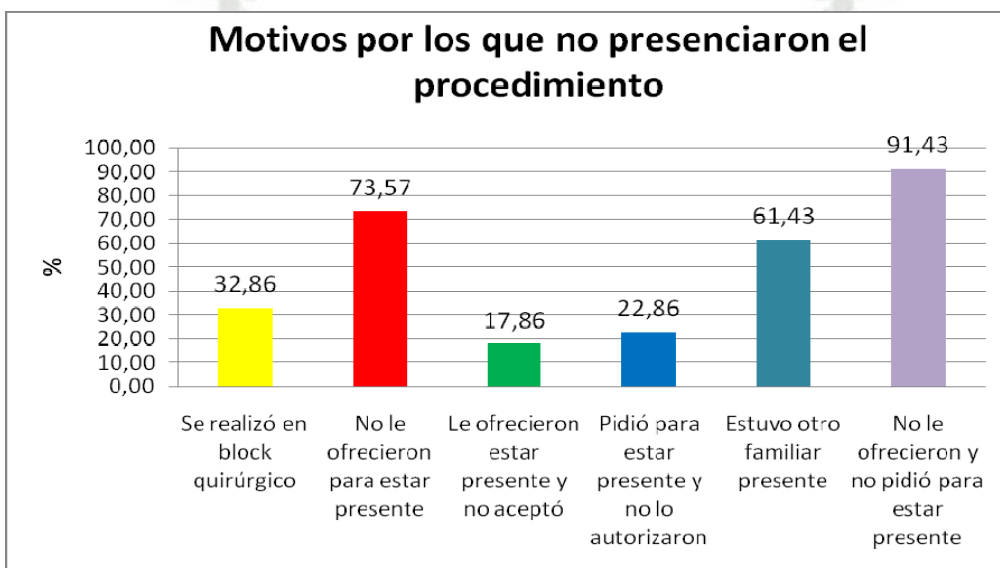
<b>Motivos por los que no presenciaron el procedimiento</b>		
<b>Motivo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Se realizó en block quirúrgico	46	32.86
No le ofrecieron para estar presente	103	73.57
Le ofrecieron estar presente y no aceptó	25	17.86
Pidió para estar presente y no lo autorizaron	32	22.86
Estuvo otro familiar presente	86	61.43
No le ofrecieron y no pidió para estar presente	128	91.43

**FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SEGÚN ENCUESTAS -2013**

En la tabla y gráfico 10 el motivo por el cual los padres no presenciaron el procedimiento que les realizaban a sus hijos fue porque no les ofrecieron y no pidieron estar presentes (91.43%).

**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y PRESENCIA ACTIVA DE LOS PADRES EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUE SE REALIZAN A LOS NIÑOS EN HOSPITALES DEL MINSA, AREQUIPA 2013**

**Grafico N° 10**



**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y PRESENCIA ACTIVA DE  
LOS PADRES EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUE SE REALIZAN A  
LOS NIÑOS EN HOSPITALES DEL MINSA, AREQUIPA 2013”**

**TABLA N° 11**

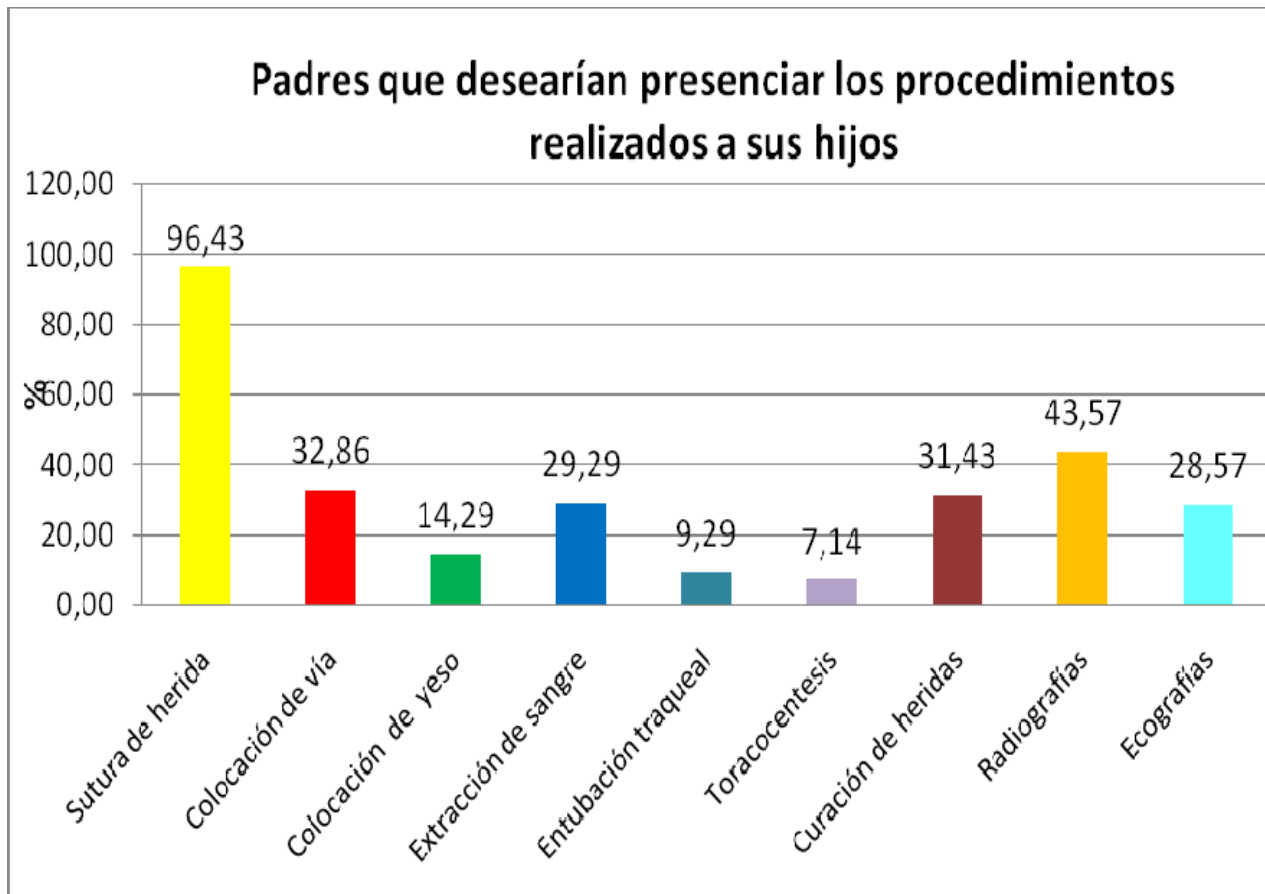
<b>Procedimientos en los cuales los padres desearían estar presentes</b>		
<b>Procedimientos</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Sutura de herida	135	96.43
Colocación de vía	46	32.86
Colocación de yeso	20	14.29
Extracción de sangre	41	29.29
Entubación traqueal	13	9.29
Toracocentesis	10	7.14
Curación de heridas	44	31.43
Radiografías	61	43.57
Ecografías	40	28.57

**FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SEGÚN ENCUESTAS -2013**

En la tabla y grafico 11 el 96.43% de los padres desearían estar presentes en el procedimiento de sutura de herida.

**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y PRESENCIA ACTIVA DE LOS PADRES EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUE SE REALIZAN A LOS NIÑOS EN HOSPITALES DEL MINSA, AREQUIPA 2013”**

**Grafico N° 11**



**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y PRESENCIA ACTIVA DE LOS PADRES EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUE SE REALIZAN A LOS NIÑOS EN HOSPITALES DEL MINSA, AREQUIPA 2013”**

**TABLA N° 12**

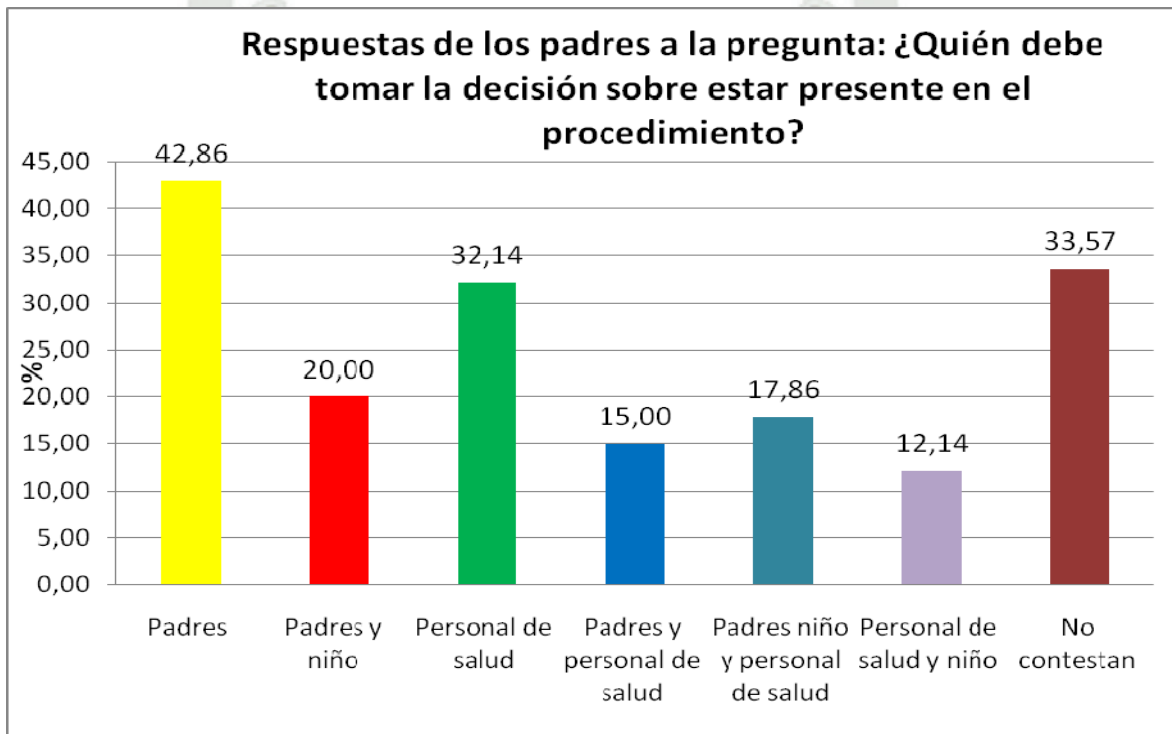
<b>Respuestas de los padres a la pregunta: ¿Quién debe tomar la decisión sobre estar presente en el procedimiento?</b>		
<b>Respuestas de los padres</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Padres	60	42.86
Padres y niño	28	20.00
Personal de salud	45	32.14
Padres y personal de salud	21	15.00
Padres, niño y personal de salud	25	17.86
Personal de salud y niño	17	12.14
No contestan	47	33.57

**FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SEGÚN ENCUESTAS -2013**

En la tabla y gráfico 12 se observa que la mayor parte de entrevistados opina que los padres deberían tomar la decisión de estar presentes en el procedimiento de sus hijos (42.86%).

**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y PRESENCIA ACTIVA DE LOS PADRES EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUE SE REALIZAN A LOS NIÑOS EN HOSPITALES DEL MINSA, AREQUIPA 2013”**

**Grafico N° 12**



**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y PRESENCIA ACTIVA DE LOS PADRES EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUE SE REALIZAN A LOS NIÑOS EN HOSPITALES DEL MINSA, AREQUIPA 2013”**

**TABLA N° 13**

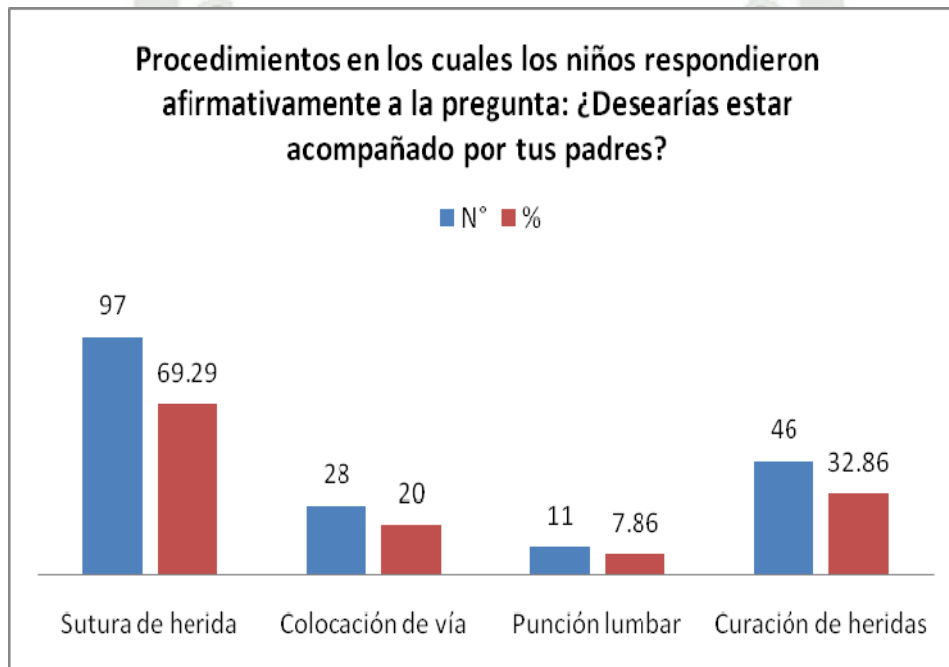
<b>Procedimientos en los cuales los niños respondieron afirmativamente a la pregunta: ¿Desearías estar acompañado por tus padres?</b>		
<b>Procedimientos</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Sutura de herida	97	69.29
Colocación de vía	28	20.00
Punción lumbar	11	7.86
Curación de heridas	46	32.86

**FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SEGÚN ENCUESTAS -2013**

En la tabla y gráfico 13 la mayoría de niños (69.29%) desearían estar acompañados por sus padres en el procedimiento de sutura de herida.

**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y PRESENCIA ACTIVA DE LOS PADRES EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUE SE REALIZAN A LOS NIÑOS EN HOSPITALES DEL MINSA, AREQUIPA 2013”**

**Grafico N° 13**



**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y PRESENCIA ACTIVA DE LOS PADRES EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUE SE REALIZAN A LOS NIÑOS EN HOSPITALES DEL MINSA, AREQUIPA 2013”**

**TABLA N° 14**

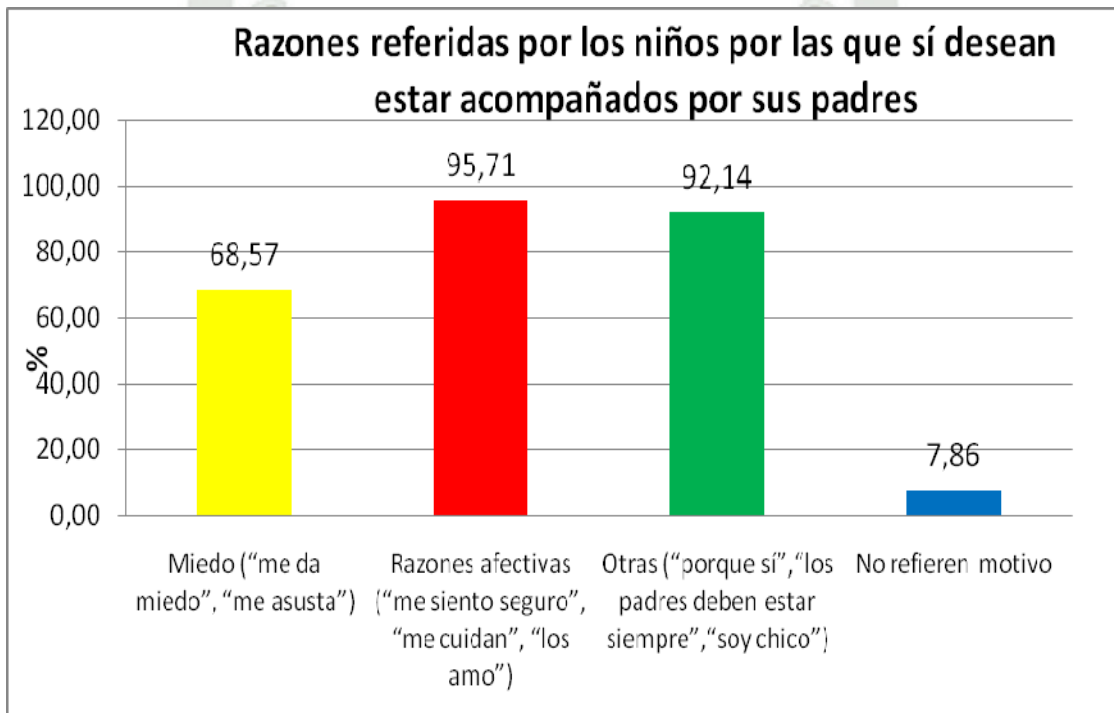
<b>Razones referidas por los niños por las que sí desean estar acompañados por sus padres</b>		
<b>Razones</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Miedo (“me da miedo”, “me asusta”)	96	68.57
Razones afectivas (“me siento seguro”, “me cuidan”, “los amo”)	134	95.71
Otras (“porque sí”, “los padres deben estar siempre”, “soy chico”)	129	92.14
No refieren motivo	11	7.86

**FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SEGÚN ENCUESTAS -2013**

En la tabla y gráfico 14 se observa que las razones por la que los niños desearon estar acompañados por sus padres son por razones afectivas.

**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y PRESENCIA ACTIVA DE LOS PADRES EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUE SE REALIZAN A LOS NIÑOS EN HOSPITALES DEL MINSA, AREQUIPA 2013”**

**Grafico N° 14**



**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y PRESENCIA ACTIVA DE  
LOS PADRES EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUE SE REALIZAN A  
LOS NIÑOS EN HOSPITALES DEL MINSA, AREQUIPA 2013”**

**Tabla N° 15**

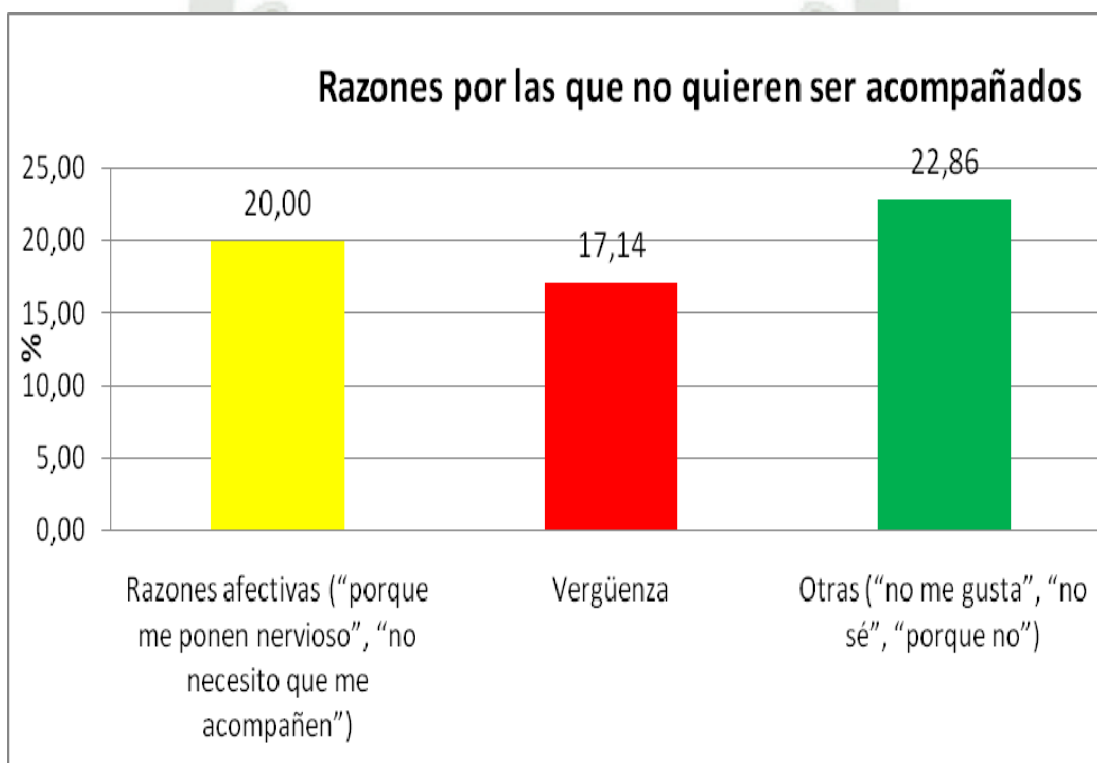
<b>Razones por las que no quieren ser acompañados</b>		
<b>Razones</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Razones afectivas (“porque me ponen nervioso”, “no necesito que me acompañen”)	28	20.00
Vergüenza	24	17.14
Otras (“no me gusta”, “no sé”, “porque no”)	32	22.86

**FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SEGÚN ENCUESTAS -2013**

En la tabla y gráfico 15 se evidencia que la mayor parte de niños no responden adecuadamente a esta pregunta.

**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y PRESENCIA ACTIVA DE LOS PADRES EN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUE SE REALIZAN A LOS NIÑOS EN HOSPITALES DEL MINSA, AREQUIPA 2013”**

**Grafico N° 15**



## **CAPITULO III**

# **DISCUSION Y COMENTARIOS**



El presente estudio confirmó la percepción de los autores respecto a la variabilidad que existe, al menos en el sector público de atención pediátrica en nuestro país, en cuanto a la presencia de los padres durante la realización de procedimientos médicos. Al igual que en investigaciones realizadas en otros medios, los padres de niños a quienes se les habían realizado procedimientos previos, refirieron haber acompañado a sus hijos más frecuentemente en procedimientos de menor invasividad que en aquellos más invasivos como raquicentesis o intubación orotraqueal (18).

Estas respuestas podrían reflejar que la posibilidad de los padres de acompañar o no a sus hijos depende más de su propio interés que de la voluntad de los profesionales.

En la tabla 1 referido a la distribución de Padres según genero, muestra que en sexo femenino fue de 39.29% y de Masculino fue de 60.71%, donde se encontró en los hospitales como mayor acompañantes de los pacientes pediátricos internados era la madre es la que mayormente acompaña a su hijo, aparentemente porque es la que más tiempo tiene o porque es la que más se preocupa por sus hijos.

En la tabla 2, referido a la distribución de padres según edad, se evidencia la mayoría de padres tiene entre 30-39 años, donde fueron 25 del sexo masculino con el 45,5% y del sexo femenino 32 con el 37.6%. Entre las edades de 20 -29 años se observó 14 padres (25.5%) y 27 madres (31.8%). Entre las edades de 40-49 años se observó 15 padres (27.2%) y 24 madres (28.2%).

En la tabla 3, referido a la distribución de padres según grado de instrucción y genero, se observa un mayor porcentaje de padres que han culminado la secundaria, siendo del sexo masculino en numero de 26 con un porcentaje de 47.2% y del sexo femenino en numero de 37 con un 43%. Los padres que tienen estudios superiores presentaron 18 casos del sexo masculino (32.8%) y 35 del sexo masculino (41.2%). Los padres que culminaron los estudios del nivel primario fueron 11 del sexo masculino con un porcentaje de 20% y 13 del sexo femenino con un porcentaje de 15.3%.

En un estudio en Buenos Aires, Argentina realizado en el 2008, Las características demográficas de la población encuestada fueron las siguientes: intervalo de edad fue de 15-69 años. La distribución con relación al sexo mostró que la mayoría fueron mujeres (80,81% = 139). El 19,77% de los encuestados había terminado los estudios secundarios y el 15,70% los terciarios o universitarios. (15)

En la tabla 4, donde se muestra la distribución de niños por género se observa que el número de niños del sexo Masculino fue de 63 con un porcentaje de 45% y el número de niñas fue de 77 con un porcentaje de 55%, donde se ve que mayormente que hubo más pacientes del sexo femenino en los entrevistados o los internados en los diferentes hospitales.

En la tabla 5, donde se muestra la distribución de niños por edad y género, se evidencia que se encuestó a 77 niñas que representa el 55%, y 45% en niños respectivamente. La edad predominante fue de 6 a 8 años con 41 niños (65%) y 44 niñas (57.2%). Seguido de edades de 9 a 11 años con 20 niños (31.7%) y 28 niñas (36.4%). En menor porcentaje de la muestra presenta edades entre 12 y 14 años, siendo 2 niños (3.3%) y 5 niñas (6.4%)

En un estudio realizado en Uruguay en el 2012, se realizó encuestas a niños (n= 130). La mediana de edad de los niños encuestados fue 10 años. La mayoría de las encuestas 67% (87) se realizaron en sala de internación. Fueron de sexo masculino 56% (73). La mayoría (81%) tenía experiencia previa en venopunción (18)

En la tabla 6, donde se analiza el hospital de Referencia donde se realizó las encuestas, se muestra que en el Hospital Goyeneche asistieron niños del sexo Masculino en 21.43% y en femenino en 27.86%; y en el Hospital Honorio Delgado asistieron en sexo Masculino en 23.57% y en femenino 27.14%; podemos observar que la mayor referencia de la muestra obtenida para el estudio fue en el Hospital Honorio Delgado, también porque la cobertura de internamiento es mayor en este hospital por su capacidad de internamiento.

En la tabla 7, referido a la frecuencia de procedimientos realizados; se observa que el procedimiento que más se realizó en pacientes pediátricos fue:

Colocación de vía es de 69.29% con un número de pacientes de 97, seguido de en Radiografías en 49.29%, Curación de heridas es de 32.86%, en Ecografías es de 32.86 Extracción de sangre es de 32.86%, en Sutura de herida es de 25.71%, en Colocación de yeso es de 16.43%.los procedimientos con menos porcentaje fueron de Toracocentesis con 8.57%, y Entubación traqueal es de 2.85%; procedimientos que fueron referidos como los que más se realizan en los hospitales en donde se realizó el estudio.

Estos resultados comparados con estudios anteriores realizados en Uruguay, realizado en el 2012, se evidencia que coincide con el procedimiento mas frecuente con la colocación de via endovenosa con un porcentaje de 79%, seguido de la extracción de sangre con un porcentaje de 76%.Los procedimientos menos frecuentes en este estudio mencionan a la raquicentesis (15%)y toracocentesis(8%). (18)

En la tabla 8 donde se muestra el número de padres que estuvieron presentes en los procedimientos, se observa que el procedimiento de Sutura de herida de 69.29% del total de los procedimientos, solo estuvieron presente un 57.73%; en Colocación de vía de 25.71% solo estuvieron presente un 33.33%; en Colocación de yeso de 16.43% solo estuvieron presente un 69.57%; en Extracción de sangre de 32.86% solo estuvieron presente un 23.91%; en Entubación traqueal de 32.86% solo estuvieron presente un 4.35%; en Toracocentesis de 8.57% solo estuvieron presente un 16.67%; en Curación de heridas de 32.86% solo estuvieron presente un 50.00%; en Radiografías de 49.29% solo estuvieron presente un 49.28%; en Ecografías de 32.86% solo estuvieron presente un 80.43%; podemos ver que en el procedimiento que más estuvieron presentes los padres fue en ecografias, procedimientos donde según los resultados del estudio los padres estaban presentes en una presencia mayor a 32%, llegando a un máximo de 69.29% cifras importantes de la presencia de la padres en los procedimientos realizados a sus hijos.

En un estudio en España, El 75% de los encuestados habían tenido una conducta activa frente a los procedimientos en cuestión durante el último mes previo al estudio, expresado como respuesta afirmativa a la pregunta: ¿Durante

el último mes Ud. realizó, presenció o decidió alguno de los procedimientos anteriormente mencionados como parte de su práctica médica? La mayoría de los encuestados permitió la presencia de padres en los procedimientos menosinvasivos, fundamentalmente suturas de heridas cortantes en guardia (SU)  $n= 84$  (75,7%) y en la colocación de vías venosas o extracciones de sangre (IV)  $n= 66$  (59,9%), pero en los procedimientos invasivos se evidenció una tendencia inversa: punción lumbar PL  $n= 15$  (13,6%) y RCP  $n= 4$  (3,6%) (16)

Una encuesta realizada en la República Argentina a pediatras y neonatólogos muestra que 60% permite y 38% estimula a los padres a acompañar a su hijo durante la extracción de sangre o colocación de vía venosa, pero solo 4% permite o estimula la presencia frente a la intubación orotraqueal (15). Otro estudio realizado en el Hospital de Niños de Filadelfia muestra resultados algo diferentes: 97% de los médicos y enfermeras con más años de experiencia aprueban la presencia de los padres durante procedimientos de baja invasividad y hasta 63% para la resucitación.(17) Este hecho podría sugerir otro elemento a considerar como lo es la experiencia del profesional, tanto en aspectos técnicos y de destrezas manuales, como también los relativos a las habilidades de comunicación interpersonal. Otro estudio demostró también diferencia estadísticamente significativa según la profesión. Encuestados médicos, nurses y otros profesionales de la salud acerca de la predisposición a permitir la presencia de familiares durante la resucitación de niños, los médicos fueron los menos proclives a hacerlo. Las causas más comunes para el rechazo fueron la preocupación por el posible trauma psicológico de los familiares, problemas médico-legales, ansiedad del equipo que realiza la reanimación(22). Este estudio fue realizado años después que la American Heart Association dedicara espacio en las guías de resucitación cardiopulmonar del año 2000 a la defensa de la "reanimación con familia de testigo", y recomendara permitir que un miembro de la familia esté presente durante los intentos de resucitación(14)

En cuanto a la presencia de padres y/o responsables, en 11 hospitales (34,4%) en España, no se da nunca la opción a que presencien los procedimientos

realizados a sus hijos. En el resto, los padres tienen la opción de presenciar la extracción sanguínea y la colocación de una vía periférica en 15 hospitales (46,9% de la muestra), sutura de heridas en 14 (43,7%), sondaje gástrico en 10 (31,2%), sondaje uretral en 9 (28,1%), lavado gástrico en 8 (25%), punción lumbar en 7 (21,9%), reducción/tracción esquelética en 5 (15,7%), toracocentesis en uno (3,1%), intubación endotraqueal en uno (3,1%) y maniobras de RCP en uno (3,1%). Al preguntar sobre los motivos para restringir la presencia de los padres, la mayoría de los responsables de SUP (servicio de urgencias pediátricas) argumentaron la ansiedad de los padres y/o responsables (86,7%), el temor de un peor rendimiento del personal sanitario (77,4%) y la creencia de que los padres no están preparados para presenciar el procedimiento (76,7%), entre otros. (16)

En la tabla 9, donde se refiere a los Motivos que si presenciaron el procedimiento se observa que los motivos fueron: Se quedó y no lo sacaron es de 54.29%, Solicitó estar presente y lo autorizaron es de 38.57%, Le ofrecieron estar presente y aceptó es de 34.29%, y Le dijeron que se fuera y se quedó a pesar de ello es de 24.29%.; podemos ver que el motivo mayor por lo que se quedaron los padres fue que se quedó y no lo sacaron; se nota e estos resultados de una presencia importante de querer quedarse con un porcentaje del 50% y la actitud de otro porcentaje importante que estuvo por solicitud de ellos y que a pesar de querer que se vayan por el personal de salud se quedaron; lo que determina que hay un deseo importante de los padres estar presentes en estos procedimientos para proteger de alguna manera a sus hijos.

En un estudio de referencia de Uruguay, La mayoría de los padres (70%-91%) expresó que desean acompañar a sus hijos en ocasión de realizarles distintos procedimientos médicos. Los motivos referidos por los padres que desearían acompañar a sus hijos en la realización de procedimientos médicos (n=474) fueron: contener y calmar al niño: 22% (106); cumplir el deseo del niño: 20% (97); y disminuir su miedo: 19% (87) en su mayoría. (18)

En la tabla 10 donde se analizan los Motivos que no presenciaron el procedimiento, se observa que los motivos fueron: Se realizó en block quirúrgico es de 32.86%, No le ofrecieron para estar presente es de 73.57%, Le ofrecieron estar presente y no aceptó es de 17.86%, Pidió para estar presente y no lo autorizaron es de 22.86%, Estuvo otro familiar presente es de 61.43% y No le ofrecieron y no pidió para estar presente es de 91.43%; podemos ver que el motivo mayor fue que No le ofrecieron y no pidió para estar presente; datos que determinan en este resultado de este cuadro que siempre hay un predominio de no invitar a los padres a que estén presentes en los procedimientos realizados a sus hijos, y porque algunos se realizaron en lugares de no ingreso a personal no autorizado por ser lugares restringidos

En un estudio parecido en Uruguay, también se constató que la principal causa por la que estuvieron presentes fue porque *"se quedó y no lo sacaron"* (67%) y no porque *"le ofrecieron estar presente y aceptó"* (12%). Estas respuestas podrían reflejar que la posibilidad de los padres de acompañar o no a sus hijos depende más de su propio interés que de la voluntad de los profesionales.(18)

Una encuesta realizada a responsables de 43 servicios de urgencia españoles demostró también que en la tercera parte de los hospitales incluidos no se da nunca la opción a que los padres presencien los procedimientos de sus hijos, y que en el resto ocurre similar "jerarquía de invasividad" que la demostrada en la serie que se presenta. Al preguntarles los motivos por los que se restringe la presencia de los padres, los encuestados respondieron que era por "la ansiedad de los padres", "el temor al peor rendimiento del personal sanitario", y "la creencia de que los padres no están preparados para presenciar el procedimiento"(16).

En la tabla 11, donde se observa en que procedimientos médicos los Padres desearían estar presente , se observa que el procedimiento de Sutura de herida es de 96.43%, en Colocación de vía es de 32.86%, en Colocación de yeso es de 14.29%, en Extracción de sangre es de 29.29%, en Entubación traqueal es de 9.29%, en Toracocentesis es de 7.14%, en Curación de heridas

es de 31.43%, en Radiografías es de 43.57%, en Ecografías es de 28.57%; podemos ver que el procedimiento que desearían presenciar es sutura de herida, estos resultados muestran que en comparación del porcentaje de procedimientos realizados hay una diferencia de leve entre el número de procedimientos y el deseo de estar en ellos que supera a los resultados de los que sí estuvieron presentes de un 29% de diferencia entre ambos en sutura de herida.

Existen pocas evidencias que revelen efecto significativo de la presencia de los padres sobre los resultados del procedimiento en sí mismo, pero un estudio prospectivo realizado en el departamento de emergencia del Hospital de Niños de Boston demostró que la presencia de uno o más miembros de la familia durante la realización de una punción lumbar a un niño, no tuvo relación significativa con la tasa de punciones traumáticas o infructuosas ni con el número de intentos necesarios para lograrla(14).

En la tabla 12, la cual hace referencia a la pregunta ¿Quién debe tomar la decisión sobre estar presente en el procedimiento?, la respuesta fue en Padres de 42.86%, en Padres y niño de 20.00%, en Personal de salud de 32.14%, en Padres y personal de salud de 15.00%, en Padres niño y personal de salud de 17.86%, en Personal de salud y niño de 12.14%, en No contestan de 33.57%; podemos observar que la toma de decisión de estar presente es de los Padres, porque estos procedimientos se van a realizar a sus hijos y determina como una decisión que los involucra a ellos, como estar requiriendo de los establecimientos la toma de en cuenta de los padres en las decisiones terapéuticas y su presencia activa en lo que se realizaran a sus hijos.

En el estudio de Uruguay del 2012, los padres que han sido encuestado acerca de quién/es deberían tomar la decisión de estar presentes en los procedimientos, más de la mitad de los padres eligió opciones que no incluyen al personal de salud (padres, padres y niño o niño). En un 39 % a favor de los padres y un 27 % a favor del personal médico. (18)

Uno de los principios generales de la bioética, el principio de autonomía, exige el respeto a la capacidad de decisión de las personas y el derecho a que se

respete su voluntad en aquellas cuestiones que se refieren a ellas mismas. Tena y Sánchez (19), junto con otros autores, proponen la “medicina asertiva” como una alternativa a la actual crisis de relacionamiento entre los profesionales de la salud y la sociedad. Esta se caracteriza por: actitudes de seguridad en la *Lex Artis Médica* (el saber), pero también respeto y buena comunicación. *“El reconocimiento y el respeto de los derechos de los pacientes es un componente obligado de una medicina asertiva. Sólo en estemarco –de respeto y ejercicio de los derechos– se podrá realizar el principio de autonomía, bajo el cual el paciente asume la toma de decisiones de acuerdo a sus propios intereses y valores”*(19).

En la tabla 13 que analiza las respuestas a la pregunta realizada a los niños ¿Desearías estar acompañado por tus padres en caso de procedimientos?, los niños respondieron en el procedimiento de Sutura de herida fue de 69.29%, colocación de vía en 20%, en punción lumbar fue de 7.86%, en Curación de heridas fue de 32.86% podemos ver que el procedimiento que desearían estar acompañados es en sutura de herida, siempre porque este procedimiento entra un número de profesionales que son extraños al niño que eleva más el estado ansioso por la misma herida que presenta el niño y número de veces que tiene que pasar a ser intervenido por agujas, gasas, sangrado, que hace que el niño desee estar acompañado por alguien que lo quiere y conoce.

Por primera vez en Arequipa se interrogó a niños acerca de su deseo de ser acompañados por sus padres en caso de realizarles procedimientos médicos. Al hacerlo, se encontró que la mayoría de los niños encuestados (87%-93%, según el procedimiento) prefieren estar acompañados por sus padres si se les debe realizar un procedimientos médico y expresan una serie de razones por las cuales desean que esto sea así.

La Convención sobre los Derechos de los Niños, en 1989, establece que: *“Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al mismo, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del mismo”* (19).

En la tabla 14 donde se analiza las razones referidas por los niños que si desean estar acompañados por sus padres, las cuales fueron por Miedo (“me da miedo”, “me asusta”) con 68.57%, Razones afectivas (“me siento seguro”, “me cuidan”, “los amo”) con 95.71%, Otras (“porque sí”, “los padres deben estar siempre”, “soy chico”) con 92.14%, No refieren motivo con 7.86%; podemos observar que el mayor porcentaje ha sido por razones afectivas y se sienten seguros, lo que muestra la misma naturaleza de la compañía segura de alguien que afectivamente corresponde a sus sentimientos y lo puede apoyar y darle seguridad para tolerar el procedimiento.

En la tabla 15 las razones por las que no quieren ser acompañados, fueron por Razones afectivas (“porque me ponen nervioso”, “no necesito que me acompañen”) con 20.00%, Vergüenza con 17.14%, Otras (“no me gusta”, “no sé”, “porque no”) con 22.86%; podemos observar la razón de mayor porcentaje es Otras no les gusta, quizás estos resultados mostrados son bajos en comparación de las decisiones de querer si la compañía, son el resultado en niños mayores.

La presente investigación demostró por primera vez en nuestro país que un grupo encuestado de padres del sector público en su mayoría desea estar presente durante procedimientos médicos realizados a sus hijos. Si bien existen diferencias entre la voluntad para acompañar procedimientos de menor invasividad respecto a los de mayor invasividad, al igual que en la bibliografía, en todos los casos más de la mitad de los padres encuestados desean estar junto a sus hijos si a estos se les realizan procedimientos médicos. A su vez, la mayoría de los que alguna vez acompañó a su hijo en un procedimiento expresó que lo volvería a hacer.

En el estudio Uruguayo del 2012, se encontró que la mayoría de los niños encuestados (87%-93%, según el procedimiento) prefieren estar acompañados por sus padres si se les debe realizar un procedimientos médico y expresan una serie de razones por las cuales desean que esto sea así. También se quiere destacar que en algunos casos, y sobre todo para algún procedimiento (cateterismo vesical), algunos niños prefieren estar solos y claramente refieren que es por vergüenza. Si bien existen muchas investigaciones acerca de las preferencias de los padres y el personal sanitario respecto a la presencia de la familia en distintos procedimientos médicos y la resucitación, no se encontró ninguna que indague la opinión de los niños al respecto. (20)

Los resultados de esta investigación aportan la visión nacional de un grupo de padres y niños del sector público a un asunto ya investigado por varios autores en otros países (17). Sería importante refrendar estos resultados con estudios similares realizados en el sector privado de atención sanitaria, así como en otras regiones del país. De todas maneras, parecería que respecto a que los padres acompañen a sus hijos en procedimientos médicos no quedan dudas de que es necesario trabajar en pos de un cambio en la atención pediátrica. En la opinión de los autores, este cambio debería darse al menos en tres niveles.

A nivel personal, frente a cada procedimiento se debería:

- 1) preguntar al niño si desea que sus padres estén con él;
- 2) preguntar a los padres si desean acompañar al niño;
- 3) en caso afirmativo, ofrecerles apoyo antes, durante y después del procedimiento;
- 4) explicar al niño y a los padres qué es lo que se realizará, por qué, qué consecuencia tendrá para la salud, qué materiales se utilizarán, cuáles pueden ser las dificultades o errores del procedimiento y qué se hará en ese caso;
- 5) aclarar a los padres que si estando presentes en un procedimiento se sienten mal y desean retirarse lo podrán hacer.

A nivel de las instituciones: son necesarias políticas explícitas que favorezcan la participación del niño y la familia en las decisiones relativas a su propia salud, así como la presencia de los padres o cuidadores en todos los procedimientos médicos a realizar en niños. Estas políticas o normativas internas deben, además, ser debidamente difundidas. El personal de salud

debe estar sensibilizado y capacitado para su implementación y se debe monitorizar su cumplimiento.

A nivel de la formación profesional: los derechos de los niños y de sus familias deben formar parte del currículum de todas las carreras de grado de los profesionales de la salud que trabajan con niños. El otro pilar fundamental en la formación es el de la comunicación asertiva: *“La asertividad como comunicación humana respetuosa de los valores y derechos de la otra persona, aplicada a la medicina, permite a los profesionales contribuir a la construcción de confianza con la comunidad. Confianza no ciega, sino basada en el reconocimiento mutuo de profesionales y comunidad, desde donde provienen y a quienes se deben. La asertividad se aprende y enseñarla es una prioridad de la formación médica”*(18).

#### **Los resultados se pueden resumir en**

- La mayoría de los niños quieren ser acompañados por sus padres si se les realizan procedimientos médicos.
- La mayoría de los padres desean estar presentes durante los procedimientos realizados a sus hijos y quieren ser los responsables de la decisión acerca de estar o no estar presentes.
- Estas opiniones deben ser recabadas frente a cada niño y familia antes de cada procedimiento porque es mandatario que profesionales e instituciones de salud respeten y velen por los derechos de los niños consignados en la legislación nacional e internacional.
- Desde los profesionales, las instituciones de asistencia y responsables de formación es necesario “asegurar flexibilidad en las políticas, procedimientos organizacionales y prácticas de manera tal que los servicios puedan adaptarse a las necesidades, creencias y valores culturales de cada niño y familia” (21).



**CAPITULO IV**  
**CONCLUSIONES**

}

## CONCLUSIONES

**PRIMERA** Las madres entre 30 y 40 años y con secundaria completa son las que con más frecuencia acompañan a sus hijos.

**SEGUNDA** Se encontró un predominio de niñas en la muestra entre las edades de 6 y 8 años

**TERCERA** El procedimiento médico más frecuente fue la colocación de vía endovenosa. Observándose menos frecuencia de presencia de padres en los procedimientos, mientras más invasivos eran.

**CUARTA** Más del 50 % de los padres si desean estar presentes durante la realización de procedimientos médicos realizados a sus hijos.

**QUINTA** Casi el 100% de los niños desean ser acompañados por sus padres. Las razones referidas por los niños que si desean estar acompañados por sus padres, fueron por razones afectivas y Miedo

**SEXTA** No existe normatividad de los hospitales sobre la presencia de los padres en los procedimientos de los niños, como consecuencia la presencia de los padres y/o responsables durante la realización de procedimiento es aún baja en nuestros hospitales

**SEPTIMA** La edad, el sexo y grado de instrucción de los padres no influyen en la decisión de acompañar a sus hijos, sino más el que más está en el hospital con los niños según los resultados.

**OCTAVA** La edad y el sexo de los niños no influyen en la decisión de ser acompañados por sus padres, ya que la mayoría de niños coinciden en las respuestas independientemente de su edad y género.



## RECOMENDACIONES

**PRIMERA:** A los padres de familia, estar presentes en los procedimientos médicos realizados a sus hijos para el soporte emocional y afectivo. Así también aclarar a los padres que si estando presentes en un procedimiento se sienten mal y desean retirarse lo podrán hacer.

**SEGUNDA** Al personal de salud, Solicitar la presencia de los padres durante los procedimientos médicos dependiendo de la invasividad de estos, previa explicación de los materiales y posibles complicaciones de los mismos.

**TERCERA** A las instituciones hospitalarias: fomentar la aplicación de políticas explícitas que favorezcan la participación del niño y la familia en las decisiones relativas a su propia salud, así como la presencia de los padres o cuidadores en todos los procedimientos médicos a realizar en niños. Estas políticas o normativas internas deben, además, ser debidamente difundidas.

**CUARTA** A las universidades de ciencias de la salud: fomentar los derechos de los niños y de sus familias, que deben formar parte del currículum de todas las carreras de grado de los profesionales de la salud que trabajan con niños.

## BIBLIOGRAFIA DE TESIS

14. **Boie ET, Moore GP, Brummett C, Nelson DR.** Do parents want to be present during invasive procedures performed on their children in the emergency department? A survey of 400 parents. *Ann Emerg Med* 1999; 34(1): 70-4.
15. **Caprotta G, Moreno R, Araguas J, Otero P, Pena R.** Presencia de los padres y/o cuidadores de pacientes durante la realización de procedimientos: ¿qué opinan los médicos que asisten niños?. *Arch Arg Pediatr* 2004;102(4): 246-50.
16. **Gamell Fullà A, Corniero Alonso P, Parra Cotanda C, Trenchs Sainz de la Maza V, Luaces Cubells C.** ¿Están presentes los padres durante los procedimientos invasivos? Estudio de 32 hospitales de España. *An Pediatr (Barc)* 2010; 72(4): 243-9.
17. **Fein JA, Ganesh J, Alpern ER.** Medical staff attitudes toward family presence during pediatric procedures. *Pediatr Emerg Care* 2004; 20(4): 224-7.
18. **Rodríguez H.** De la medicina defensiva a la medicina asertiva. *Rev Méd Urug* 2006; 22(3): 167-8.
19. Uruguay. Ley Nro.16.137. Convención sobre los derechos del niño. Montevideo 9 nov. 1990.
20. **Briozzo L.** La crisis como oportunidad: reformulando la relación sanitaria. *Rev Méd Urug* 2007; 23(3): 139-41
21. **Pérez Alonso V., Gómez Sáez F., González-Granado L.I., Rojo Conejo P.** Procedimientos invasivos en urgencias: ¿los familiares prefieren estar presentes?. *An Pediatr.* 2009; 70:230-4.
22. **McClenathan BM, Torrington KG, Uyehara CF.** Family member presence during cardiopulmonary resuscitation. *Chest* 2002; 122(6): 2204-11

**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**PROYECTO DE INVESTIGACION**

**“Características epidemiológicas y presencia activa de los padres en los procedimientos médicos que se realizan a los niños en hospitales del MINSA, Arequipa 2013.”**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO POR:**

**Dayana Margot Bernedo Caytano**

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO**

***AREQUIPA - PERU***

**2013**

## I. PREAMBULO

En los servicios de pediatría, los procedimientos de médicos tales como extracción de analítica, canalización de vía venosa, sondaje vesical, o nasogástrico, son realizados al paciente-niño, estando dicho paciente sin acompañamiento familiar.

Esto ocasiona situaciones de angustia en los familiares que tienen que esperar separados del paciente, generando en muchos casos actitud negativa hacia el personal de enfermería, y también en el niño, que no solo está con personas que no conoce sino que además se siente agredido en la realización de dichas pruebas que en muchas ocasiones le causan malestar dificultando su colaboración. Ante esto, nos propusimos conocer la diferencia entre la permanencia o no de la familia durante la realización de dichos procedimientos en cuanto al comportamiento del niño, actitud familiar y del personal de enfermería así como si facilitaba o no su realización

Este aspecto es particularmente importante en el campo pediátrico, ya que el sujeto es un menor y sus familiares están a menudo angustiados por su enfermedad. El niño debiera ser tratado en su contexto familiar, donde los padres son participantes esenciales en su curación, junto con el equipo de profesionales sanitarios.

La presencia de familiares durante la realización de procedimientos cruentos es un tema controvertido. A pesar de la idea generalizada del beneficio que esto produce tanto en los pacientes como en sus familias, dichos procedimientos se llevan a cabo generalmente en lugares donde se les restringe el acceso. Su presencia no es homogéneamente aceptada por todos los profesionales. Sin embargo, ningún estudio sobre esto ha demostrado que mantenerles fuera del lugar donde se realizan beneficie a nadie. Por el contrario, los familiares pueden experimentar más exacerbadamente sentimientos de impotencia, ansiedad, pánico y culpa cuando son excluidos.

## II. PLANTEAMIENTO TEORICO:

### 1) PROBLEMA DE INVESTIGACION:

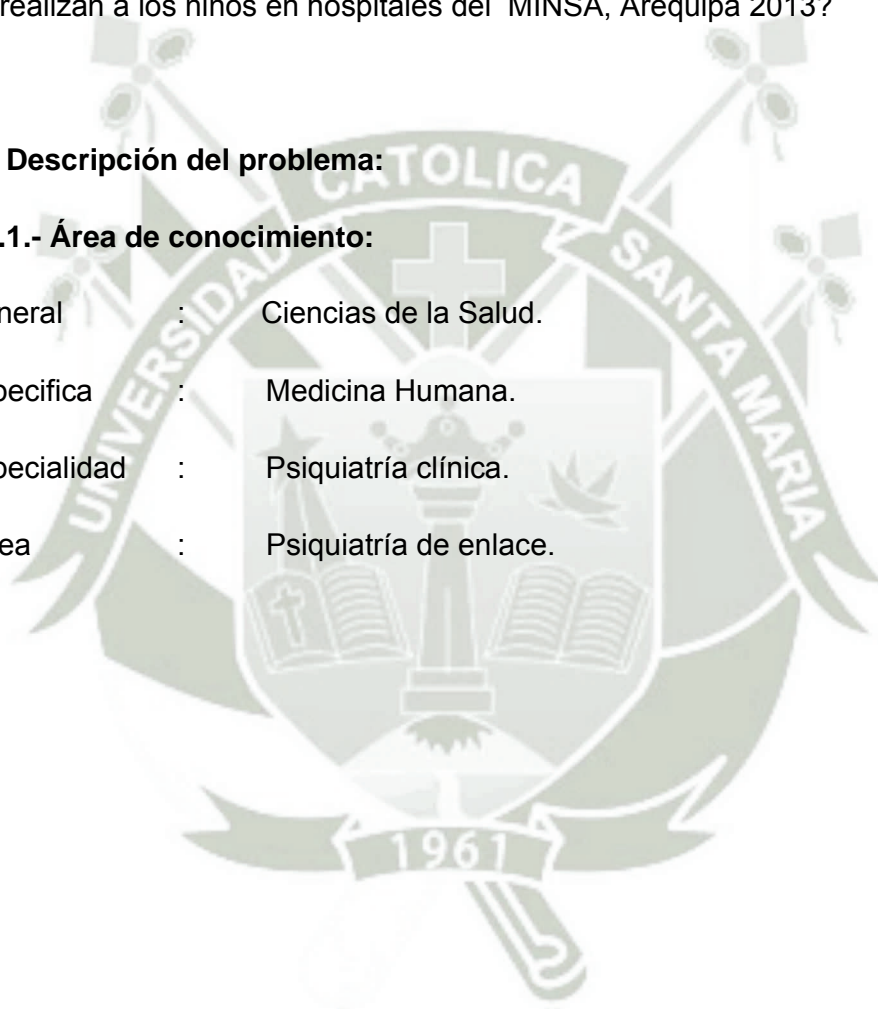
#### 1.1. Enunciado del problema:

¿Cuáles son las características epidemiológicas y cómo influye la presencia activa de los padres en los procedimientos médicos que se realizan a los niños en hospitales del MINSA, Arequipa 2013?

#### 1.2 Descripción del problema:

##### 1.2.1.- Área de conocimiento:

General : Ciencias de la Salud.  
Específica : Medicina Humana.  
Especialidad : Psiquiatría clínica.  
Línea : Psiquiatría de enlace.



### 1.2.2.- Análisis y operacionalización de variables:

#### I. DATOS DEL PADRE/ MADRE

VARIABLE	INDICADOR	VALORES O CATEGORÍA	TIPO DE VARIABLE
Edad	Años cumplidos	Mayores de 18 años	Categórica Ordinal
Sexo	Características sexuales secundarias	Masculino Femenino	Categórica Nominal
Nivel de instrucción	Educación actual	Primaria/secundaria/ Superior o terciaria	Categórica Nominal

#### II. DATOS DEL NIÑO

VARIABLE	INDICADOR	VALORES O CATEGORÍA	TIPO DE VARIABLE
Edad	Años cumplidos	Años cumplidos 6-14 años	Categórica Ordinal
Sexo	Características sexuales	Masculino Femenino	Categórica Nominal

#### III. PROCEDIMIENTOS – PRESENCIA DE PADRE/MADRE

VARIABLE	INDICADOR	VALORES O CATEGORÍA	TIPO DE VARIABLE
Procedimientos	Tipo	Colocación de vía venosa Extracción de sangre Sutura (coser) una herida Cateterismo (sonda) vesical Punción en el tórax Punción lumbar (en la espalda) Intubación orotraqueal Otros	Categórica Nominal
Presencia del Padre/madre	Criterio del establecimiento Positivas/ Negativas	Aceptar solicitud La ofrece Otras	Categórica Nominal

	Razones de los padres Positivas/ Negativas	Para contener y calmar al niño Para ayudar al médico Para controlar el material que se utiliza Para disminuir su miedo Porque piensa que el niño así lo quiere Otros  Porque le generaría recuerdos desagradables Porque interferiría con la labor médica Porque su ansiedad afectaría al niño Otros	Categórica Nominal
Actitud del niño al Procedimiento	Presencia del padre/madre al realizarlos	En sus procedimientos Positivas/ Negativas	Nominal

**1.2.3.- Interrogantes básicas:**

- a) ¿Cuáles son las características epidemiológicas de los padres referidos a edad, sexo y nivel de instrucción; que acuden a los procedimientos médicos que se realizan a los niños en hospitales del MINSA?
- b) ¿Cuáles son las características epidemiológicas de los niños referidos a edad y sexo; que acuden a los procedimientos médicos que se realizan a los niños en hospitales del MINSA?
- c) ¿Cuál es la frecuencia de procedimientos que se realizan en los niños del servicio de pediatría en los hospitales del MINSA?
- d) ¿Cuál es la opinión de los padres respecto a si desean estar presentes durante la realización de procedimientos médicos a sus hijos en hospitales del MINSA?
- e) ¿Cuál es la la opinión de niños de entre 6 y 14 años respecto al deseo de ser acompañados por sus padres ante la eventualidad de un procedimiento médico en hospitales del MINSA?

- f) ¿Cuál es el criterio del establecimiento sobre la presencia de los padres en los procedimientos médicos que se realizan a los niños en hospitales del MINSA?
- g) ¿Cómo influye la edad, sexo, grado de instrucción de los padres sobre la presencia activa en los procedimientos médicos que se realizan a los niños en hospitales del MINSA?
- h) ¿Cómo influye la edad, sexo de los niños sobre la presencia activa de sus padres en los procedimientos médicos que se realizan a ellos en hospitales del MINSA?

#### **1.2.4.- Tipo de investigación:**

Investigación de campo, transversal

#### **1.2.5.- Nivel de Investigación:**

Tipo descriptivo, y relacional

#### **1.3. Justificación**

En el Perú, la presencia de padres junto a sus hijos durante la realización de procedimientos médicos es una práctica aún no establecida regularmente, y en la experiencia se percibe que existe variabilidad en la posibilidad de que los padres acompañen a sus hijos según lugares de internación de instituciones. Hasta hace algunos años, cuando los niños requerían internación, estos permanecían solos en las salas de los hospitales, es decir, sin la compañía de padres o familiares, quienes solamente acuden en estrictos horarios de visita. En ocasiones, durante la internación, existen conflictos entre el equipo de salud y los padres de los niños internados. A pesar de eso, nadie discute actualmente los beneficios que para el niño enfermo tiene pasar por la situación de internación con la presencia de las figuras familiares aseguradoras. Desde hace muchos años, la bibliografía hace referencia a las ventajas que la compañía y participación de los padres tiene durante la hospitalización de un niño. Estas son, por un lado, disminución de la mortalidad hospitalaria,

acortamiento de la internación, adherencia a la lactancia materna, mejor crecimiento y menor incidencia de infecciones hospitalarias, entre otras.

También se destaca su importancia como forma de prevención de la depresión, expresión con que algunos autores denominaban a un conjunto de perturbaciones somáticas y psíquicas en los niños, secundarias a la deprivación afectiva determinada por la hospitalización.

A pesar de esto, en las distintas áreas de atención pediátrica, en ocasiones, aún es posible presenciar momentos de tensión relacionados con la posibilidad de que los padres o cuidadores de los niños acompañen a estos durante la realización de procedimientos médicos invasivos o no. En ciertas áreas de más complejidad es frecuente incluso que se les pida a los padres que se retiren del lado del niño mientras se realiza la visita médica o se controlan las constantes vitales.

Desde hace ya muchos años, desde mi formación de estudiante vi en la atención de niños internados la ausencia de los padres en los procedimientos médicos por lo que hay diferente respuesta de parte de los niños a estos procedimientos, por lo que sería de mucha ayuda la presencia de los padres en estos como respeto por la perspectiva particular de los padres o cuidadores respecto a la comprensión de las conductas y necesidades de los niños”, y más específicamente, se les debe ofrecer a los padres o cuidadores la opción de estar presentes con sus hijos durante los procedimientos médicos y ofrecerles apoyo antes, durante y después de los mismos; experiencia que me motiva a la realización de este trabajo de investigación.

No existen investigaciones nacionales previas al respecto y no se han encontrado en la literatura investigaciones que pregunten a los protagonistas del asunto de la presencia de los padres en los procedimientos médicos a los niños.

El presente estudio pretende aportar a la reflexión personal y colectiva de todos aquellos integrantes del equipo de salud que por razones diagnósticas o terapéuticas tienen la responsabilidad de realizar procedimientos invasivos a niños y niñas.

## 2. MARCO CONCEPTUAL

### 2.1. PSIQUIATRÍA DE ENLACE

#### 2.1.1. DEFINICIÓN

Es el área de la psiquiatría clínica que incluye todas las actividades diagnósticas, terapéuticas, docentes y de investigación que realizan los psiquiatras en las áreas no psiquiátricas de un hospital general. Considerando la salud y la enfermedad como resultantes de una interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, enfoca en particular las relaciones existentes entre los componentes somáticos y psicosociales de la enfermedad, da énfasis al estudio de aquellos problemas psiquiátricos relacionados con enfermedades e incapacidades físicas, o a los casos en los que el estrés emocional se manifiesta en forma de síntomas somáticos. Igualmente, supone la integración del especialista en el equipo de salud del servicio no psiquiátrico, hecho que facilita obtener directamente la información sobre las situaciones que puedan requerir su aporte como experto en salud mental. Un programa de Psiquiatría de Enlace cumple los siguientes objetivos: (3)

- a. La atención por el especialista de los problemas emocionales y cognoscitivos de los pacientes médicos y quirúrgicos;
- b. La intervención temprana y oportuna en los casos psiquiátricos que se identifiquen, contribuyendo a la extensión de la atención psiquiátrica dentro de los servicios médicos;
- c. La capacitación del médico no especialista, residentes, internos y personal no médico, en el reconocimiento de problemas comunes en la práctica médica: estresores psicosociales, problemas de salud mental y síntomas psiquiátricos contribuyendo a la formación de recursos humanos para la promoción de la Salud Mental;

- d. La atención primaria de un buen número de pacientes que por diversas razones no accederán a la atención psiquiátrica especializada;
- e. La prestación de asesoría en la identificación de los estresores psicosociales dentro del sistema hospitalario, tensiones y conflictos que pueden derivar en comportamientos poco saludables, menguando la calidad y productividad del servicio a brindar.

## 2.1.2. EL SISTEMA SOCIAL DEL HOSPITAL GENERAL Y LA PSIQUIATRÍA DE ENLACE.

**2.1.2.1. Acceso al hospital: Presiones burocráticas (problemas administrativos diversos, sala de espera)** vs. síntomas de la enfermedad y/o reacciones a la misma (dolor, temor a la muerte o incapacidad, ansiedad, depresión). Los trámites administrativos de la admisión, registros, pagos o verificación de la vigencia de derechos y, posteriormente la espera en una sala a veces atestada, inevitablemente afectan al paciente en forma y medida que él médico debiera interesarse en conocer mejor. (3,4)

**2.1.2.2. Atención Médica:** Brevedad de consulta vs. oportunidad de expresar "problemas", obtener información "completa" respecto a su enfermedad y tratamiento (expectativas de la relación médico-paciente insatisfechas). La consulta, por la brevedad de su duración impuesta por el sistema, puede ser una situación frustrante y generadora de mayores tensiones.(3)

**2.1.2.3. Hospitalización:** Asumir el Rol de paciente durante el período de hospitalización le impone Aislamiento y Suspensión de sus actividades y responsabilidades que afectan su identidad personal y roles propios-Anonimato, pérdida de la individualidad e identidad. A esto contribuyen:

- a. Ambiente extraño que impone rutina ajena a sus hábitos (de alimentos, restricción en el uso de sus pertenencias, de visitas y otras restricciones).
- b. "Intrusión" de numerosas personas extrañas (técnicos de laboratorio, personal de servicio, médicos, internos y estudiantes).
- c. Diversos acontecimientos (propios de la mecánica de la organización).(4)

**2.1.2.4. Situaciones especiales** Son comunes diversas situaciones que implican reacciones psíquicas que el médico debe considerar. Mencionamos algunas: (12)

- a) **Dependientes de la condición médica del paciente:** Enfermedades de sintomatología vaga y difusa que constituyen un "problema diagnóstico"; atención quirúrgica y/o procedimientos instrumentales que crean expectativa ansiosa y necesidad incrementada de seguridad y, a veces, verdadero terror; la atención en la Unidad de Cuidados Intensivos que impone aislamiento en medio de instrumentos complicados, presencia de casos graves y muerte; la necesidad de Diálisis renal y la inevitable Dependencia de la máquina; los Trasplantes de órganos; los estados de gravedad y terminales.(8)
- b) **Dependientes del entorno personal del paciente:** Situaciones de duelo, complicaciones en el ámbito familiar, económicas; laborales.(7)
- c) **Dependientes del Sistema Social del Hospital:** Conflictos con médicos o personal ("paciente problema").

El listado de problemas presentado, como puede verse, incluye prácticamente todos los aspectos de la organización y funcionamiento del sistema hospitalario; en estos casos, la Psiquiatría de Enlace puede

contribuir sumándose a los esfuerzos de los servicios correspondientes, preparando al personal para la identificación de problemas y las intervenciones en las crisis.

### **2.1.3. LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN PSIQUIATRÍA DE ENLACE**

Los problemas más frecuentes en una sala de medicina que suelen ser motivo de consulta a los psiquiatras. La tarea del psiquiatra es reunir toda la información posible del enfermo, su familia, el médico general y el personal paramédico; identificar los trastornos psiquiátricos y las respuestas psicológicas a la enfermedad física, los rasgos de personalidad de los pacientes y sus técnicas de manejar problemas; reunir información sobre los aspectos sociales, económicos y otras influencias ambientales, enfocando sobre los estresores psicosociales que puedan influenciar sobre el inicio, curso, tratamiento y la recuperación o empeoramiento de la enfermedad; y para recomendar las intervenciones terapéuticas. Es fundamental el contacto personal con el médico consultante.(7)

## **2.2. Hospitalización en niños**

### **2.2.1. Aspectos generales**

Uno de cada cuatro niños o adolescentes ha tenido la experiencia de haber estado hospitalizado; y de estos, un porcentaje apreciable presenta alteraciones emocionales relacionadas con este evento. En las reacciones emocionales intervienen variados factores asociados a esta alteración: personales, familiares, del equipo de salud y de la institución que brinda la hospitalización. De la dinámica que se da en estos ámbitos pueden surgir dificultades que alteran el funcionamiento psíquico y conductual del paciente menor, trastornos en la dinámica familiar y en el funcionamiento del equipo médico y de la institución de salud.

Por lo que se considera relevante revisar cada uno de estos factores y los procesos entre ellos, el rol de la medicina actual y la importancia del enlace entre las diferentes especialidades médicas con el fin de ofrecer una atención más integral al niño/ adolescente y a su familia.

### **2.2.2. Antecedentes**

Las primeras investigaciones sobre hospitalización en niños se desarrollaron sobre la carencia de cuidados maternos, posterior a la segunda guerra mundial. Sir James Spencer en 1947, describió lo inadecuado de muchas salas pediátricas; más tarde Ala Moncriell en 1952 se refirió a la incorporación exitosa de madres de niños menores de cinco años en la prevención de problemas psicológicos. Durante el mismo período aparecen los trabajos de Spitz sobre las reacciones de lactantes hospitalizados por largos períodos, quienes después de un tiempo no reconocían a sus madres y no establecían lazos afectivos con otras figuras sustitutas. Bowlby, en 1952, demostró alteraciones psicológicas a largo plazo que se manifestaban en niños con experiencias de hospitalización difícil, quienes habían sido visitados por sus padres, pero sin que se permitiera la permanencia estable de ellos. Se planteó la importancia de la vivencia de la privación materna y la ansiedad de separación que afectaba especialmente el apego en los niños menores durante la hospitalización, teniendo consecuencias posteriores en el desarrollo emocional (1).

Se estima que alrededor de un 25% de los niños menores de 18 años se ha hospitalizado al menos una vez. Entre un 10% a un 37 % de los niños hospitalizados presentaría trastornos psicológicos significativos secundarios a este evento. La hospitalización y la enfermedad que la justifica, son altamente estresantes para el niño, su familia y también para el equipo médico (2,3). Ante estas evidencias, ha surgido en forma paulatina la recomendación de no restringir las visitas de los padres en la hospitalización de sus hijos, de modo que actualmente es común que un miembro de la familia esté cerca de del niño constantemente durante la hospitalización.(3)

A partir de nuevas investigaciones, y de la aparición de organizaciones de apoyo a los niños hospitalizados o con enfermedades específicas, se han implementado otras actividades que ayudan al desarrollo del niño o del adolescente mientras se encuentra hospitalizado; como psicoeducación, actividades de juego, actividades escolares, de preparación para los procedimientos hospitalarios, arte-terapia, músico-terapia, etc. (4,5).

Al considerar la situación de hospitalización desde un modelo biopsicosocial, en que se considera la enfermedad física en conjunto con variables psicológicas y sociales, las intervenciones se han extendido también a la familia, al equipo de salud y a las instituciones que acogen al niño o adolescente enfermo.(4)

Desde el punto de vista de salud mental, la hospitalización puede afectar el bienestar subjetivo, las relaciones interpersonales y el desarrollo de un niño; pero también puede ser una oportunidad para enriquecer su experiencia y lograr que desarrolle resiliencia (se entiende por resiliencia la capacidad de una persona para enfrentar situaciones de estrés y salir fortalecido, éste es un proceso y se manifiesta frente a ciertas situaciones), si se dan las condiciones necesarias. Desde esta perspectiva, la participación del paciente, el equipo de salud, la familia, las organizaciones de apoyo y las instituciones son importantes en la generación de un sistema de salud adecuado y funcional (1,6).

El enlace entre los profesionales de las diferentes especialidades de la salud, incluyendo psiquiatría de niños y adolescentes es fundamental.

Este enlace permitirá la integración de factores psicosociales en la comprensión y la atención de las enfermedades durante la hospitalización. La psiquiatría puede ayudar en el estudio, manejo y prevención de la morbilidad Psiquiátrica en personas con enfermedades físicas, como también de pacientes con angustia y conflictos que se presentan en forma de síntomas somáticos. Ya en 1941, Billing refería que “la integración de los principios de la psiquiatría con otras ramas de la medicina reduce la necesidad de diversos diagnósticos y terapias, disminuye la estadía del paciente en el hospital, de tal modo que ahorra dinero de la comunidad, del paciente y del hospital” (1).

Se han realizado estudios sobre las ventajas de estas unidades de enlace entre pediatría y psiquiatría y de los perfiles de los profesionales involucrados: el profesional de salud mental debe poseer habilidades en diagnósticos y tratamientos, flexibilidad y una gran capacidad para tolerar la ansiedad y la frustración.

La tolerancia a la ansiedad se relaciona con el estrés que se vive al trabajar con niños moribundos y enfermos, asociado al ambiente hospitalario. Por otro lado, es importante que el pediatra tenga formación en aspectos psicosociales de la enfermedad.

Esto facilitaría una práctica de colaboración entre ambos profesionales de salud (7).

### **2.2.3. Factores relacionados con la hospitalización**

#### **2.2.3.1. Factores personales:**

Cada etapa del desarrollo provee distintas herramientas y habilidades, diversa temática, preocupaciones y necesidades; y son estas diferencias las que influirán en la forma como los niños reaccionen a la hospitalización. Por un lado, el desarrollo cognitivo le permite al niño entender de diferentes maneras la situación vivida y mostrar variadas preocupaciones en relación con ésta. El desarrollo socio emocional por otro lado, posibilitará grados de resiliencia frente al proceso de hospitalización.(1,5)

Para un adecuado desarrollo cognitivo y socio afectivo es fundamental la relación vincular temprana con las figuras de apego. Esta relación permitirá que ocurran engranas y matrices neurofisiológicas que posibilitarán una construcción psicológica y relacional adecuada, además de un mejor enfrentamiento al estrés. Estos conceptos implican que una hospitalización de prematuros y lactantes sin considerar el cuidado de esta vinculación temprana generará una iatrogenia importante para la recuperación física más pronta y para el desarrollo cognitivo y socio emocional posterior. En esta etapa puede generarse el cuadro clínico de “hospitalismo” si no cuenta con las figuras parentales. En la etapa que va entre los cero y dos años el niño desarrolla esquemas sensorio motores; la estimulación de estas áreas debe ser

mantenida por las figuras de apego y debe facilitarse en la hospitalización, los espacios y materiales que ayuden a estos fines.(6)

Los lactantes no pueden entender la gravedad de su situación mórbida, viven el momento, vivenciando su condición médica y el tratamiento de acuerdo con sus limitaciones y molestias físicas. Dependen de sus cuidadores para sentirse cómodos, acogidos y protegidos, siendo importante apoyar esta vinculación padres-hijo y prevenir que esta relación se interfiera lo menos posible con los tratamientos y tecnologías (8).

De los tres a los seis años, los niños viven una etapa de egocentrismo, autonomía e independencia, facilitada por la etapa anterior en que se han consolidado sus esquemas psicomotores que le permiten la deambulación, una mayor coordinación psicomotriz y la adquisición progresiva del lenguaje. Cognitivamente, piensan que todos los eventos ocurren en relación con ellos, presentan lógica asociativa y finalmente pensamiento mágico. Así, frente a la hospitalización, el niño pre-escolar piensa erróneamente que tener una enfermedad mala significa que él o ella han hecho algo errado o malo, y la enfermedad es un castigo: por esta situación es necesario que los padres lo ayuden a entender en forma concreta la etiología de la enfermedad y que le expliquen que él no tiene culpa sobre esto.(2)

Por otro lado, la situación de internación hospitalaria puede complicar sus intentos normales de autonomía si no tiene a una figura que lo contenga y de seguridad para enfrentar esta nueva experiencia. Se pueden generar problemas de dependencia y de detención o regresión del desarrollo, en lo que puede influir especialmente la separación de los padres en las noches.

En la etapa escolar, en la cual el niño tiene un desarrollo cognitivo concreto, se requieren explicaciones de la enfermedad en términos simples. La comprensión de enfermedades más complejas se hace más difícil, por lo que requiere psicoeducación desde la propia concepción de la enfermedad del niño. Es necesaria la información anticipada sobre los procedimientos y se debe alentar su capacidad para comprender y enfrentar situaciones (8).

Morbilidad psiquiátrica previa y funcionamiento familiar: Los niños o adolescentes que han tenido depresión y angustia, alteraciones del desarrollo

psiconeurológico generalizado, así como familias con dificultades para resolver problemas, que presentan disfunción de relaciones entre ellos o que tengan historia de dificultades con los equipos de salud, probablemente tendrán mayores dificultades para enfrentar la situación de hospitalización y para relacionarse con los equipos de salud. Es necesario obtener esta información relacionada con estos factores previos a la hospitalización a través de los padres, de la ficha clínica o de otras fuentes cuando es posible.(7)

### **2.2.3.2. Factores relacionados con la enfermedad:**

La naturaleza y características de la enfermedad son variables que inciden de manera importante en la forma en que el niño y su familia experimentan la enfermedad y la hospitalización.(4,6)

Entre estos aspectos se cuenta la existencia de amenaza de muerte, el tipo de enfermedad, si es aguda o crónica, la gravedad del pronóstico, el tiempo de evolución, el grado de discapacidad que la enfermedad produce, etc.

Toda situación de enfermedad se acompaña de un proceso de ajuste en la vida del niño y su familia, que implica, en mayor o menor medida, un proceso de duelo en ellos por la pérdida de un niño sano y de las expectativas que éste había generado.

Así mismo, la hospitalización tiene un significado de amenaza vital, vivido con una mayor intensidad por el niño ante procesos agudos graves, cirugías, ingreso a unidad especial como la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y ante enfermedades crónicas de mal pronóstico.

En estos casos, el temor a la muerte se hace aún más presente, de modo que el proceso de duelo se vive con mayor intensidad en el enfermo y su familia.

Por otro lado, este proceso es vivido tanto por el paciente como por la familia, y la forma en que se viva dependerá de múltiples variables, haciéndose necesario, en algunos casos, la colaboración de un equipo psicoterapéutico.

Tanto los niños que ingresan por un proceso agudo, como los que lo hacen debido a una crisis de una enfermedad crónica, requieren, durante la hospitalización, tratamientos muchas veces vividos como amenazantes y dolorosos.(9)

Un ejemplo común son las inyecciones y extracciones de sangre, con el consecuente temor a la jeringa y al procedimiento.

Esto se intensifica considerablemente si el niño requiere de cirugía y/o tratamientos especiales o ingresar a la Unidad de Cuidados

Intensivos. Estos son medios artificiales con artefactos desconocidos y complejos que generan mucho temor.

Existen numerosos estudios sobre técnicas psicológicas de enfrentamiento a estas situaciones para disminuir el estrés vivido por los niños y sus familias (4). Las estrategias desarrolladas en la línea conductual-cognitiva, han resultado ser muy efectivas.(8)

Las técnicas de terapia de juego también han resultado ser muy útiles para la preparación de procedimientos médicos y quirúrgicos. El juego es el medio de expresión privilegiado de los niños y adosa a la situación de la hospitalización un significado de mayor familiaridad con el contexto. También se señalan técnicas para disminuir el dolor como son las técnicas de relajación e hipnosis, además de las técnicas de imaginación.(9)

Para los padres, la hospitalización de un hijo, independiente de la razón de ésta, tiene un significado amenazante para la integridad física y emocional del niño, lo que produce angustia. Sin embargo, ante un proceso agudo, los padres vivencian pronto alivio, teniendo menos repercusión en las dinámicas habituales de interacción entre los miembros de la familia. En las enfermedades agudas, el pronóstico médico generalmente es bueno, no se requiere de hospitalizaciones repetidas ni prolongadas y responden más satisfactoriamente a los tratamientos. En los casos agudos, el equipo se enfrenta muchas veces a emergencias que pueden generar tensiones debido al

riesgo de muerte o lesión que pueda existir, como es el caso de los accidentes que requieren de cirugía inmediata.(7)

En casos de enfermedad crónica, la situación varía, pues ésta se acompaña necesariamente, de un cambio más permanente en la vida cotidiana del niño y su familia, produciendo una alteración del funcionamiento físico y emocional, muchas veces profundo e irreversible.(1,6)

Los procesos crónicos pueden iniciarse de manera repentina o insidiosa; además, la evolución de la enfermedad crónica puede ser mantenida o bien presentar reagudizaciones bruscas o paulatinas alternadamente. La necesidad de hospitalización puede ser reiterada y muchas veces reciben tratamiento tan solo paliativo de los síntomas de su enfermedad, los pronósticos son muchas veces malos e insatisfactorios, dejando incertidumbre respecto del futuro vital del niño.(11)

Existen reacciones diferentes según el tipo de enfermedad y edad del niño. Muchos trastornos crónicos como ocurre en enfermedades oncológicas, se acompañan de una enorme perturbación física y emocional que es difícil de sobrellevar. En estos casos los efectos secundarios de la quimioterapia, como náuseas, vómitos y alopecias, provocan un fuerte impacto sobre el niño y su familia. La crisis que conlleva el cáncer y la prolongación del tratamiento del paciente, la familia y el equipo médico constituye un sistema interaccional que atraviesa por fases en el curso de la enfermedad.(13)

En los niños con hemofilia, se ha encontrado agresividad, sentimientos de culpa, dependencia excesiva, frustraciones afectivas, inseguridad, inhibición, etc.

Las enfermedades crónicas significan un estrés constante para el niño y su familia. Los tratamientos muchas veces dolorosos, junto con la reacción negativa de los padres, los efectos negativos de la imagen corporal y el desvío del niño de su curso normal de desarrollo, agudizan este estrés.

El equipo médico, ante la atención crónica, va experimentando sentimientos de frustración y desesperanza crecientes, en la medida que la enfermedad se

prolonga, lo que implica mayor frecuencia en los tratamientos y/o intervenciones quirúrgicas, con su consecuente hospitalización y más intervenciones con resultados ambiguos o negativos.(4)

### **2.2.3.3. Factores relacionados con la familia:**

Hace 20 años, Meyer y Haggerly observaron que las familias con altos niveles de estrés presentaban infecciones más severas. Por su parte, Jackson y Yalom estudiaron la colitis ulcerosa dentro del marco de la interacción familiar.

Minuchin et al , mencionaron la existencia de familias más propensas a desarrollar enfermedad psicosomática y postularon que el estrés familiar podía alterar la reacción biológica de sus miembros (9).

Estudios realizados por Goldber (10), encontraron que los padres de los niños con problemas médicos o algún tipo de discapacidad, diferían en su estilo de interacción social en comparación con padres de niños sanos, los primeros se mostraban menos sociables y con un mayor aislamiento social.

De esta forma, se puede ver que la enfermedad de un hijo tiene un impacto enorme en toda la vida del sistema familiar.

La intensidad del impacto de la enfermedad sobre la familia, se relaciona directamente con la capacidad previa de enfrentamiento al estrés y la posibilidad de lograr estabilidad posterior.(11)

Durante la hospitalización, los padres deben adoptar nuevas tareas, necesarias para el cuidado del niño enfermo y continuar con la vida familiar. Estas tareas de cuidado se comparten con el equipo médico y muchas veces son fuente de conflictos (5).

Para desarrollar un trabajo colaborativo entre padres y equipo de salud, es importante que el equipo de salud, conozca las preocupaciones y expectativas de los padres acerca del cuidado del niño y la situación familiar. Es necesario que la familia, y en especial los padres del niño hospitalizado, tengan una buena relación y comunicación con el equipo médico, y que éste, a su vez, se preocupe de conocer el lenguaje de la familiar para la entrega de la información. La necesidad de informar claramente a los padres y a los niños, es un postulado ético, destacándose el rol que los padres asumen en el cuidado

de salud de sus hijos, fundamentalmente sobre la entrega de una información clara. De este modo, la familia y el niño entenderán el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del niño.(8)

Hermanos de niños hospitalizados: La hospitalización de un niño produce un cambio radical en la vida familiar, se alteran los horarios, la preocupación se centra en el niño enfermo y la familia se estructura de acuerdo con las posibilidades de visitas. Los hermanos sanos se enfrentan a esta situación de crisis y responderán de acuerdo a su propio desarrollo y a la situación circundante (11). Algunos se verán afectados y otros enfrentarán adecuadamente la crisis, e incluso se fortalecerán con la experiencia vivida y aumentarán su resiliencia.

Frecuentemente se observa que en situaciones de hospitalización prolongada, y especialmente en el caso de enfermedades crónicas, los hermanos sanos pueden presentar problemas psicológicos y psico-sociales.(13)

Dentro de las investigaciones realizadas, se destaca la de Lavigne y Ryan, en la que se encontraron problemas conductuales y de ajuste, retraimiento social e irritabilidad en los hermanos de niños con problemas hematológicos, cardíacos y con necesidad de cirugía estética reparadora. Estos mismos autores, plantearon además que el grupo entre tres y seis años de edad es el que más se afecta por este cambio, probablemente por la disminución del tiempo que le dedican los padres.(4)

Otros autores como Breslau y Mackeever, han observado también trastornos escolares y diversos trastornos conductuales en los niños. Por otro lado, existen autores que sostienen que no necesariamente se producen trastornos en el grupo de hermanos, pero sí reconocen que son niños más vulnerables a desarrollar trastornos psicológicos y sociales, por lo que es necesaria la inclusión de ellos en intervenciones preventivas (11).

#### **2.2.3.4. Factores relacionados con las redes sociales y el equipo de salud.**

En la salud, en la enfermedad y en definitiva en muchas situaciones críticas de la vida, las redes sociales asumen un rol importante como un factor modulador y protector. Estas redes estarían conformadas por distintas personas y grupos: parientes, amigos, compañeros de colegio, profesionales, comunidad religiosa, instituciones de salud públicas o privadas etc., los cuales desempeñarían diferentes roles.

Algunos autores plantean que las redes sociales son tan básicas, necesarias e importantes dentro de la vida de cada persona y su supervivencia, que aquellas personas que carecen de éstas, son más vulnerables a presentar efectos adversos asociados a eventos estresantes de la vida. Esto sucede debido a que las redes sociales inmunizan y protegen ante situaciones críticas incluidas la enfermedad y la internación hospitalaria (6).

El equipo médico y de salud toma un rol fundamental en esta red, asumiendo el cuidado del niño y la relación con su familia. Este planteamiento tan simple, incorpora la necesidad de un enfrentamiento que incluya otras variables en el cuidado de la enfermedad, además de lo físico y lo biológico. Para una concepción integrada del proceso de enfermar, es necesario incorporar los factores psicosociales.(12)

Sin embargo, el equipo de salud puede encontrarse sobrecargado de trabajo, dispensando escaso apoyo o soporte emocional a sus miembros, lo que disminuye la resistencia del equipo y afecta la toma de decisiones frente a situaciones graves, urgentes y de relación con el niño y su familia. Esto en muchas ocasiones se traduce en relaciones que generan estrés y deriva en dificultades para manejar diversas situaciones que se dan en la relación con los padres, el niño y en la capacidad de lograr un cuidado más integral de éste.

El lograr esto se hace aún más difícil en la medida que se busca compatibilizar el desarrollo tecnológico y científico con el logro de una medicina integral. Este desarrollo hace de la medicina una ciencia más exigente y más especializada,

con el riesgo de favorecerla despersonalización del paciente y poner el énfasis en el órgano enfermo más que en el individuo.

El desarrollo tecnológico y las exigencias de éste sobre el equipo médico, inciden también en los niveles de estrés alcanzados por este grupo, con obvia repercusión en la calidad de la atención del paciente (1, 12).

El contacto permanente con niños enfermos, sea tanto en períodos breves, a veces prolongada, incluso en ocasiones hasta la muerte, es considerado como estresante y con alta influencia en la vida personal de los miembros del equipo médico. El dolor, la ansiedad y tensión vivida al estar constantemente enfrentándose a niños en crisis médicas, son situaciones que se hacen evidentes en el personal de las Unidades de Cuidados

Intensivos y miembros de equipos quirúrgicos; quienes sienten con mayor intensidad que la vida del paciente depende de ellos.

La muerte es un fenómeno importante, debido a que potencialmente puede generar mucho estrés entre los miembros del equipo de salud. La muerte cuestiona y pone en jaque los ideales y los objetivos de la medicina, y sus propias capacidades como profesionales en la salud, así como su vocación.

En segundo lugar, debido a las dificultades propias, comunes a todos los seres humanos para enfrentarlas; estos problemas se acrecientan frente a la muerte de un niño, ya que es ser que está en pleno desarrollo.(11)

Estos hechos hacen aún más complejo en manejo de la angustia del paciente y su familia; ellos esperan frecuentemente encontrar en el médico un apoyo y comprensión para sus dificultades y sentimientos presentes y futuros.

El médico puede enfrentar y aceptar más adecuadamente la muerte del niño, los sentimientos y la angustia que se viven en relación con ésta, sólo si dispone de fuentes de apoyo, si ha podido superar satisfactoriamente sus propios duelos y dispone de una adecuada capacidad para tolerar el estrés. De este modo, podrá entender lo que le pasará a la familia y a él mismo, tolerar su propia angustia y estar en mejores condiciones para asumir un rol de apoyo para la familia.

En este sentido es importante lograr un equilibrio en las exigencias asignadas al equipo médico, en el rol y la actitud, que considere las limitaciones humanas. Esto es inevitable si se considera que independientemente de las

intervenciones que se llevan a cabo y que se puede lograr lo anterior, la muerte continuará siendo una situación generadora de estrés (13).

Diversos estudios confirman que los profesionales y personal de salud están expuestos a tener más problemas de salud mental (12), por lo que en diversos centros se han realizado estrategias para mejorar esta situación.

Las medidas pueden agruparse en:

- Administrativas: sistemas de turnos más fisiológicos, momentos de descansos, clarificación de normas, instancias de discusión clínica, mayor supervisión y ayuda, etc.
- Entrenamientos: mayor orientación al ingreso y preparación adecuada a las necesidades del lugar de trabajo.
- Ambientales: disminución de ruidos y aglomeraciones, acceso a una pieza tranquila.
- Emocionales: grupos de apoyo, convivencias sociales y programas de servicio .
- Personales: Llevar una agenda de trabajo razonable, tener tiempo libre para recreación o ejercicio físico, mantener relaciones de pareja estable, mantener y conservar redes de apoyo social (amigos pertenencia a grupos, de la comunidad, etc).

#### **2.2.3.5. Factores relacionados con el ambiente hospitalario**

El ingreso a un lugar extraño, a veces hostil, que puede generar temor y no permite la libre expresión de los sentimientos, influye en la reacción de los niños a la hospitalización.

Se plantea que el diseño de unidades pediátricas debe buscar la comodidad del niño y sus padres, compatibilizando esto con las demandas del trabajo del equipo médico.

La hospitalización de niños en salas según etapa del desarrollo, facilita la interacción de estos con sus padres y permite ambientar el lugar al considerar las necesidades de cada grupo. Recomendaciones:

- a. **Ambiente físico:** Es necesario ambientar con un diseño adecuado el lugar, de modo que resulte poco amenazante para el niño. La implementación de un diario mural donde los niños puedan exponer sus creaciones es importante, sobre todo para aquellos con estadías prolongadas y/o repetidas en el hospital. Por otro lado, es necesario también que el ambiente físico sea adecuado en términos de temperatura, iluminación, ventilación y seguridad.(4.5)
- b. **Implementación de espacio y comodidades para acompañante:** Es ideal contar con sofá-camas para que se facilite la compañía durante la noche.
- c. **Distribución de salas según etapas de desarrollo:** Esto facilita la adaptación del niño a la situación de hospitalización y le permite compartir con el grupo de pares.
- d. **Cantidad de niños por sala:** El respeto por esta medida incidirá en la comodidad de los padres y de los niños que están en el hospital. Mientras más niños haya en la sala, de menor espacio se dispondrá.(6)
- e. **Implementación de una sala de juegos:** Puede existir una segunda alternativa en relación con esta recomendación, como sería implementar el uso de una carreta de juegos que sea llevada a las distintas salas en donde los niños están. Una biblioteca infantil con libros para niños de diferentes edades y otros didácticos relacionados con asuntos médicos, puede facilitar una mayor comprensión del niño de su cuerpo y su funcionamiento. También se pueden incorporar películas tradicionales y conocidas, desestigmatizando el ambiente como amenazante, lo que da la posibilidad para que el niño asocie el hospital con una película entretenida que él pudo ver.(8)

f. **Preparación para procedimientos:** Para mantener una buena disposición del niño ante los tratamientos, es necesario prepararlo para los cambios que vayan a efectuarse.

Es importante que las enfermeras de turno informen al niño de los cambios nocturnos en presencia de los padres.

Se pueden implementar programas con actividades para facilitar los procedimientos médicos y quirúrgicos, y así aminorar las reacciones del niño ante la hospitalización; algunos de ellos podrían incorporar juegos que permitan expresión de sus emociones y sentimientos, manipular los instrumentos médicos, implementar videos infantiles, didácticos y educativos en relación a las situaciones que el niño vive, a través del relato de niños que han pasado la misma experiencia de hospitalización.

También se puede facilitar la participación del niño en sus propios cuidados e higiene, de tal forma que recupere la sensación de control sobre si mismo y su ambiente.(11)

g. **Preparación para hospitalización:** En cirugía programada se recomienda que el niño conozca con anterioridad el hospital junto a sus padres. Se pueden confeccionar folletos explicativos o cuentos cortos que sean entregados al niño a su ingreso y/o videos ilustrativos.(8)

h. **Organización de las visitas:** Es posible organizar un sistema de visitas, que se adapte a cada caso en particular y que sea coordinado por una enfermera (1,4).

## 2.3 Recomendaciones

### 1. Rotaciones:

Esto genera problemas para establecer una buena relación médico paciente, en la medida que puede ocurrir un cambio de médico avisado, pero generalmente no preparado. Para evitar estos problemas, se podría preparar a la familia anticipándose a este hecho al crear “un rito de traspaso de mando”, mediante la presentación anticipada del nuevo médico tratante.(6)

### 2. Participación de los padres en el cuidado:

El equipo médico debe favorecer la participación de los padres en el tratamiento del niño (15) y entregar indicaciones sobre las tareas que ellos puedan desempeñar. De esta forma, se estará contribuyendo a definir cuáles son los roles de los padres. Es importante que el equipo médico explicita a los padres la importancia de su presencia para la recuperación del niño y los anime a llevar a cabo labores de cuidado como, por ejemplo, en el caso de los lactante las labores de alimentación, higiene y estimulación de su hijo.(5)

### 3. Entrega de información:

Parece fundamental el tipo de lenguaje que se utiliza. Este no sólo debe adecuarse al nivel sociocultural de la familia, sino que también, al estilo y canal de entendimiento que privilegia la familia.(6)

### 4. Contacto con el niño:

Para mejorar la situación del niño hospitalizado se recomienda desarrollar un contacto interpersonal cálido, recreando un ambiente más normal y placentero para el niño, y privilegiar una relación cercana y personal con ellos. Para esto se requiere indagar al ingreso del niño, sobre sus preferencias, cómo le gusta que lo llamen, sus hábitos, etc(7)

La comunicación del equipo con el niño debe ser lo menos ambigua posible, tanto en el lenguaje utilizado como en lo informado directamente. Hay que

señalar claramente los horarios de los procedimientos, de juego, de visita y otros; anticiparle al niño los procedimientos y cambios que se efectuarán, la información que se entregue al niño debe ser consistente con la que se dé a los padres, considerando las características evolutivas de la enfermedad del niño. La enfermedad y la hospitalización son eventos estresantes que significan una serie de cambios en la vida del niño y su familia.(7.10)

Estos cambios, necesariamente requieren que la familia y el niño realicen una serie de ajustes para adaptarse a la enfermedad, a la hospitalización y al tratamiento.(3)

La enfermedad tiene un impacto sobre el individuo; afecta el funcionamiento psicológico, la imagen, los recursos emocionales, las capacidades mentales y el estado de ánimo.

La hospitalización y el diagnóstico repercute en la familia en la distribución de recursos, los roles, los patrones de internación y la imagen colectiva; estos aspectos exigen todo un proceso adaptativo. A medida que la familia lo realiza, se produce un impacto en el individuo enfermo, en los miembros de la familia y en el grupo familiar total.(6)

Es necesario recordar que la hospitalización se acompaña de un signo de muerte, cuya intensidad depende de distintas variables como las características de la enfermedad, la connotación social que ésta tenga, la etapa del desarrollo del niño y su familia, la relación con el médico, etc.(7.12)

En definitiva, es necesario un reconocimiento de los procesos psicosociales que intervienen en la experiencia de enfermedad y hospitalización del niño y su familia.

Para lograr esto, es necesario incluir a la familia del paciente, porque es un nexo importante con el niño e influye de una manera importante en la forma

que el tratamiento es llevado a cabo. Esto se puede lograr adoptando una visión biopsicosocial del enfermar.(1,13)

El enlace de los diversos servicios clínicos con psiquiatría puede contribuir a integrar esta visión, ayudar a identificar los pacientes que presentan trastornos emocionales y favorecer los cuidados necesarios del equipo de salud previniendo el desgaste, los problemas de salud mental y fortaleciendo los factores protectores para que este sistema niño-familia- enfermedad-equipo de salud sea funcional para todos ellos.(3)



### 3. ANALISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

- **En el ámbito internacional:**

#### **Presencia de los padres y/o cuidadores de pacientes durante la realización de procedimientos**

Dres. Rodolfo P. Moreno, Santiago Ayala Torales, Cristian García Roig, José L. Araguas, Gustavo Caprotta, Adriana Carbone, Sol Pérez, Florencia Scheller, Juan Sciarrota y Guillermo E. Moreno

Hospital Municipal Materno Infantil de San Isidro, Argentina 2008

**Objetivo:** Conocer la opinión del personal médico del Hospital Municipal Materno Infantil de San Isidro “Dr. Carlos Gianantonio” acerca de la presencia de padres o cuidadores de pacientes durante la realización de procedimientos invasivos a los niños

**Población, material y métodos:** Estudio observacional transversal. Se envió una encuesta anónima y semiestructurada a los médicos que asisten a pacientes neonatales y pediátricos en nuestro hospital excluyendo a los que se desempeñan en las áreas de obstetricia, anestesia y laboratorio.

**Resultados:** Cerca del 75% de los encuestados había indicado, presenciado o realizado alguno de los procedimientos durante el último mes. En general, la aceptación de la presencia de los padres en los procedimientos fue inversamente proporcional a la invasividad del procedimiento, con excepción de la sutura de heridas cortantes, que en un 76% se respondió afirmativamente. Entre los motivos más frecuentes para impedir la presencia de los padres se encontró: la ansiedad que genera en el médico que realiza el procedimiento (alrededor de 25%) y el efecto traumático que genera en los padres (alrededor de 20%). La actitud favorable hacia la presencia parental se enfocó en la posibilidad de que el padre contenga emocionalmente al niño (alrededor del 45%). No se halló correlación entre las respuestas afirmativas o negativas y la edad, el sexo, los hijos, los años de recibido o la especialidad del encuestado.

**Conclusiones:** La mayoría de los encuestados permite la presencia de los padres en los procedimientos de baja invasividad por considerar que estos podrían contener emocionalmente al niño y excluye a los padres en los de mayor invasividad por considerar que su presencia genera ansiedad en el médico que lo realiza y es traumático para el padre. (14)

### **La presencia de los padres en los procedimientos médicos realizados a niños. ¿Qué opinan los padres y niños uruguayos?**

Dres. Mercedes Bernadá\*, Mariana Más†, Damián Pietrafesa‡, Paula Ramos‡, Fabiana Rocchiccioli‡

Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell (HP-CHPR)

Montevideo marzo 2012

**Introducción:** en Uruguay la presencia de padres junto a sus hijos durante la realización de procedimientos médicos es una práctica controvertida. No existen investigaciones nacionales al respecto. Tampoco publicaciones que pregunten a los protagonistas: los niños.

**Objetivo:** conocer la opinión de:

- los padres respecto a si desean estar presentes durante la realización de procedimientos médicos a sus hijos;
- los niños respecto al deseo de ser acompañados por sus padres.

**Material y método:** estudio descriptivo, observacional, transversal. Encuesta anónima semiestructurada a padres y niños en un hospital pediátrico y en centros de atención primaria.

**Resultados:** se incluyeron 126 padres. Desearían estar presentes durante la realización de los siguientes procedimientos: 91% extracción de sangre, 89% colocación de circuito venoso, 81% cateterismo vesical, 77% raquicentesis y 70% intubación orotraqueal. El 58 % de los padres cree que la decisión la debe tomar la familia o el niño, o ambos. Se incluyeron 130 niños. Desean que sus padres estén con ellos en los siguientes procedimientos: 93% raquicentesis, 92% extracción de sangre y 87% cateterismo vesical.

**Conclusiones:** la mayoría de los niños quieren ser acompañados por sus padres en caso de procedimientos médicos. La mayoría de los padres desean estar junto a sus hijos y quieren ser los responsables de la decisión acerca de estar o no presentes. Es necesario que los profesionales y las instituciones respeten los derechos de los niños y que adecuen sus conductas, políticas y normativas a las preferencias y valores culturales de cada niño y familia (15)



## 4. OBJETIVOS

### 4.1. Objetivo general:

Determinar las Características epidemiológicas y cómo influye la presencia activa de los padres en los procedimientos médicos que se realizan a los niños en hospitales del MINSA, Arequipa 2013

### 4.2. Objetivos específicos:

- a) Determinar las características epidemiológicas de los padres referidos a edad, sexo y nivel de instrucción; que acuden a los procedimientos médicos que se realizan a los niños en hospitales del MINSA
- b) Determinar características epidemiológicas de los niños referidos a edad y sexo; que acuden a los procedimientos médicos que se realizan a los niños en hospitales del MINSA
- c) Determinar la frecuencia de procedimientos que se realizan en los niños del servicio de pediatría en los hospitales del MINSA
- d) Describir cuál es la opinión de los padres respecto a si desean estar presentes durante la realización de procedimientos médicos a sus hijos en hospitales del MINSA
- e) Describir la opinión de niños de entre 6 y 14 años respecto al deseo de ser acompañados por sus padres ante la eventualidad de un procedimiento médico en hospitales del MINSA
- f) Describir cuál es el criterio del establecimiento sobre la presencia de los padres en los procedimientos médicos que se realizan a los niños en hospitales del MINSA
- g) Describir cómo influye la edad, sexo, grado de instrucción de los padres sobre la presencia activa en los procedimientos médicos que se realizan a los niños en hospitales del MINSA

- h) Describir cómo influye la edad, sexo de los niños sobre la presencia activa de sus padres en los procedimientos médicos que se realizan a ellos en hospitales del MINSA

## 5. HIPOTESIS

Dado que existen características epidemiológicas, que influyen en la presencia activa de los padres en los procedimientos médicos que se realizan a sus hijos; es probable que generen reacciones, por lo que los niños quieran ser acompañados por sus padres.



### III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.

- **La técnica:** mediante la aplicación de entrevista para la recolección de la información, observación directa.
- **El instrumento:** encuesta semiestructurada para padres y niños.

#### 2. Campo de verificación

##### 2.1. Ubicación espacial:

La información para la elaboración del presente estudio se obtendrá mediante la aplicación de encuestas semiestructuradas para padres y niños en el servicio de pediatría del Hospital Goyeneche y Hospital Honorio Delgado E. Arequipa.

##### 2.2. Ubicación temporal:

El presente trabajo se llevara a cabo durante los meses de enero y febrero del 2013.

##### 2.3. Unidades de estudio:

La población de estudio comprenderá pacientes hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Goyeneche y Hospital Honorio Delgado E. Arequipa.

##### 2.4.-Universo o población:

La población de estudio comprenderá todos los pacientes pediátricos del servicio de pediatría del Hospital Goyeneche y Hospital Honorio Delgado E. Arequipa.

## 2.5. Muestra

La muestra comprenderá a los pacientes pediátricos del servicio de pediatría del Hospital Goyeneche Hospital Honorio Delgado E. Arequipa, cuyos padres acepten ser entrevistados y por conveniencia del investigador

$$n = \frac{N \cdot (Z^2) \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + (Z^2) \cdot p \cdot q}$$
$$n = 101$$

n= Muestra X

N= Población de pacientes atendidos el mes anterior: 197

Z □ Valor crítico de Z que corresponde al nivel de significación 1.96

P= Proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia (Satisfacción con la atención) 0.68

q= Proporción que no presenta el fenómeno (Insatisfacción) 0.32

d= Precisión de la muestra 0.10

## 2.6. Criterios de inclusión:

- Pacientes pediátricos del servicio de pediatría del Hospital Goyeneche Hospital Honorio Delgado E. Arequipa entre 6 a 14 años con 11 meses.
- Interés y participación voluntaria en el estudio, capaz y en condiciones físicas y emocionales de responder a los instrumentos de investigación.
- Aceptar ingresar al estudio mediante consentimiento informado.

### **2.7. Criterios de exclusión:**

- Pacientes en tratamiento psiquiátrico por trastornos psiquiátricos
- Mala condición que imposibilite la participación del participante durante la recolección de datos.
- Decisión del participante para no continuar con su participación.
- Niños o padres que presenten condiciones que impedan responder a la encuesta.

## **IV. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **1. Organización:**

- ◆ Autorización del Director del Hospital
- ◆ Preparación de las unidades de estudio.
- ◆ Formalización física de la muestra.

### **2. Recursos:**

#### **2.1. Recursos humanos**

De personal: El encuestador, estudiante de VII año de medicina, diseñador del proyecto y asesor.

#### **2.2. Recursos físicos**

Bibliografía, computadora con acceso a Internet, papel, lapiceros.

#### **2.3. Recursos de financiamiento**

Económicos: aportados íntegramente por el autor.

### 3. Validación de los instrumentos

Encuesta anónima semiestructurada para niños y para padres (anexo 1). Las preguntas fueron realizadas por los propios autores. Se solicitó consentimiento informado verbal a todos los encuestados.

Previo a la realización de la misma se realizó un estudio piloto para poner a prueba la ficha y para el entrenamiento técnico de los encuestadores, en 15 padres que asistieron al hospital Goyeneche en el tópico del servicio de pediatría, con lo cual se adaptó también la encuesta de acuerdo al nivel sociocultural de nuestra región

Las preguntas 6, 8, 9 y 10 de la encuesta a padres tienen opciones preestablecidas y la posibilidad de expresar otras respuestas. Las opciones de respuesta se establecieron en función de la revisión bibliográfica y de la prueba piloto. En la pregunta 10 podían optar por una o más de las opciones.

En la encuesta a niños las respuestas serán abiertas.

El presente instrumento fue validado previamente en Uruguay en el año 2012; con el trabajo titulado: "La presencia de los padres en los procedimientos médicos realizados a niños. ¿Qué opinan los padres y niños uruguayos?", a cargo Dres. Mercedes Bernadá, Mariana Más, docentes de la Facultad de Medicina. Universidad de la República. Realizado en el Hospital Pediátrico. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Uruguay.

Aprobación institucional de este proyecto fue aprobado por las autoridades de los centros donde se desarrolló y por el Comité de Ética de investigación del CHPR Centro Hospitalario Pereira Rossell. Uruguay bajos de principios de la Convención sobre los Derechos de los Niños, en 1989, establece que: *"Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar*

*su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al mismo, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del mismo”*

#### 4 Criterios o estrategias para manejar resultados:

##### 4.1. Nivel de recolección de datos

Hoja de recolección de datos creada por el autor

##### 4.2 Nivel de sistematización

Luego de la recolección de datos se analizaran los resultados, se creara una base de datos en Excel, y método estadístico SPSS 9.0.

##### 4.3 Nivel de estudio de datos

Se realizara un análisis descriptivo de los datos, los cuales se presentaran entablas de frecuencias, se describen las observaciones en número absolutos y porcentajes para su posterior análisis y discusión.

#### V.- CRONOGRAMA DE TRABAJO

	Enero 2013	Enero 2013	Febrero 2013	
<b>Búsqueda de bibliografía</b>	X			
<b>Elaboración del Plan de tesis</b>	X			
<b>Aprobación del Plan de tesis</b>	X	X		
<b>Ejecución e Informe final</b>		X	X	

## BIBLIO GRAFÍA

1. **Anders T.** Promoving the alliance between Pediatrics and Child Psychiatry. En: Pediatric Clinics of North America.2010. 241-259.
2. **Boyd JR, Hunsberger M.** Cronically ill children with repeated hospitalization: their perceptions and suggested interventions. J of Ped Nurs. 2008, (6) 330-42.
3. **García R., Herrera M.S..** Aspectos psiquiátricos del niño hospitalizado. En: Montenegro H., Guajardo H. Psiquiatría del niño y del adolescente. Ed. Editorial Salvador. Santiago. Chile. 2004, 459-74.
4. **Graham P.** Psychosocial aspects of physical disorders. En: Graham P. Child Psychiatry. A developmental Approach. Oxford Medical Publications.2006. p.234-54.
5. **Gomez restrepo –Hernandez Bayona- Rojas Urrego** :Psiquiatria clinica 3era edición 2008 .275-279
6. **Nelson Tratado de Pediatría** 18ava edicion 2009, 101 -363
7. **Massachusetts general hospital**, manual de psiquiatría en hospitales generales1998,461-486
8. **Vessey JA.** Children' s psychological responses to hospitalization. Ann Rev Nurs Res 2009; 21: 173-201.
9. **Stephens BK., Barkey ME., Hall HR.** Techniques to comfort children during stressful procedures. Accident and Emergency Nurs. 2009 (4) 226-36.
10. **Snyder BS.** Preventing treatment interference: nurses and parents intervention strategies. Pediatric Nurs 2010 (1) 31-40.
11. **Fernández G.** Paciente pediátrico hospitalizado. Disponible en:<http://www.dem.fmed.edu.uy/materno/Disciplinas%20Asociadas/PACIENTE%20PEDIATRICO%20HOSPITALIZADO%20-%20Ps.%20Gabriela%20Fernandez.pdf>
12. . **Barrera F, Moraga F, Escobar S, Antilef R.** Participación de la madre y la familia en la atención del niño hospitalizado: análisis histórico y visión del futuro. Rev Chil Pediatr 2007; 78(1): 85-94. Disponible en:[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062007000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062007000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
13. . **Parlamento Europeo.** Carta europea de los niños hospitalizados. Bol Pediatr 1993; 34: 69-71. Disponible en:<http://www.pediatriasocial.com/cartaeuropea.pdf>
14. Revista argentina [http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2004/arch04\\_4/A4%20246-250.pdf](http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2004/arch04_4/A4%20246-250.pdf)
15. Revista Uruguay 2012 [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0303-32952012000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0303-32952012000100004&script=sci_arttext)

## BIBLIOGRAFIA DE LA REALIZACION DE TESIS

16. **Boie ET, Moore GP, Brummett C, Nelson DR.** Do parents want to be present during invasive procedures performed on their children in the emergency department? A survey of 400 parents. *Ann Emerg Med* 1999; 34(1): 70-4.
17. **Caprotta G, Moreno R, Araguas J, Otero P, Pena R.** Presencia de los padres y/o cuidadores de pacientes durante la realización de procedimientos: ¿qué opinan los médicos que asisten niños?. *Arch Arg Pediatr* 2004;102(4): 246-50.
18. **Gamell Fullà A, Corniero Alonso P, Parra Cotanda C, Trenchs Sainz de la Maza V, Luaces Cubells C.** ¿Están presentes los padres durante los procedimientos invasivos? Estudio de 32 hospitales de España. *An Pediatr (Barc)* 2010; 72(4): 243-9.
19. **Fein JA, Ganesh J, Alpern ER.** Medical staff attitudes toward family presence during pediatric procedures. *Pediatr Emerg Care* 2004; 20(4): 224-7.
20. **Rodríguez H.** De la medicina defensiva a la medicina asertiva. *Rev Méd Urug* 2006; 22(3): 167-8.
21. Uruguay. Ley Nro.16.137. Convención sobre los derechos del niño. Montevideo 9 nov. 1990.
22. **Briozzo L.** La crisis como oportunidad: reformulando la relación sanitaria. *Rev Méd Urug* 2007; 23(3): 139-41
23. **Pérez Alonso V., Gómez Sáez F., González-Granado L.I., Rojo Conejo P.** Procedimientos invasivos en urgencias: ¿los familiares prefieren estar presentes?. *An Pediatr.* 2009; 70:230-4.

## ANEXO 1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Arequipa-----de-----de 2013-

Estimados señores:

Mediante el presente documento afirmo haber comprendido los procedimientos sobre la investigación realizada tiene como objetivo conocer la valoracio sobre la presencia activa de los padres en los procedimientos médicos que se realizan a nuestros hijos.. Esto se realiza con la finalidad de tener un mayor conocimiento de lo que ocurre, para mejorar el trabajo psicológico que se realiza con esta población. Es por esto que estoy de acuerdo con participar voluntariamente.

Toda información dada será totalmente CONFIDENCIAL y ANÓNIMA y de cambiar deopinión cualquiera de las partes involucradas, este acuerdo queda nulo, sin que por ello se perjudique o interfiera con el tratamiento a recibir, ni con los derechos y normas legales que existen a nivel nacional e internacional en ambas partes.

-

Firma del participante

-----

Nombre o siglas del participante

### ENCUESTA A LOS PADRES

1. Edad ..... Hospital..... Policlínico.....
2. Sexo : F..... M.....
3. Parentesco: Madre.... Padre..... otros.....
4. Nivel de instrucción

	Completa	Incompleta
Primaria		
secundaria		
Superior		

5. ¿A alguno de sus hijos alguna vez se le realizó un procedimiento invasivo?  
Si .... No....

6. ¿Cuáles?

<u>Maniobra</u>	<u>Estuvo presente</u>		<u>Por que</u>	
	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>Si</u>	<u>No</u>
<u>Colocación de vía venosa</u>				
<u>Extracción de sangre</u>				
<u>Sutura (coser)una herida</u>				
<u>Caterismo (sonda) vesical</u>				
<u>Punción en el tórax</u>				
<u>Punción lumbar( en la espalda)</u>				
<u>Intubación oro traqueal</u>				
<b><u>OTROS</u></b>				

Razones por las que sí:

1. Usted solicito estar presente y lo autorizaron
2. Le ofrecieron estar presente y acepto
3. Me quede y no me sacaron
4. Otros

Razones por las que no:

1. Le ofrecieron estar presente y no acepto
2. No le ofrecieron para estar presente
3. Pidió estar presente y no lo autorizaron
4. Otros

7. ¿Desearía presenciar las siguientes maniobras?

Procedimiento	Si	No
Colocación de vía venosa		
Extracción de sangre		
Sutura (coser) una herida		
Caterismo (sonda) vesical		
Punción en el tórax		
Punción lumbar( en la espalda)		
Intubación oro traqueal		

8. Si su respuesta es sí, ¿Por qué?

Para contener y calmar al niño	
Para ayudar al medico	
Para controlar el material que se utiliza	
Para disminuir su miedo	
Porque piensa que el niño	
Otros	

9. Si su respuesta es no, ¿Por qué?

Porque le generaría recuerdos desagradables	
Porque interfería con la labor medica	
Porque su ansiedad a afectaría al niño	
Otros	

10. ¿Quién o quienes cree que debe tomar la decisión sobre estar presente en el procedimiento?

Padres..... Personal de salud..... Paciente..... Otros.....

11. Si presencio un procedimiento invasivo ¿volvería a hacerlo?

Si ..... No.....

### Encuesta a niños

1. Sexo:

2. Edad:

3. ¿Alguna vez te sacaron sangre o pusieron un remedio por el brazo?

Sí                      No:

4. Si es sí, ¿estuviste con tu mamá, tu papá?

Sí:                      No:                      ¿Por qué no?

5. Si te tuvieran que sacar sangre o dar un remedio por el brazo, ¿querrías que tu mamá, tu papá estuvieran contigo?

Sí:                      No:                      ¿Por qué no?

6. ¿Y si te tuvieran que cocer una herida?

Sí:                      No:                      ¿Por qué no?

7. ¿Y si te tuvieran que poner un cañito por donde sale la orina?

Sí:                      No:                      ¿Por qué no?

8. ¿Y si te tuvieran que pinchar la espalda para hacer una examen?

Sí:                      No:                      ¿Por qué no?

Si es sí a todos o algunos, ¿por

qué?:.....