



# BUAP

Facultad de Medicina

Hospital Universitario de Puebla

*Satisfacción del cuidador acerca de la centralización y humanización de los cuidados otorgados en un servicio de pediatría*

Tesis de investigación para obtener el Diploma de Especialidad en

Pediatría

**Presenta**

Dra. Nelly Yessel Alcocer Murga

**Director tesis**

Dra. Flor Lucía Morales Morales

Dr. Aquilino Márquez Toledo

**Asesor metodológico**

Dr. Aquilino Márquez Toledo



H. Puebla de Z. 5 de enero de 2023

## Índice

|         |  |    |
|---------|--|----|
| 1.      | INTRODUCCIÓN.....                                      | 3  |
| 2.      | ANTECEDENTES.....                                      | 4  |
| 2.1     | ANTECEDENTES GENERALES.....                            | 4  |
| 2.2     | ANTECEDENTES ESPECIFICOS.....                          | 22 |
| 3.      | JUSTIFICACIÓN.....                                     | 25 |
| 4.      | PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....                        | 27 |
| 5.      | PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....                         | 28 |
| 6.      | HIPOTESIS.....   | 29 |
| 7.      | OBJETIVOS.....   | 30 |
| 7.1     | OBJETIVO GENERAL.....                                  | 30 |
| 7.2     | OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....                             | 30 |
| 8.      | MATERIAL Y MÉTODOS.....                                | 31 |
| 8.1     | TIPO Y DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO.....                 | 31 |
| 8.2     | UBICACIÓN ESPACIO – TEMPORAL.....                      | 31 |
| 8.3     | POBLACIÓN Y MUESTRA.....                               | 31 |
| 8.3.1   | DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN.....              | 31 |
| 8.3.1.1 | CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....                            | 32 |
| 8.3.1.2 | CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....                            | 32 |
| 8.3.1.3 | CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....                          | 32 |
| 8.3.2   | TÉCNICA DE MUESTREO.....                               | 33 |
| 8.3.3   | TAMAÑO DE LA MUESTRA.....                              | 33 |
| 8.3.4   | MUESTRA.....   | 33 |
| 8.4     | DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN..... | 33 |
| 8.5     | TÉCNICA E INSTRUMENTO.....                             | 34 |
| 8.6     | PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....             | 35 |
| 8.7     | ANÁLISIS DE DATOS.....                                 | 36 |
| 9.      | LOGÍSTICA.....   | 36 |
| 9.1     | RECURSOS HUMANOS.....                                  | 36 |
| 9.2     | RECURSOS MATERIALES.....                               | 37 |
| 9.3     | RECURSOS FINANCIEROS.....                              | 37 |
| 10.     | CONFLICTOS DE INTERESES.....                           | 37 |
| 11.     | ANÁLISIS DE RESULTADOS.....                            | 38 |
| 12.     | DISCUSIÓN.....   | 59 |
| 13.     | CONCLUSIONES.....                                      | 63 |
| 14.     | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....                        | 64 |
| 12.     | ANEXOS.....  | 69 |

## 1. INTRODUCCIÓN

El paciente pediátrico se caracteriza por ser un sector poblacional especialmente vulnerable. Cuando este tipo de paciente requiere de hospitalización, ésta pueda constituir una experiencia difícil tanto para él como para su familia. En consecuencia, es de gran importancia que los servicios proveídos por el hospital posean la suficiente calidad y calidez para aminorar el impacto que esta situación puede ocasionar emocionalmente en los infantes y sus cuidadores. No obstante, no son pocas las instituciones de salud y hospitales que han sido señalados por sus usuarios debido a que los servicios de cuidado y la atención prestados no han sido adecuados para un contexto atravesado por el sufrimiento, el dolor y la enfermedad. Es por esta razón que cada vez se ha puntualizado con más énfasis la importancia de llevar a cabo procesos oportunos y eficientes de evaluación no solo de la calidad de la atención y los servicios prestados por el personal de los hospitales, sino también de la percepción y satisfacción que tienen los pacientes y sus cuidadores sobre dichos servicios.

Partiendo de lo anterior, la presente investigación tiene como propósito evaluar y conocer el nivel de satisfacción de cuidadores de pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Universitario de Puebla. Específicamente, es de nuestro interés conocer su percepción respecto a lo que nosotros denominamos *centralización* y *humanización* de los cuidados proveídos por el personal de salud a los infantes durante la estancia hospitalaria.

Esperamos que con la información obtenida a través de este estudio los tomadores de decisiones del hospital y demás autoridades competentes examinen las actuales políticas de calidad y calidez en la atención hospitalaria y evalúen la posibilidad nuevas estrategias encaminadas a mejorar la percepción y satisfacción de los usuarios de los servicios de pediatría, las cuales se fundamenten en una visión de la atención hospitalaria centralizada y humanizada.

## **2. ANTECEDENTES**

### **2.1 ANTECEDENTES GENERALES.**

#### **Hospitalización del paciente pediátrico**

La hospitalización refiere a un proceso más o menos prolongado en el que una persona es ingresada a un hospital para recibir cuidados médicos integrales e inmediatos. El objetivo de la hospitalización es restaurar o mejorar la salud para que el paciente pueda regresar a su domicilio lo antes posible. Así, decimos que la hospitalización es necesaria cuando el carácter agudo, crónico o terminal de la enfermedad pone en riesgo grave e inmediato la vida y la función del paciente. Este proceso provoca diversos tipos de experiencias, tanto en la persona enferma como en su familia o cuidadores.<sup>1</sup>

Casi por regla general, la hospitalización es descrita por una experiencia cargada de estrés y desgaste, que sitúa a los cuidadores en una situación de incertidumbre. Aunado a lo anterior, encontramos que el proceso de hospitalización frecuentemente implica para los cuidadores enfrentarse a otros detonantes de estrés y ansiedad que pueden agravar aún más la experiencia negativa de la hospitalización, muchos de estos detonantes son ocasionados por las mismas estructuras y dinámicas hospitalarias. Todo lo anterior, sin embargo, se acentúa de manera aún más significativa cuando el paciente enfermo es un menor de edad y los cuidadores responsables son sus padres.<sup>1</sup>

Si bien la enfermedad y la situación de gran vulnerabilidad que es la hospitalización pueden significar experiencias difíciles para todas las personas en cualquier etapa de la vida, es de esperar que una persona adulta posea mayor consciencia de su situación, independencia emocional, una mayor capacidad de adaptación a situaciones adversas y habilidades socioemocionales que le permitan afrontar situaciones difíciles. Todos estos recursos permiten que el manejo de este tipo de paciente sea más sencillo. El caso del paciente pediátrico hospitalizado es muy distinto, y en general podemos afirmar que el proceso de hospitalización puede ser percibido como una experiencia mucho más traumática y difícil para este tipo de

paciente. Además, en el caso del paciente pediátrico, el proceso de hospitalización implicará una presencia constante y mucho más apremiante de sus cuidadores, lo cual por lo general también tiene un impacto significativo tanto física como emocionalmente en éstos.<sup>2</sup>

La hospitalización pediátrica es delicada debido a que el niño aún se encuentra en un proceso crucial de desarrollo, por lo cual las vivencias experimentadas durante su internamiento pueden llegar a tener consecuencias significativas en dicho proceso. De ahí que el manejo y la aproximación que realicen tanto la familia como el personal hospitalario del paciente y su enfermedad sean tan fundamentales.<sup>3</sup> Es de esta manera como podemos comenzar a observar la dimensión especial que posee la calidad de la atención hospitalaria para el paciente pediátrico, ya que de ésta podrían depender los efectos que la experiencia de internamiento pudiera tener en el niño.

### **Repercusión de la hospitalización en el paciente pediátrico**

La hospitalización es, por lo general, un suceso extraordinario en la vida de la gran mayoría de infantes. No obstante, existen algunos casos donde puede ocurrir incluso con cierta frecuencia. Tal es el caso de los niños con enfermedades crónicas, quienes suelen ser sometidos a reiteradas hospitalizaciones, por lo cual deben enfrentarse no sólo al temor y dolor constante de los procedimientos médico, sino también a la carencia de una vida normal e independiente del contexto hospitalario. Así, muchos estudios señalan que las alteraciones de tipo conductual, emocional y cognitivo son frecuentes en los pacientes pediátricos, y concluyen que, en general, la hospitalización es una experiencia estresante para los infantes.<sup>4</sup>

La situación que tiene que afrontar un niño hospitalizado está cargada de factores estresantes de todo tipo. Por un lado, los que se derivan de la misma situación de hospitalización y que conllevan a la ruptura con los ambientes y círculos que normalmente rodean la vida del infante: el familiar, el escolar y el social. Aunado al repentino y quizás prolongado ingreso a un ambiente que le es ajeno y extraño,

incluso en muchas ocasiones hostil o amenazante. La exigencia de una adaptación inmediata a las nuevas dinámicas no hace más que agravar la situación de estrés y ansiedad.<sup>4</sup>

### **Repercusión de la hospitalización en la familia del paciente pediátrico**

El diagnóstico de una enfermedad infantil grave o prolongada afecta, en primer lugar, al niño que la padece. Un diagnóstico de tal naturaleza obliga al infante a adaptarse a una nueva vida (experiencias dolorosas, consultas médicas, posibles periodos más o menos continuados y prolongados de hospitalización, etc.). Sin embargo, no sólo el niño sufre cambios importantes en su vida, sino que toda la dinámica familiar se ve afectada por las repercusiones físicas y psíquicas de la enfermedad. Su impacto sobre la familia puede llegar a provocar efectos penosos y devastadores.<sup>5</sup>

Si la enfermedad diagnosticada es, además, lo suficientemente severa como para exigir la hospitalización del niño, el conflicto inicial se modifica: el paciente y su familia deben integrarse en un contexto diferente (nuevos horarios, regímenes alimenticios, convivencia con distintas personas, etc.), lo que constituye una nueva fuente de conflictos y tensiones que se añaden a los que ya existen a consecuencia de la enfermedad. Así, la hospitalización infantil representa una crisis para toda la familia.<sup>6</sup>

En esta misma línea, es muy importante destacar que el clima familiar es considerado como una variable destacada y relevante en la adaptación y ajuste a la enfermedad y hospitalización del paciente pediátrico.<sup>7</sup> Algunos estudios incluso señalan que las reacciones de los niños están, en gran medida, influidas y determinadas por las de sus padres; por lo que se puede hacer preciso prestar atención a la influencia de los padres sobre las experiencias emocionales de los niños hospitalizados. Las actitudes de los padres y sus expectativas pueden mediar la percepción y el comportamiento infantil, así como las reacciones del niño ante los eventos médicos. Puede establecerse, por tanto, una cierta relación entre la

ansiedad de los padres y el estrés experimentado por el niño frente a su ingreso hospitalario.<sup>8</sup>

### 1. La familia ante la enfermedad y la hospitalización infantil

La familia puede ser considerada como un sistema caracterizado por los siguientes aspectos:

- a) Se compone de distintas partes interrelacionadas entre sí.
- b) El cambio de una de las partes provoca diversos cambios en el resto de las partes.
- c) Tiende al mantenimiento de un estado de equilibrio (homeostasis).
- d) Este equilibrio se mantiene a través de períodos de cambio y estabilidad.<sup>9</sup>

Desde esta concepción de la familia, la enfermedad y la hospitalización, de cualquier miembro, tiene repercusiones sobre cada uno de los demás; por lo cual, lo que le ocurre a una parte de la familia afecta a las demás y da pie a un cambio en todo el sistema familiar. Dicho cambio origina a su vez ciertas alteraciones, lo que conduce a la necesidad de establecer un proceso de homeostasis para conseguir un nuevo estado de equilibrio familiar.

Así, por medio del proceso hospitalario de un miembro, la familia completa experimenta un período de inestabilidad. La intensidad de esta crisis estará en íntima relación con una serie de factores, de entre los cuales cabe destacar los siguientes:<sup>10</sup>

- a) La importancia objetiva del hecho distorsionante (severidad, pronóstico y curso de la enfermedad, del tratamiento y del proceso de hospitalización, naturaleza de los procedimientos médicos, etc.) y también la interpretación que sus miembros hacen del acontecimiento.
- b) Las estrategias y los recursos previos de la familia para afrontar situaciones de estrés: relaciones matrimoniales, relaciones con los demás hijos, sistemas de organización familiar.

- c) La personalidad y el temperamento de cada uno de los componentes de la familia, incluidos el temperamento y la personalidad del propio niño enfermo.
- d) El contexto y entorno en el que la familia se encuentra situada.

Como puede observarse, la familia como estructura puede sufrir un fuerte impacto como consecuencia de la aparición de la enfermedad y la hospitalización en uno de sus miembros. Este impacto podemos evaluarlo desde tres dimensiones<sup>11</sup>:

#### Dimensión psicológica

En todos los miembros de la familia del paciente pueden aparecer sentimientos de ansiedad, estrés o depresión, originados por la percepción y la vivencia de la enfermedad y la hospitalización infantil.

Los padres de un paciente infantil se suelen caracterizar por mostrar reiteradamente conductas de sobreprotección y rigidez, pudiendo llegar a obtener de los niños enfermos respuestas de extremado apego y dependencia.<sup>11</sup>

#### Dimensión social

Se pueden producir alteraciones en las relaciones e interacciones sociales de la familia con el entorno. Es bastante significativo el hecho de que bastantes padres y hermanos de pacientes pediátricos que alteran muy negativamente sus diversiones y sus relaciones de comunicación con el entorno social. Dichas modificaciones suelen implicar un repliegue de las familias sobre sí mismas, perdiendo la posibilidad de participar en situaciones sociales en las que podrían comunicar ideas, sensaciones, percepciones y sentimientos sobre la experiencia que implica la enfermedad y el proceso de hospitalización.<sup>11</sup>

### Dimensión ocupacional

En función del tipo de enfermedad, las secuelas, la cronicidad del trastorno, el régimen de los tratamientos, la duración y la frecuencia de los períodos de hospitalización del paciente pediátrico, se pueden llegar a ocasionar alteraciones en las ocupaciones habituales de los miembros de la familia.

El afrontamiento de una enfermedad infantil crónica y su tratamiento suelen implicar un impacto económico significativo para las familias. Esto puede coincidir con la solicitud de una baja laboral para poder satisfacer las necesidades de cuidado o atención. Suele ocurrir que las madres asuman el rol de cuidador principal, por lo cual se encargan de los aspectos relacionados con la enfermedad. Dependiendo de la realidad familiar de la que se trate, ello puede mermar considerablemente la economía familiar, afectar directamente la capacidad laboral de la madre o tener consecuencias terribles para el desarrollo y movilidad social de la familia.<sup>11</sup>

### **Necesidades percibidas en el paciente pediátrico hospitalizado**

La hospitalización para los pacientes pediátricos es una situación en la que viven un período de aislamiento de su entorno familiar y social, alejamiento de las personas significativas como cuidadores, hermanos, amigos, compañeros de clase e interrupción repentina y abrupta de sus rutinas y actividades cotidianas. El nuevo ambiente en el que el niño se ve inmerso unido al malestar fisiológico de la enfermedad, pueden contribuir a la vivencia de la hospitalización como algo negativo, intimidante o adverso<sup>12</sup>, llegando a producir alteraciones del sueño y del apetito, aumento del estrés, alteraciones emocionales como ansiedad o depresión, conductas de agresividad y oposición, problemas de atención y rechazo a la medicación, así como el desarrollo de terrores y temores a la interacción con el personal sanitario.<sup>13</sup>

La vivencia de la hospitalización como un fenómeno hostil y la falta de acciones para mitigar su impacto pueden contribuir a la aparición de necesidades

en los niños, las cuales pueden pasar desapercibidas durante la atención clínica, pero hacerse más evidentes a largo plazo, especialmente en los casos que por la condición clínica requieren hospitalizaciones frecuentes o prolongadas afectando la calidad de vida de los niños<sup>14</sup> y la de sus cuidadores.<sup>15</sup>

En un estudio realizado en el año 2020 por Cantor Cruz F. y colaboradores<sup>16</sup> se implementó una estrategia con el objetivo de identificar las necesidades percibidas en niños hospitalizados. Se encontró que los pacientes pediátricos hospitalizados independientemente de su edad o patología de ingreso, presentan durante las tres primeras semanas de hospitalización necesidades relacionadas con el estado de ánimo y la interacción con el cuidador. Los cuidadores también presentan necesidades relacionadas con el manejo de la incertidumbre por el diagnóstico y el pronóstico del niño, la interrupción en la dinámica y funcionamiento familiar, y preocupaciones por la atención médica y por aspectos psicosociales y educativos de los niños durante su estancia en el hospital.

Asimismo, se realizó un análisis de las necesidades detectadas en función a distintos grupos de categorización:

- Análisis de las necesidades según la edad del niño

Uno de cada diez niños hospitalizados independientemente de la etapa de desarrollo en la que se encontraba tuvo una necesidad relacionada con el estado de ánimo. En uno de cada 20 niños hospitalizados entre 2 meses y 7 años se observaron necesidades en la interacción con su cuidador, así como en uno de cada 30 niños entre 8 a 11 años y en uno de cada 15 niños entre los 12 y 16 años.

- Análisis de las necesidades según el tiempo de hospitalización

Desde el día de ingreso hasta el día 20 o la tercera semana de hospitalización, las necesidades más frecuentes están relacionadas con el estado de ánimo y alteración en la interacción con el cuidador. A partir de la cuarta semana hasta la séptima no se percibieron necesidades en los niños hospitalizados.

- Análisis de las necesidades según el diagnóstico clínico de hospitalización

Las necesidades fueron percibidas en mayor proporción en el grupo de enfermedades gastrointestinales (28%), seguidas por las enfermedades del sistema nervioso (26.31%), las enfermedades infecciosas (21.42%), las intervenciones quirúrgicas (18.18 %), enfermedades respiratorias (10%) y endocrinas (16.6 %). En seis grupos de enfermedades no se percibieron necesidades.

- Análisis de las necesidades según el género

Las necesidades relacionadas con el estado de ánimo fueron mayores en los niños en comparación con las niñas 8.9%, en lenguaje y/o comunicación 0.9% y cognitivas 0.9%, teniendo una diferencia proporcional de 1%, 0.5 % y 0.4 % respectivamente. En las niñas las necesidades fueron mayores en interacción social 5.7% en comparación de 5.2 % con los niños.

- Análisis de las preocupaciones manifestadas por el cuidador

El 44.8% de los cuidadores manifestaron tener preocupaciones adicionales a las médicas. El 20.8% estuvieron relacionadas con el estado emocional del niño (desánimo, irritabilidad, intranquilidad del niño, llanto incontrolable, decaimiento, inquietud, extrañar el hogar, familiares o mascotas, estrés). El 15.7% con los servicios médicos, tales como contagio de otra enfermedad, falta de diagnóstico preciso, inconformidad con el servicio, demora en la atención, incomodidad, el tiempo de hospitalización, alimentación y aseo de las instalaciones. El 13% por las actividades escolares, el 12.7% por el desarrollo del niño (dificultad en la atención, lectura, lenguaje, escritura, motricidad gruesa y fina), el 10.6% por la falta de actividades de entretenimiento o aburrimiento, en el 9.9 % por el comportamiento del niño (hiperactividad, falta de seguimiento de instrucciones o desobediencia, comportamientos desafiantes, dificultad en la convivencia y relacionamiento con otros niños, agresividad, timidez, falta de seguimiento de normas en el hogar). El 8.6% por la salud en general (recuperación, pérdida de otras terapias, cirugías o procedimientos programados previamente), el 4% por el trabajo del cuidador, en el 3.5% por la obligación de cuidar de otro familiar y en el 3% por la alimentación del niño.

De acuerdo con el tiempo de estancia hospitalaria, se encontró que, en el primer día, las preocupaciones más frecuentes estuvieron relacionadas con el estado emocional del niño 31.2%, en el segundo día se presentaron preocupaciones sobre el cuidado del otro hijo en el hogar, en el tercer día las preocupaciones más frecuentes fueron sobre las emociones 20% y los servicios de salud 14.3%. En el cuarto día surgieron inquietudes sobre el entretenimiento del niño. A partir del quinto día el estado emocional, la entretención y los estudios fueron las preocupaciones persistentes.

De acuerdo con el diagnóstico, las patologías en donde se manifestaron con mayor frecuencia preocupaciones adicionales fueron las enfermedades del sistema nerviosos en el 64%, psiquiátricas en el 58% y gastrointestinales en el 52%, oncológicas 50%, respiratorias 46%, infecciosas 36%, enfermedades de vías urinarias 40%, óseas 38% e intervenciones quirúrgicas 32%.

Cabe destacar que el 52.4% de los cuidadores no manifestaron preocupaciones adicionales a las médicas, esto no cambió dependiendo del tiempo de hospitalización, de la edad ni del género del niño.

Con base en la información observada podemos obtener algunas conclusiones interesantes acerca de las necesidades específicas percibidas en el paciente pediátrico hospitalizado:

1. Las necesidades del paciente pediátrico hospitalizado van mucho más allá de los meros requerimientos médicos u hospitalarios.
2. Dichas necesidades no son secundarias o complementarias a las demandas médicas u hospitalarias. Su satisfacción es fundamental al proceso terapéutico y de recuperación del paciente. Su omisión o falta de atención pueden tener repercusiones graves para el paciente, en su salud o incluso en su proceso de recuperación.
3. Estas necesidades están estrechamente relacionadas con el cuidado que recibe el paciente en un sentido amplio. Por lo tanto, su satisfacción demanda

necesariamente la presencia y acción de cuidadores, es decir, seres humanos que se relacionan de una manera particular con el paciente.

4. La satisfacción u omisión de las necesidades del paciente pediátrico hospitalizado influyen determinadamente en sus padres o cuidadores, quienes suelen considerar los intereses del menor como propios. En consecuencia, atender las necesidades específicas del paciente pediátrico hospitalizado de alguna manera implica también atender las necesidades de sus padres o cuidadores.
5. Por lo tanto, una estancia hospitalaria satisfactoria para el paciente pediátrico y sus cuidadores implicará no sólo un excelente desempeño de las labores que normalmente le son propias a cada miembro del personal de salud del hospital, sino que demandará de acciones, conductas y actitudes que podríamos considerar “extraordinarias” o “especiales” para el caso particular del paciente pediátrico. Las cuales estarán especialmente orientadas al cuidado del paciente.

## **Percepción de calidad de los usuarios**

### 1. Sobre el concepto de calidad

La calidad es un concepto que normalmente refiere a la satisfacción de ciertos estándares por medio de los cuales se pretende evaluar a un bien o servicio. En el caso de los servicios proveídos por organizaciones, se suele indicar al usuario como el legítimo calificador de la calidad de éstos. Se espera que los usuarios reporten si los servicios satisficieron sus expectativas o no.<sup>17, 18</sup>

Así, la naturaleza de la calidad de un servicio se encuentra necesariamente situada en la relación entre el resultado obtenido por el servicio y las expectativas del usuario acerca de éste. Se trata, pues, de un juicio de valor subjetivo pero basado en criterios de carácter objetivo, a decir, la satisfacción de una necesidad específica, aquella por la cual el usuario decidió adquirir el servicio en un primer momento.

No obstante, existe un cierto consenso que señala que la calidad de los servicios de salud u hospitalarios no puede ser considerada ni evaluada de la misma manera y bajo los mismos criterios que la gran mayoría de servicios proveídos por empresas u otras organizaciones. El complejo y diverso conjunto de necesidades cubiertas por el hospital y su personal de salud, así como el variado y específico tipo de servicios y procesos que cada paciente o enfermedad requieren, hacen necesario que la evaluación de la calidad tenga que ser situada en contextos bastante específicos.<sup>19</sup>

## 2. Dimensiones de la calidad de los servicios de salud

El usuario de los servicios de salud tiene tres niveles de necesidades respecto a la calidad y que son los que describimos a continuación.<sup>20</sup>

El primer nivel corresponde a las necesidades o expectativas básicas que el paciente espera no solo de los servicios de salud. Entre ellas podemos incluir una asistencia fiable, competente, cortés y educada; también se incluirá la honestidad por parte del personal del hospital, la credibilidad, la seguridad y resultados adecuados.

El segundo nivel corresponde a los intereses individuales del paciente, así como a sus necesidades en tanto persona humana, es decir, independientes a su enfermedad o al tratamiento que requiere. Aquí entraría la demanda de un servicio rápido, eficiente, responsable, accesible, con atención individualizada, una comunicación clara, precisa y adecuada. También se incluyen los “aspectos humanos” del cuidado.

Finalmente, el tercer nivel correspondería a la apariencia y presentación de las instalaciones del hospital y de su personal. Se incluirían todas las cuestiones relacionadas al aseo, la higiene y el aliño. Del mismo modo, dentro de este rubro se considera una relación costo-beneficio favorable para el paciente.

## **Gestión de calidad hospitalaria**

Llamamos gestión de la calidad hospitalaria a las acciones, políticas y estrategias específicas que la institución de salud realizada de manera consciente y planificada con el propósito de satisfacer sus propios estándares de calidad de la manera más eficiente posible y, de esta manera, cumplir el objetivo de proveer servicios satisfactorios para los usuarios.<sup>21</sup> Así, la gestión de la calidad hospitalaria necesariamente se encuentra orientada hacia los usuarios.<sup>22</sup>

Es importante tomar en cuenta que no todos los usuarios reciben la misma atención. La calidad de servicio que se ofrece en un establecimiento tiene mucho que ver con el ambiente que el colaborador perciba. Sucede con frecuencia que el ambiente hospitalario no solamente es hostil para los pacientes o usuarios, sino también para los mismos empleados que laboran en él. Las largas jornadas de trabajo o situaciones de estrés pueden contribuir a que el personal de salud se desempeñe de una manera inadecuada que termine afectando directamente a la calidad de los servicios prestados. Es por esta razón que la calidad de la gestión hospitalaria también deberá tomar en cuenta la situación de bienestar de los colaboradores y realizar procesos de evaluación continua para garantizar un clima organizacional adecuado.<sup>23</sup>

Podemos concluir que la calidad respecto a los servicios de salud proveídos por el hospital tomará en cuenta dos dimensiones igualmente relevantes: a) por un lado, la calidad técnica, la cual puede ser evaluada a través de criterios objetivos y medibles relacionados con la eficacia del tratamiento, los resultados obtenidos, los tiempos de espera y similares. b) Por otro lado, la calidad sentida, la cual refiere a la satisfacción experimentada por los usuarios a través de los servicios brindados por el hospital.<sup>24</sup>

Al referirse a un hospital o centro hospitalario, es de suponer que se va a cuidar del bienestar de los pacientes, pero esto no asegura que exista un resultado de usuarios satisfechos y fieles al hospital. Para fidelizar a los usuarios y, por ende,

propiciar satisfacción, se pueden desarrollar procesos y acciones en general con el personal de la organización.

### **Un nuevo paradigma de calidad: humanización y centralización**

Las características especiales de las necesidades percibidas en el paciente pediátrico hacen necesario que la evaluación de la satisfacción y la calidad tome en cuenta aspectos que de ordinario se consideran secundarios de los servicios de salud. Esto ocasiona que la cantidad de elementos a evaluar se multiplique y diversifique de una manera considerable. En consecuencia, para facilitar la conceptualización, clasificación y evaluación de todos estos criterios proponemos categorizarlos dentro de dos grandes dimensiones que nosotros hemos denominado humanización y centralización.

#### 1. La humanización de los servicios asistenciales en la salud

La enfermedad es una realidad y situación que hace que la persona experimente de una manera más íntima y dolorosa su vulnerabilidad. Aquello que podríamos denominar como “la dimensión existencial” de la enfermedad es algo que, en la actualidad, pocas veces se considera a la hora de establecer y diseñar los protocolos, políticas y estrategias de atención hospitalaria. Las características de la vida contemporánea aunado al incremento exponencial y exorbitante de la demanda de servicios de salud han ocasionado que la mayoría de los hospitales e instituciones de salud enfoquen sus esfuerzos a reducir costos y lograr la mayor cantidad de egresos posibles en el menor tiempo.<sup>25</sup>

Esta manera de entender la labor hospitalaria deja de lado la humanidad de los pacientes. Los usuarios son vistos como un número; en ocasiones, incluso como una incomodidad, debido a que el hospital requiere que los pacientes se recuperen lo más rápido posible para seguir recibiendo a otros pacientes. En ese proceso cíclico y repetitivo orientado a cumplir metas, lograr cifras y obtener ganancias, se

ha olvidado por completo la naturaleza misma de la misión del hospital y de la atención por parte de los profesionales de la salud.

Ante este escenario, se propone el concepto de *humanización* del centro hospitalario. A continuación, explicaremos a qué nos referimos con este concepto.

Humanizar quiere decir volver a considerar la dignidad humana como el eje central y prioridad de toda acción y proceso social. Así, humanizar al hospital no es otra cosa que recordar que los usuarios de las instituciones de salud son pacientes, es decir, seres humanos que ostentan derechos, autonomía e individualidad. En consecuencia, los servicios del hospital, en tanto orientados a la satisfacción de los usuarios, deberían estar preocupados por también satisfacer las necesidades propiamente humanas de los pacientes, especialmente aquellas concernientes a su dignidad.<sup>31</sup>

Este modelo de humanización debe tener al enfermo como su centro, y cumplir con un derecho asistencial que, para que sea práctico y viable, necesita de una organización, de recursos económicos distribuidos equitativamente y de un personal con una profunda vocación de servicio, formado y preparado en sus saberes, capaz de ofrecer al enfermo, desde el ejercicio de su profesión y su sentido humano, unos medios técnicos y necesarios para su pronta recuperación. Ese mismo servicio asistencial debe llevar una atención integral: conocer las necesidades reales de la persona enferma, lo cual implica conocer también su biografía, sus afanes, sus preocupaciones, sus angustias, etc. Todo esto hace que la asistencia se humanice y se dignifique.<sup>26, 27, 28</sup>

En el caso específico de las necesidades percibidas en el paciente pediátrico, la *humanización* del cuidado y la atención recaería en un reconocimiento de las demandas específicas de este tipo de paciente en virtud de su condición de especial vulnerabilidad debida por aún encontrarse en una etapa temprana de la vida, por la cual es altamente dependiente de sus cuidadores. Así, el personal de salud tendría que llevar a cabo acciones que sustituyan dentro de los límites de lo razonable a los cuidadores primarios del menor en la satisfacción de sus necesidades de cuidado.

Dicho de manera más simple, *humanizar* la hospitalización pediátrica es tener siempre en consideración que los pacientes de dicho servicio son niños.

## 2. La resignificación de la centralización de los servicios asistenciales en salud

Como se mencionó anteriormente, en la actualidad es demasiado común que las personas señalen una deshumanización en el cuidado de la salud. Una explicación bastante popular de por qué ocurre esto tiene que ver con la alta demanda de los servicios de salud.

En el contexto de nuestras sociedades contemporáneas en donde el capitalismo es el modo de producción hegemónico y global, todos los servicios proveídos tanto por el sector público o privado son percibidos como mercancías. Del mismo modo, el hospital es visto como una organización empresarial más que se encuentra inmersa en las dinámicas del mercado y cuya función es satisfacer la demanda de una necesidad. Entender de esta manera el rol del hospital tiene por consecuencia que, al igual que cualquier otra empresa, la gestión, la organización y los esfuerzos de la institución de salud estarán necesariamente orientados a maximizar las ganancias con eficiencia y demostrar su relevancia por medio de cifras. Cumplir como hospital en el capitalismo no es curar personas, sino liberar camas para seguir produciendo.<sup>29</sup>

Esta búsqueda obsesiva por la eficiencia y el rendimiento ocasionan, especialmente en el sector público, que “muy pocos” sean responsables de atender a “demasiados”. La demanda no es proporcionar a la infraestructura y los recursos humanos, materiales y técnicos que requiere el hospital para cumplir sus propósitos. Así, nos encontramos en una situación donde el personal de salud tiene que cumplir con objetivos que en la práctica son francamente imposibles o irrealizables. Es evidente que en una situación como ésta la calidad de los servicios prestados pasa a un segundo término.

Para poder operar bajo estas condiciones los hospitales han tenido que implementar diversas estrategias para llevar a cabo un “control artificial de la demanda”. Uno de los métodos que se han preferido para este propósito es la burocratización de los servicios de salud por medio de su centralización.

Entendemos por burocracia una serie de reglas, protocolos, procesos y normas de carácter especialmente legal y administrativo que tienen como propósito regular el acceso a los servicios de salud por parte de los usuarios. Claramente esta descripción se acopla de manera más adecuada a la gran mayoría de instituciones públicas encargadas de proveer servicios de salud y seguridad social. El objetivo de la burocracia centralizada, bajo la óptica de las instituciones públicas de salud y seguridad social, es garantizar el acceso universal de los servicios de salud a partir de criterios equitativos y justos. Dicho de manera más simple: en el sistema burocrático y centralizado nadie es más que nadie.<sup>30</sup>

No obstante, no es difícil percatarse que las condiciones reales y materiales de los usuarios no son las mismas, de modo que un mismo trámite puede ser algo de lo más sencillo para uno y una gran dificultad para otro. Así, la supuesta justicia burocrática se desvanece y devela, una vez más, la deshumanización de los servicios de salud. Lo que ocurre con estos sistemas centralizados e hiper burocratizados es que quienes tienen más recursos, ventajas o privilegios pueden acceder fácilmente a los servicios de salud.<sup>31</sup>

Incluso cuando se logra el ideal burocrático de igualdad de servicio en un contexto de eficiencia óptima, persiste la convicción de que la magnitud de la población atendida por la organización conducirá inevitablemente a la deshumanización por carecer de capacidad operativa para satisfacer la demanda. No obstante, es innegable, especialmente en el caso del sector público, que para lograr la cobertura de la inmensa masa de derechohabientes sigue siendo necesaria algún tipo de centralización de los servicios y de procesos burocráticos estandarizados.

En la actualidad se ha popularizado la recomendación de que para solucionar este problema de deshumanización en las organizaciones proveedoras de servicios de salud es necesario la descentralización de los servicios, disminuir el número de usuarios (lo cual implicaría restringir aún más el acceso a los servicios de seguridad social) o disminuir la necesidad de éstos (a través del cuidado preventivo). Es innegable que la prevención es necesaria y que es una solución acertada, pero por ahora no la tomaremos en consideración. Por su parte, la disminución de los usuarios es un asunto que compete a los gobiernos y sus políticas de seguridad social y asistencial, por lo cual tampoco ahondaremos en ello. En su lugar, preferimos explorar la primera opción, a decir, la descentralización de los servicios de salud.

Tenemos buenas razones para creer que la opinión de que la amplitud de la población atendida no es una condición necesaria para la deshumanización del cuidado, es decir, es falsa la regla de que entre más población atiende un hospital peor será la calidad de sus servicios. Es absolutamente posible imaginar una cobertura bastante amplia de servicios sociales frente a una demanda creciente y exigente que, sin embargo, siga siendo eficiente y de alta calidad. El problema claramente radica en los recursos que poseen las organizaciones e instituciones encargadas de proveer los servicios de seguridad social. En consecuencia, el problema no es la centralización *per se*; ésta demuestra ser aún sumamente necesaria, especialmente en el sector público. La experiencia demuestra que la descentralización (y la inevitable privatización como consecuencia) de los servicios de salud suele tener consecuencias indeseables que terminan afectando directamente a los usuarios, especialmente a aquellos en condiciones más precarias, lo cual resulta ser aún más deshumanizador que lo anterior.

Nosotros sostenemos que es posible una *centralización humanizada* que satisfaga las necesidades de todos los pacientes con altos estándares de calidad siempre y cuando se cumplan con las siguientes condiciones, Las cuales de hecho sólo son posibles a través de una centralización eficiente de los servicios hospitalarios:

1. Conciliación de las inevitables discontinuidades en la atención derivada por la alta rotación y el cambio de médicos y pacientes; o de prioridades institucionales que interfieren con consultas repetidas entre los mismos proveedores y pacientes.

2. Considerar las diferencias de clase social entre profesionales y pacientes (diferencias de pensamiento, lenguaje y estilos de vida) que dan lugar a problemas de comunicación, interacción y empatía.

3. Evitar enfoques hiper estandarizados que pasan por alto características únicas que constituyen la esencia del trato individualizado.

4. Garantizar la absoluta transparencia en todos los procesos administrativos del hospital para poder cumplir con una adecuada rendición de cuentas.

La centralización de los servicios hospitalarios sigue siendo nuestra mejor estrategia para disminuir las brechas de desigualdad entre los usuarios del hospital y garantizar una prestación de servicios lo más justa y equitativa posible. La percepción de estos esfuerzos por parte del paciente produce mejores expectativas en relación con los servicios de salud y experiencias mucho más satisfactorias. El paciente nota el esfuerzo por darle lo que merece en tanto persona.

## 2.2 ANTECEDENTES ESPECIFICOS

Se realizó una búsqueda de literatura en las bases de datos PubMed, Medscape, embase, SciELO, biblioteca Cochane, con los términos clave “hospitalización”, “paciente pediátrico”, “satisfacción”, “evaluación”, “calidad”, “cuidados”. Se eligieron los artículos que aportaran evidencia relevante en torno al tema de esta investigación y que permitieran comparar los resultados obtenidos. A continuación, se enuncian las fuentes consultadas que funcionarán a manera de marco referencial.

En el año 2011, Moreno Monsiváis y colaboradores publicaron un artículo titulado *Satisfacción de las madres con la atención a sus hijos hospitalizados*.<sup>32</sup> El objetivo del estudio fue determinar los factores que se relacionan con la satisfacción de la madre con la atención que recibe su hijo hospitalizado. La muestra incluyó 127 madres de niños hospitalizados en una institución pública de Monterrey, N.L., México. Se encontró que el manejo del dolor fue un factor importante para la satisfacción de las madres participantes. La satisfacción de la madre con el servicio de hospitalización se asoció con la satisfacción con la atención de enfermería ( $rs = 0,458$ ;  $p = 0,0001$ ). La edad del hijo, el número de hospitalizaciones previas y la percepción de su estado de salud no fueron factores significativos para la satisfacción de las madres. Se concluyó que los factores que se relacionan con la satisfacción de la madre con la atención que recibe su hijo hospitalizado son la percepción de un adecuado manejo del dolor y la satisfacción con el servicio de hospitalización.

En ese mismo año, Matziou y sus colaboradores hicieron público un estudio titulado *Parents' satisfaction concerning their child's hospital care*.<sup>33</sup> Su objetivo fue explorar la satisfacción de los padres con respecto al cuidado de su hijo durante la hospitalización y sus determinantes. Se realizó un estudio descriptivo no experimental correlacional. La recopilación de datos se basó en entrevistas utilizando un cuestionario de 63 ítems, el Cuestionario de la Pirámide Sueco. Participaron del estudio los padres de 206 niños (hospitalizados en dos unidades pediátricas y dos quirúrgicas). Los resultados de la prueba t independiente

demonstraron que los padres mostraron mayor satisfacción con las actitudes del personal y el tratamiento médico, mientras que estaban menos satisfechos con la información sobre las rutinas y el ambiente de trabajo del personal. El análisis de regresión múltiple paso a paso reveló que la idoneidad de la atención, el manejo adecuado del dolor, la participación de los padres en la atención, una relación de confianza y las actitudes del personal fueron los determinantes más importantes de la satisfacción de los padres. Se concluyó que las intervenciones en atención pediátrica deben incluir medidas de satisfacción de padres e hijos como una herramienta para evaluar la calidad de la atención.

Por su parte, en el año 2015, Masoumeh Hosseinian y colaboradores publicaron un estudio titulado *Mothers' Satisfaction With Two Systems of Providing Care to Their Hospitalized Children*.<sup>34</sup> El propósito de esta investigación fue evaluar la satisfacción de las madres con dos sistemas de atención a sus hijos hospitalizados. Se trató de un estudio cuasi-experimental de dos grupos. Los resultados indicaron la satisfacción de las madres con la atención médica brindada por el método del caso como  $13,2 \pm 5,2$  y por el método funcional como  $13,17 \pm 5,56$ . Además, no se observaron diferencias significativas entre los dos grupos ( $P = 0,4$ ). La satisfacción de las madres con la atención de enfermería brindada por el método del caso fue de  $17,7 \pm 4,43$  y por el método funcional fue de  $13,33 \pm 5,69$  y hubo una diferencia significativa entre los dos grupos ( $P = 0,004$ ). La satisfacción de las madres con las adaptaciones por el método del caso fue de  $16,78 \pm 4,07$  y por el método funcional fue de  $17,9 \pm 6,67$  con una diferencia significativa entre los dos grupos ( $P = 0,06$ ). Se concluyó que la mejora de la calidad de la atención se asocia con una mayor satisfacción del paciente. Por lo cual, el desarrollo y la implementación de programas para mejorar la comunicación y las habilidades clínicas de las enfermeras pueden mejorar tanto la calidad de la atención como los resultados de los pacientes.

También se consultó un estudio del año 2016 de Mc Naught Gutiérrez, Hernández Ángeles y López Cadena titulado *Satisfacción percibida por los padres con los cuidados recibidos en la UCIP*.<sup>35</sup> Su propósito fue el de conocer el nivel de

satisfacción de los padres de menores hospitalizados en la UCIP. Se trató de un estudio descriptivo, analítico, retrospectivo y observacional. Se analizaron 188 cuestionarios de satisfacción percibida por los padres en la UCIP. Se obtuvo que el puntaje de satisfacción global fue de 75.5%. El dominio con mayor puntaje fue “Continuidad del cuidado” con un 83.9%, seguido por el dominio de “Confort físico” con un 82.7%. Los dominios restantes mostraron puntajes inferiores, aunque sólo uno, “Relación entre padres y el equipo de salud” fue significativamente menor (68.6%). Se concluyó que el conocimiento de los padres sobre la atención que debe recibir su hijo o hija por parte del personal de salud contribuye a mantener un control en la planeación de los servicios, identificando las quejas de los pacientes insatisfechos y disminuyendo las demandas para mejorar la calidad de la atención.

Se revisó un estudio del año 2012 de Eulmesekian PG y colaboradores titulado *Satisfacción de los padres de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos pediátricos*.<sup>36</sup> Su objetivo fue validar y aplicar un instrumento para medir satisfacción de padres de pacientes internados en Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Italiano de Buenos Aires. Se aplicó el cuestionario Picker's Pediatric Acute Care luego de traducirlo y determinar su validez de construcción, contenido y consistencia interna. Los resultados más relevantes fueron que el 89% de los padres se incluyó en el Grupo Alto Grado de Satisfacción. El 100% manifestó que sus hijos habían recibido cuidados que necesitaban cuando los necesitaban y 98,2% que sus hijos habían sido tratados con dignidad y respeto, y que tanto a médicos como a enfermeras les interesaba calmar el dolor. Se concluyó que la validación del instrumento fue adecuada. Los cuidados oportunos y el trato digno y respetuoso se asocian con altos niveles de satisfacción.

También se consultó un trabajo del año 2017 de Sánchez Veracruz MA et al. titulado *Relación entre el grado de satisfacción y el nivel de estrés identificado en padres y madres con hijos ingresados en una unidad de cuidado intensivo neonatal*.<sup>37</sup> El propósito de este estudio fue identificar la relación existente entre el grado de estrés y el nivel de satisfacción, y analizar qué aspectos influyen en la percepción de estrés general en los padres y madres con hijos ingresados en UCIN.

Se trató de un estudio descriptivo transversal realizado sobre una muestra de 24 madres/padres. Como instrumentos de evaluación se utilizaron un cuestionario de variables sociobiodemográficas elaborado, la escala de estrés parental: Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (PSS: NICU) y el cuestionario sobre la calidad de la atención hospitalaria (SERVQHOS). Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre algunas variables sociobiodemográficas y las dimensiones de la escala PSS: NICU y del cuestionario SERVQHOS. Las variables que mejor predijeron el estrés general fueron las dimensiones Aspecto y comportamiento del recién nacido y papel de la madre. Concluyeron que promover una adecuada comunicación entre los profesionales y los padres/madres con hijos ingresados en una UCIN, hace que aumente en ellos el grado de satisfacción; sin embargo, esto no provoca una disminución del estrés general.

Finalmente se revisó un artículo del año 2017 de González del Aguilar y Romero Quechol, el cual se titula *Dimensiones de la calidad del cuidado de enfermería y satisfacción del padre o tutor del paciente pediátrico hospitalizado*.<sup>38</sup> El objetivo fue evaluar las dimensiones de la calidad del cuidado de enfermería a través de la satisfacción del padre o cuidador del paciente pediátrico hospitalizado. Se trató de un estudio transversal analítico con una muestra de 77 pacientes pediátricos hospitalizados. Por medio del instrumento CARE-Q se halló que el 49% de los padres se encontraba satisfecho. El estudio concluyó que la calidad de la atención que brinda el personal de enfermería es buena; sin embargo, existen dimensiones que hay que trabajar para mejorar los resultados.

### **3. JUSTIFICACIÓN**

El Hospital Universitario de Puebla atiende aproximadamente a más de 26 mil pacientes de manera anual, de los cuales aproximadamente 7,800 pertenecen a la población pediátrica, lo cual corresponde a una cifra bastante cercana a un 30% del total de la población atendida de manera anual en el hospital. Lo anterior demuestra que los pacientes pediátricos constituyen uno de los sectores poblacionales de mayor

afluencia en el hospital, por lo cual es de gran importancia considerarlo con mucha más atención y valorar la información que este sector podría brindarnos en relación con la calidad de los servicios de hospitalización proveídos por el hospital.

Es bien sabido que en los pacientes atendidos en instituciones públicas de salud por lo general aceptan la atención de salud sin expresar quejas e incluso suelen manifestar satisfacción cuando colaboran en encuestas para medir la calidad y satisfacción de los servicios brindados por el hospital. En consecuencia, es altamente probable que evaluaciones o instrumentos aplicados con anterioridad, especialmente en instituciones del sector público, no estén reportando adecuadamente la percepción de satisfacción por parte de los usuarios ni la calidad real de los servicios debido a que la apreciación se encuentra condicionada a bajas expectativas.

Investigar sobre criterios e instrumentos que nos permitan medir con mayor eficacia, fiabilidad y exactitud el nivel de satisfacción de los usuarios respecto a la calidad de los servicios médicos y hospitalarios es de gran importancia debido a que nos permite acceder a información de gran valor y utilidad. Contar con buenos métodos de evaluación nos permitirá comprender mejor la naturaleza del servicio, identificar las fallas o áreas de oportunidad del hospital y, de esta manera, implementar las acciones, estrategias o políticas pertinentes para mejorar la calidad de los servicios y optimizar la atención en beneficio de los pacientes.

En la actualidad son escasos los estudios realizados acerca de la satisfacción de los usuarios del Hospital Universitario de Puebla. Y no existe ninguno enfocado específicamente a la evaluación de la satisfacción de la hospitalización del paciente pediátrico. Menos aún con el enfoque que nos otros proponemos. En consecuencia, nuestro estudio constituirá una oportunidad de retroalimentación a la institución que aportaría elementos útiles para los tomadores de decisiones del hospital.

Es por ello por lo que al final el estudio se elaborará un informe de resultados que será entregado a los directivos del hospital y demás tomadores de decisiones pertinentes. Esto con el propósito de que puedan disponer de la información de la

manera que consideren más conveniente en beneficio de la institución y sus derechohabientes. También se utilizarían para evaluación del impacto de intervenciones en salud sobre la calidad de atención y para la elaboración de un plan de educación permanente del personal de salud de este Hospital.

#### **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La Organización Mundial de la Salud señala que un Sistema de Salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud de la población. Para hacerlo, requiere de personal, financiamiento, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como de orientación y dirección. Un buen Sistema de Salud mejora la vida cotidiana de las personas de forma tangible, es por ello por lo que merece ser evaluado desde la perspectiva de los usuarios y sus familiares. En consecuencia, lo anterior también aplica para cada uno de los elementos que conforman al Sistema de Salud: los hospitales, tanto públicos como privados, todos y cada uno de los servicios que los constituyen, deben ser evaluados desde la perspectiva de los pacientes y sus familias. Conocer esta información es la única manera de garantizar que las instituciones de salud están cumpliendo satisfactoriamente con sus objetivos.

En nuestro país la satisfacción de los usuarios del sistema con los servicios ambulatorios y hospitalarios ha sido medida por medio de diversas encuestas, por ejemplo, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en el año 2006, indicaba que 81% de los usuarios de los servicios de salud en nuestro país calificaba la calidad de la atención como “buena” o “muy buena”, siendo instituciones como PEMEX y SEDENA las que presentaban los porcentajes más altos de aprobación con el 96.6%, seguidas por las instituciones del sector privado con 91%. Otro ejemplo es el Instituto Mexicano del Seguro Social, que en el 2009 indicaba al 77% de sus afiliados como “satisfechos” o “muy satisfechos” con los servicios que brindan y el 85% recomendaría su unidad regular de atención.

No obstante, es bien sabido que es bastante frecuente que los usuarios de instituciones proveedoras de servicios de salud del sector público no sean completamente honestos respecto a su experiencia de satisfacción debido a la naturaleza de gratuidad que suelen tener estos servicios. Razón por la cual muchos de estos resultados son poco fiables y han permitido la perpetuación de malas prácticas, procesos deficientes y estrategias que no logran cumplir con los objetivos o estándares necesarios. Esta situación se agrava de manera más enfática cuando se pretende evaluar la satisfacción de los servicios de hospitalización de los pacientes pediátricos, ya sea en los pacientes mismos o en sus cuidadores. Todo lo anterior, demuestra la urgencia de realizar nuevas investigaciones acerca de criterios e instrumentos más precisos y confiables para evaluar la satisfacción de los pacientes respecto a la calidad de los servicios de salud proveídos por los hospitales, especialmente cuando se trata de los pacientes pediátricos y sus familias.

La presente investigación se propone abonar a dicho propósito realizando un estudio descriptivo en el que se implementa una propuesta de instrumento diseñada específicamente para evaluar la percepción de satisfacción de los cuidadores en relación con los cuidados recibidos durante la hospitalización por los pacientes pediátricos. La propuesta sugiere que para lograr recabar información más fiable es necesario dimensionar los criterios de evaluación dentro de dos categorías denominadas *humanización* y *centralización* de los servicios de salud del hospital.

## **5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es el nivel de satisfacción de los cuidadores acerca de la centralización y humanización de los cuidados otorgados al paciente pediátrico durante su hospitalización en el Hospital Universitario de Puebla en el periodo de abril a septiembre de 2022?

## 6. HIPOTESIS

**Hipótesis nula:** Los cuidadores no se encuentran satisfechos respecto a la centralización y humanización de los cuidados otorgados al paciente pediátrico durante su hospitalización en el Hospital Universitario de Puebla en el periodo de abril a septiembre de 2022

**Hipótesis alternativa:** Los cuidadores se encuentran satisfechos respecto a la centralización y humanización de los cuidados otorgados al paciente pediátrico durante su hospitalización en el Hospital Universitario de Puebla en el periodo de abril a septiembre de 2022.

## **7. OBJETIVOS**

### **7.1 OBJETIVO GENERAL**

Conocer el nivel de satisfacción de los cuidadores acerca de la centralización y humanización de los cuidados otorgados al paciente pediátrico durante su hospitalizado en el Hospital Universitario de Puebla en el periodo de abril a septiembre de 2022

### **7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir las características sociodemográficas de los cuidadores
- Describir características demográficas y de internamiento de los pacientes
- Determinar el nivel de satisfacción de los cuidadores acerca de la centralización de los cuidados
- Determinar el nivel de satisfacción de los cuidadores acerca de la humanización de los cuidados

## 8. MATERIAL Y MÉTODOS

### 8.1 TIPO Y DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, prospectivo, unicéntrico, observacional, heterodémico y abierto.

| DISEÑO DEL ESTUDIO   |               |
|--|---------------|
| Por el objeto de estudio   | Descriptivo   |
| Por la medición del evento en el tiempo                          | Transversal   |
| Por el momento de la medición del evento                         | Prospectivo   |
| Por la ubicación de la población de estudio                      | Unicéntrico   |
| Por la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza | Observacional |
| Por el tipo de población   | Heterodémico  |
| Por la ceguedad en la aplicación y evaluación de las maniobras   | Abierto       |

### 8.2 UBICACIÓN ESPACIO – TEMPORAL

El estudio se llevó a cabo en todos los servicios pediátricos del Hospital Universitario de Puebla BUAP en Puebla de Zaragoza, Puebla, durante el periodo comprendido del 1 de abril de 2022 al 30 de septiembre de 2022.

### 8.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

#### 8.3.1 DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN

La unidad de análisis de la población de estudio fue el “cuidador”. Se entendió por cuidador a la persona que provee asistencia, cuidado, manutención y satisfacción de las necesidades de una persona pediátrica que fue hospitalizada en el Hospital Universitario de Puebla durante el periodo del estudio. Se entiende que el cuidador, en tanto principal responsable del tutelaje y cuidado del menor atendido, es la

principal persona externa que ha observado y evaluado los servicios y cuidados otorgados por el personal del hospital al infante, por lo cual es precisamente su percepción y satisfacción lo que se pretende, conocer, evaluar, valorar y medir. De ordinario, los cuidadores de un paciente pediátrico son sus padres, aunque esto no ocurre necesariamente en todos los casos.

#### 8.3.1.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

| CRITERIOS DE INCLUSIÓN  |
|---|
| Cuidadores de pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Universitario de Puebla durante el periodo de estudio       |
| Cuidadores de pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Universitario de Puebla que deseen participar en el estudio |

#### 8.3.1.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

| CRITERIOS DE INCLUSIÓN  |
|---|
| Cuidadores de pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Universitario de Puebla que se mantuvieron ausentes durante el internamiento                |
| Cuidadores de pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Universitario de Puebla que refieren no tener opinión acerca del servicio brindado          |
| Cuidadores de pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Universitario de Puebla cuyos pacientes presenten inestabilidad hemodinámica o respiratoria |
| Cuidadores de pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Universitario de Puebla cuyos pacientes hayan fallecido                                     |

#### 8.3.1.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

| CRITERIOS DE ELIMINACIÓN                                  |
|---|
| Los cuidadores deciden ya no participar en el estudio     |
| Los cuidadores no contestan adecuadamente el cuestionario |

### 8.3.2 TÉCNICA DE MUESTREO

No probabilístico por conveniencia en función a criterios de inclusión y exclusión.

### 8.3.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Dada la escasa cantidad de pacientes pediátricos que acuden al hospital, se estableció una cuota mínima de cien participantes.

### 8.3.4 MUESTRA

Cien cuidadores de pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Universitario de Puebla durante el periodo de abril a septiembre de 2022.

## 8.4 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

### OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

| VARIABLE   | DIMENSIONES   | INDICADORES   | ÍTEMS   | ESCALA                                 | TIPO DE VARIABLE       | INSTRUMENTO  |
|--|---|---|---------|--|------------------------|--------------|
| Nivel de satisfacción de la centralización del cuidado | Coordinación de la atención por parte del hospital y el personal de salud | <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Atención del hospital</li><li>➤ Política de permanencia y visita</li><li>➤ Cuidados</li><li>➤ Atención de personal de salud</li></ul> | 1 al 5  | 1 = Bueno<br>2 = Aceptable<br>3 = Malo | Cualitativa<br>Ordinal | Cuestionario |
|  | Acciones y servicios específicos del hospital y el personal de salud      | <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Atención personal no de salud</li><li>➤ Coordinación</li><li>➤ Comunicación</li><li>➤ Información</li></ul>                           | 6 al 10 |  |                        |              |

|  |  |  |          |                  |                                      |              |
|--|--|--|----------|------------------|--------------------------------------|--------------|
| Nivel de satisfacción de la humanización del cuidado | Acciones y servicios específicos del hospital y el personal de salud | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conocimiento y experiencia</li> <li>➤ Eficiencia</li> <li>➤ Rapport</li> <li>➤ Calidez</li> </ul> | 11 al 17 | 1 = Sí<br>2 = No | Cualitativa<br>Nominal<br>Dicotómica | Cuestionario |
|--|--|--|----------|------------------|--------------------------------------|--------------|

## 8.5 TÉCNICA E INSTRUMENTO

La técnica aplicada para la recolección de la información fue la encuesta. El instrumento de medición que se utilizó para llevar a cabo la encuesta se divide en cuatro secciones: 1) Información general del cuidador, 2) Información general del paciente, 3) Cuestionario, 4) Preguntas abiertas de opinión. La información recabada para la evaluación de la calidad se obtuvo por medio de la tercera sección. El cuestionario consta de 17 preguntas de opción múltiple. Las diez primeras establecen tres opciones en una jerarquía ordinal (Bueno, Aceptable y Malo), mientras que las siete últimas establecen una dicotomía de sí o no. Las diez primeras preguntas evaluaron la “Satisfacción de la centralización del cuidado” y las siete últimas preguntas evaluaron la “Satisfacción de la humanización del cuidado”. (Ver Anexo 3).

El instrumento empleado en este estudio es una adaptación del cuestionario “Satisfacción de los padres de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos pediátricos”, aplicado y validado por Guriérrez JAMN y colaboradores en su estudio *Satisfacción percibida por los padres con los cuidados recibidos en la UNIP* realizado en el Hospital del Niño DIF Hidalgo el año 2016.<sup>35</sup>

La evaluación de la validez y confiabilidad de la adaptación del instrumento se realizó mediante juicio experto, según se describe a continuación:

| <i>No.</i> | <i>Nombre</i>                 | <i>Fundamento</i>               | <i>Dictamen</i> |
|------------|-------------------------------|---------------------------------|-----------------|
| 1          | Dr. Omar Salamanca García     | Especialista en en neonatología | Aplicable       |
| 2          | Dra. Mavi Esmeralda Gálvez    | Especialista en en neonatología | Aplicable       |
| 3          | Dr. Christian Rincón Rentería | Especialista en en neonatología | Aplicable       |

Se anexan al final del documento las cartas de validación del instrumento y las cédulas de identificación de cada uno de los expertos dictaminadores (Anexo 4).

### **8.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Su entregó un documento al director del Hospital Universitario de Puebla en el que se explicó el objetivo de la investigación y se solicitó su autorización para poder llevar a cabo la recolección de la información.

Una vez que el proyecto fue aprobado por las autoridades competentes, se comenzó con el desarrollo del estudio. Se capacitó a los médicos residentes e internos para que explicaran a los cuidadores la naturaleza y propósito del estudio, solicitaran su colaboración en el mismo y aplicaran la encuesta a aquellos que decidan participar en la investigación.

Los cuidadores realizaron la encuesta durante el egreso de sus pacientes. Esto con el propósito de que se encontraran en un estado emocional y de atención lo más cercano a lo óptimo que sea posible. Se indicó que el tiempo de realización de la encuesta no excedería los 10 minutos.

El investigador fue el encargado de registrar los datos obtenidos por medio de la aplicación de las encuestas en las hojas de recolección. Se tuvo especial cuidado en que el folio del formato del cuestionario y el folio de la hoja de registro coincidan, esto con el propósito de garantizar que la información correspondiera a cada uno de los pacientes de manera individual.

## **8.7 ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos anotados en las hojas de registro serán vaciados y organizados en una matriz de Excel. Posteriormente serán analizados en el programa SPSS Statistics en su versión 26 de IBM. Se llevará a cabo un análisis estadístico descriptivo e inferencial.

En el análisis descriptivo para las variables cuantitativas se determinará máximo, mínimo, media y desviación estándar; mientras que para las variables cualitativas se calcularán frecuencias absolutas y relativas expresadas como porcentaje del total de la muestra.

Finalmente, se presentará la información estadística a través de tablas y gráficas.

## **9. LOGÍSTICA**

### **9.1 RECURSOS HUMANOS**

Director de tesis 1: Será el encargado de dirigir las acciones realizadas por la tesista para llevar a cabo correctamente la implementación del protocolo de investigación.

Dra. Flor Lucía Morales Morales

Director de tesis 2: Proveerá de la información y recursos técnicos necesarios y pertinentes al tema de investigación propuesto.

Dr. Aquilino Márquez Toledo

Tesista: Será la encargada de realizar la mayor parte de los procedimientos de investigación, sistematización y análisis de la información y elaboración del informe de la revisión sistemática debido a ésta constituye su proyecto de grado.

Dra. Nelly Yessel Alcocer Murga

Asesor metodológico: Será el encargo de orientar al tesista en las técnicas y procedimientos de la investigación, así como en el desarrollo metodológico de la misma.

Dr. Aquilino Márquez Toledo

## **9.2 RECURSOS MATERIALES**

- Infraestructura del Hospital Universitario de Puebla
- Escritorio
- Silla de trabajo
- Equipo de cómputo de escritorio
- Equipo de cómputo portátil
- SPSS Statistics de IBM versión 27.0
- Impresora multifuncional
- Servicio de internet inalámbrico
- Hojas de papel bond tamaño carta
- Bolígrafos

## **9.3 RECURSOS FINANCIEROS**

No se recibirá financiamiento alguno para la realización de esta investigación. Los recursos que se utilizarán serán los propios del tesista e investigador principal, así como los previstos para este propósito del Hospital Universitario de Puebla.

## **10. CONFLICTOS DE INTERESES**

El autor y el investigador del presente protocolo declaran no tener ningún conflicto de interés ético, económico, médico o farmacológico que comprometa la investigación.

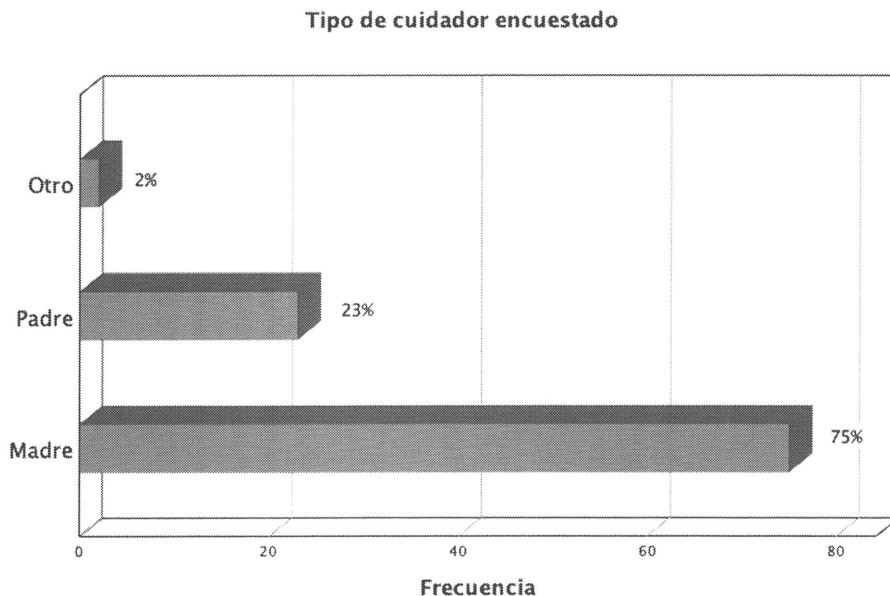
## 11. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En orden de los objetivos específicos propuestos por nosotros, el análisis estadístico descriptivo de los datos recabados de la muestra se realizó de la siguiente manera: primero se llevó a cabo un análisis estadístico de las variables correspondientes a las características demográficas y clínicas de la muestra, tanto de aquellas correspondientes a los cuidadores encuestados como las correspondientes a sus hijos. A las variables de orden cuantitativo se les aplicó análisis descriptivo y se determinó valores máximos, mínimos, media y desviación estándar. Por su parte, en el caso de las variables de orden categórico se calcularon frecuencias absolutas y relativas expresadas como porcentaje del total de la muestra. Finalmente se analizaron las respuestas a cada uno de los 17 ítems que constituyen el instrumento de medición, a los cuales también se les aplicó un análisis descriptivo de frecuencias expresadas como porcentaje del total de la muestra.

- **Características sociodemográficas de los cuidadores**

De los 100 cuidadores encuestados, 75 fueron la madre del paciente, 23 fueron el padre y solamente 2 reportaron tratarse de otro tipo de cuidador.

**Ilustración 1. Gráfica de frecuencia de tipo de cuidador encuestado**



Fuente: Hoja de recolección de datos

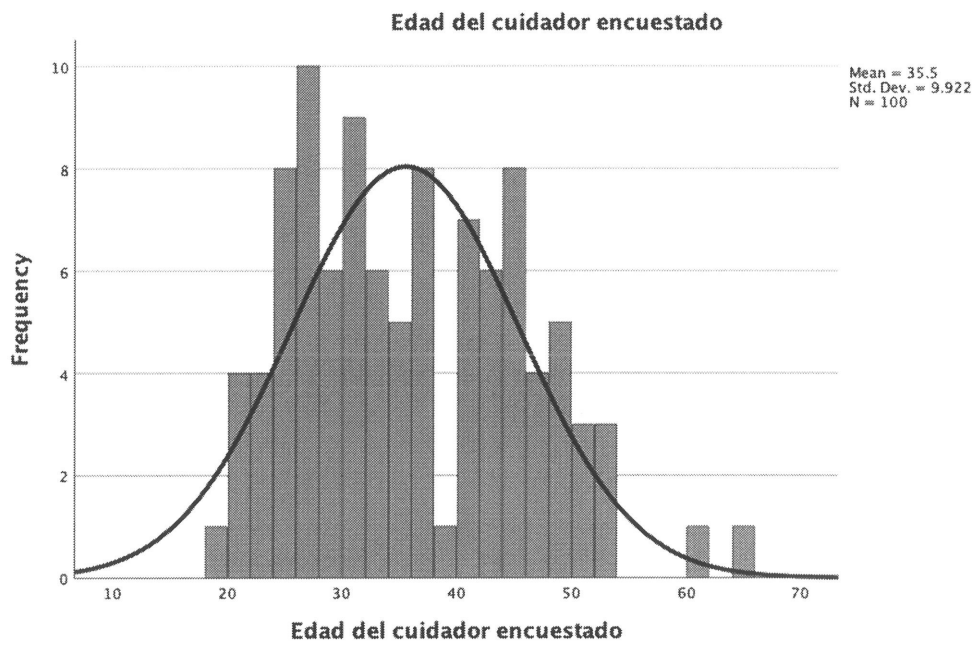
El rango de edad de los cuidadores fue de 19 a 65 años, siendo la media 35.5 años.

**Tabla 1. Estadísticos descriptivos edad del cuidador encuestado**

|                                 | N   | Mínimo | Máximo | Media | Desv.<br>Desviación |
|---------------------------------|-----|--------|--------|-------|---------------------|
| Edad del cuidador<br>encuestado | 100 | 19     | 65     | 35.50 | 9.922               |

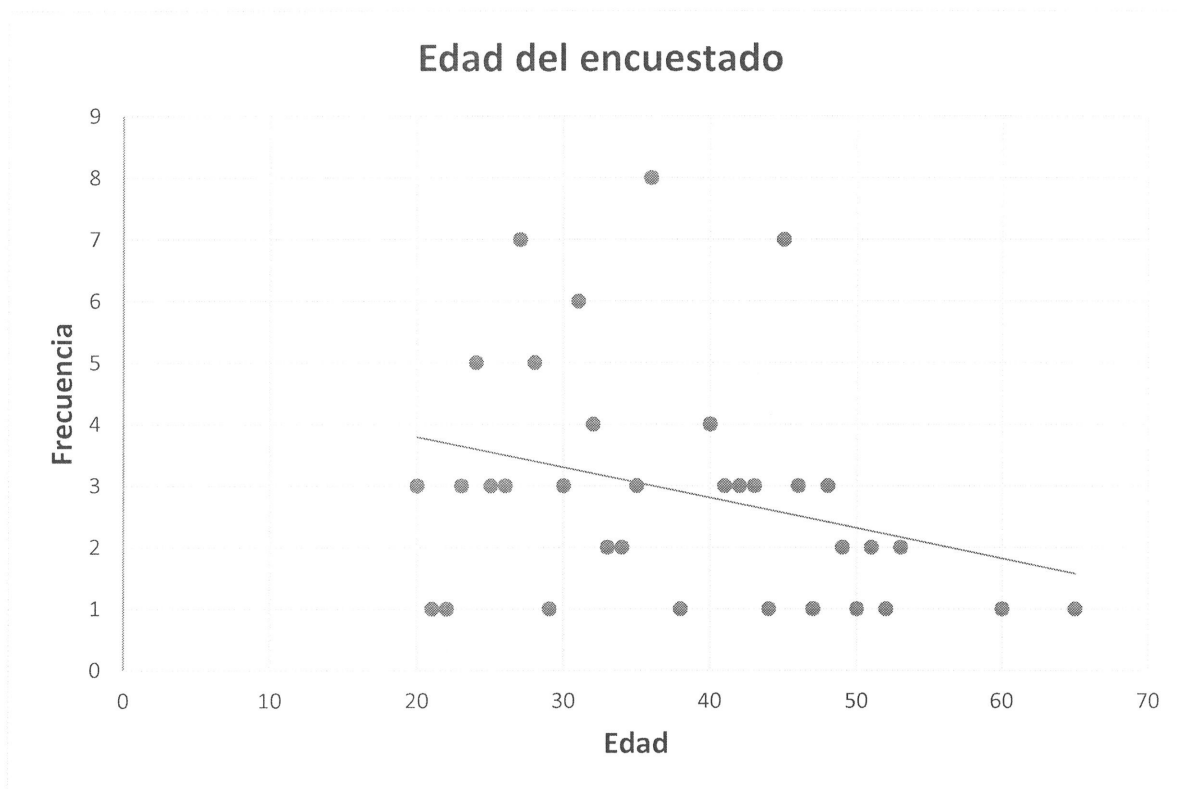
Fuente: Hoja de recolección de datos

**Ilustración 2. Gráfica de distribución de edad del cuidador encuestado**



Fuente: Hoja de recolección de datos

**Ilustración 3. Gráfica de dispersión de edad del cuidador encuestado**



Fuente: Hoja de recolección de datos

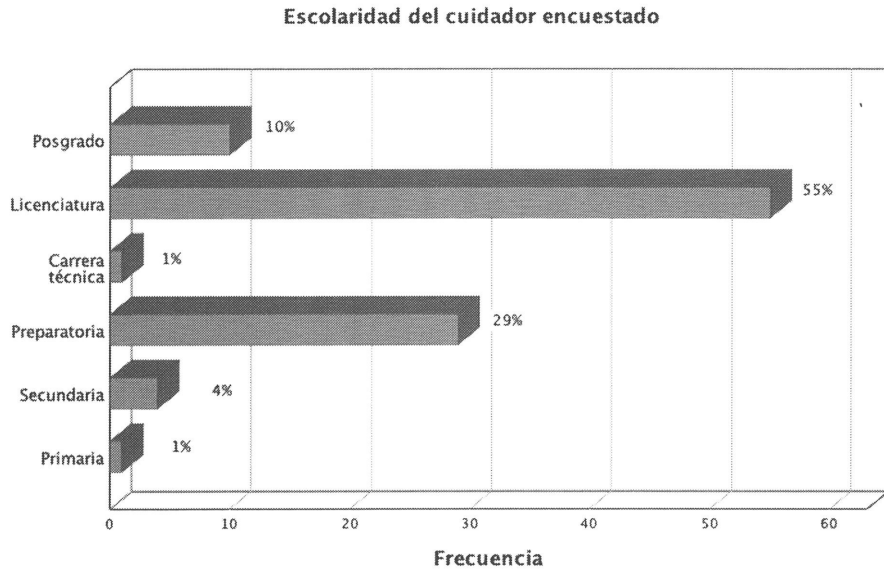
En lo que respecta a la escolaridad, 55 participantes reportaron tener el grado de licenciatura, 29 el grado de preparatoria, 10 tuvieron posgrado, 4 la secundaria concluida, uno reportó carrera técnica y también uno tener la primaria concluida.

**Tabla 2. Frecuencias de escolaridad del cuidador encuestado**

|        |                 | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje<br>válido | Porcentaje<br>acumulado |
|--------|-----------------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Válido | Carrera técnica | 1          | 1.0        | 1.0                  | 1.0                     |
|        | Licenciatura    | 55         | 55.0       | 55.0                 | 56.0                    |
|        | Posgrado        | 10         | 10.0       | 10.0                 | 66.0                    |
|        | Preparatoria    | 29         | 29.0       | 29.0                 | 95.0                    |
|        | Primaria        | 1          | 1.0        | 1.0                  | 96.0                    |
|        | Secundaria      | 4          | 4.0        | 4.0                  | 100.0                   |
|        | Total           | 100        | 100.0      | 100.0                |                         |

Fuente: Hoja de recolección de datos

**Ilustración 4. Gráfica de frecuencia de escolaridad del cuidador encuestado**

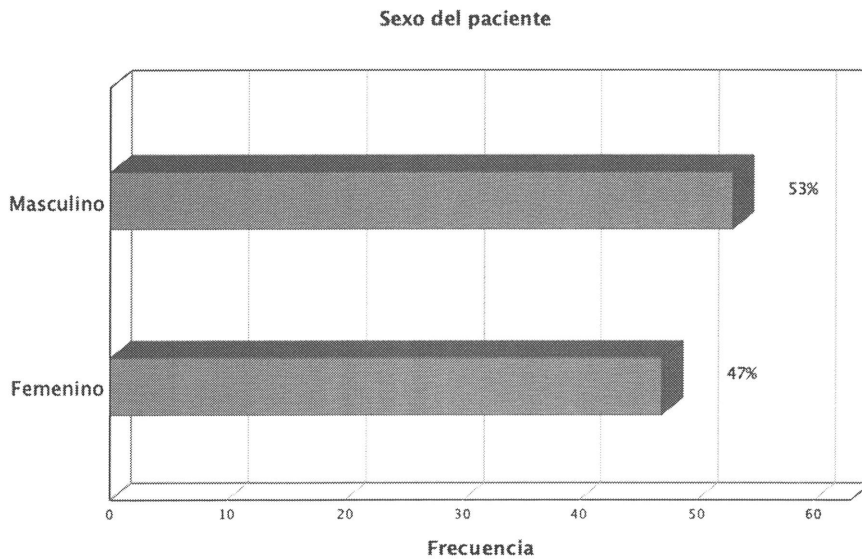


Fuente: Hoja de recolección de datos

- **Características sociodemográficas y de internamiento de los pacientes**

De los 100 pacientes que fueron considerados para la muestra del estudio, 53 fueron hombres y 47 mujeres.

**Ilustración 5. Gráfica de frecuencia de sexo del paciente**



Fuente: Hoja de recolección de datos

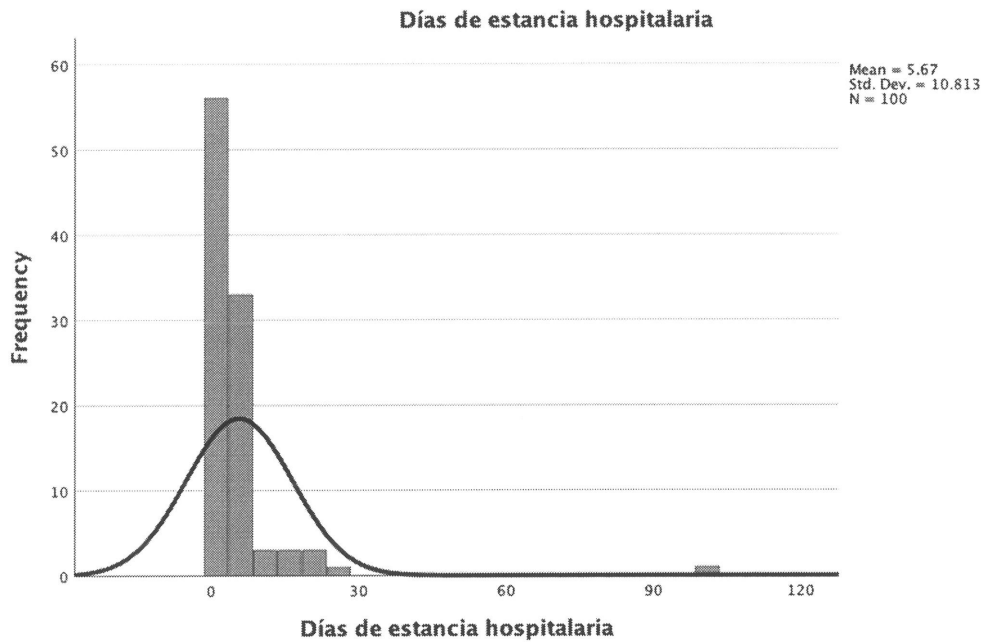
El rango de días de estancia hospitalaria fue de un solo día hasta un máximo de 103 días, aunque este último se trató de un caso extraordinario. La media fue de 5.67 días.

**Tabla 3. Estadísticos descriptivos días de estancia hospitalaria**

|                               | N   | Mínimo | Máximo | Media | Desv.<br>Desviación |
|-------------------------------|-----|--------|--------|-------|---------------------|
| Días de estancia hospitalaria | 100 | 1      | 103    | 5.67  | 10.813              |

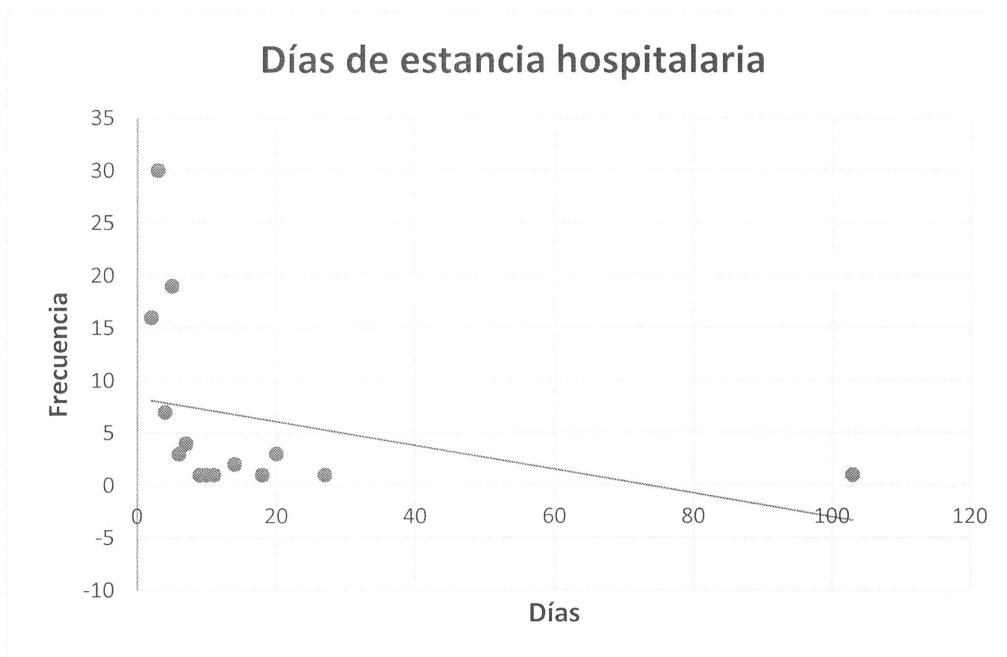
Fuente: Hoja de recolección de datos

**Ilustración 6. Gráfica de distribución de días de estancia hospitalaria**



Fuente: Hoja de recolección de datos

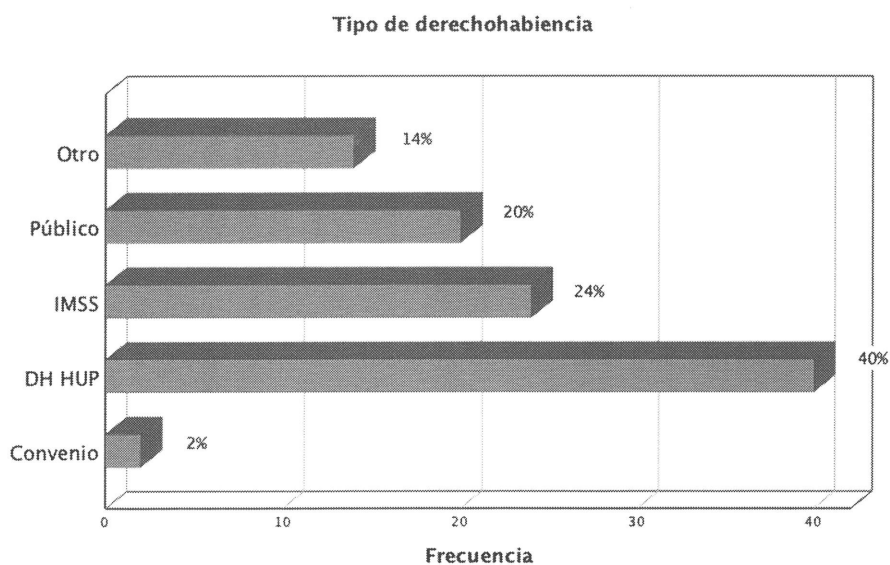
**Ilustración 7. Gráfica de dispersión de días de estancia hospitalaria**



Fuente: Hoja de recolección de datos

De los 100 pacientes, 40 fueron derechohabientes del Hospital Universitario de Puebla, 24 del IMSS, 20 del sector público, 14 de otra índole y tan solo dos por medio de convenio.

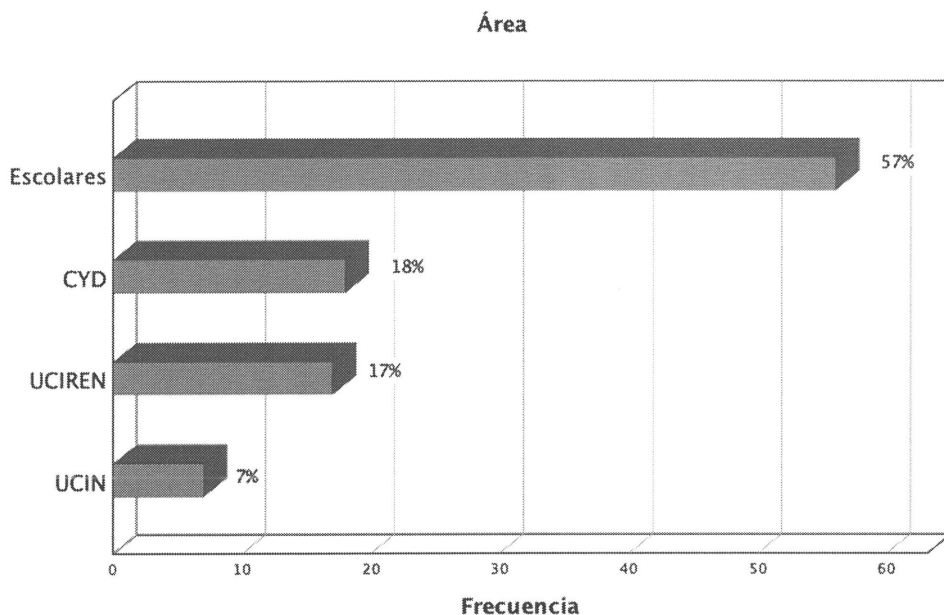
**Ilustración 8. Gráfica de frecuencia de tipo de derechohabiencia**



Fuente: Hoja de recolección de datos

Finalmente, respecto al área de hospitalización, 56 pacientes estuvieron en el área de Escolares, 18 en Crecimiento y Desarrollo (CYD), 17 en la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales (UCIREN) y 7 en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Hubo dos casos perdidos, lo cual quiere decir que los cuidadores no reportaron el área de internamiento.

**Ilustración 9. Gráfica de frecuencia de área**



Fuente: Hoja de recolección de datos

- **Nivel de satisfacción de centralización del cuidado**

Los primeros diez ítems del cuestionario en conjunto evalúan la variable que hemos denominado “Nivel de satisfacción de centralización del cuidado”. Para ello se propusieron tres opciones de respuesta que categorizan cada uno de los ítems de manera ordinal como “Bueno”, “Aceptable” o “Malo”. Así, las opciones de respuesta describen la experiencia de satisfacción del usuario con el aspecto enunciado en el ítem. La frecuencia de respuestas obtenidas de la muestra se describe a continuación en cada ítem.

**Tabla 4. Frecuencias de respues a ítems del 1 al 10**

| Número de ítem | Descripción de ítem   | Frecuencia de respuestas al ítem |           |       |
|----------------|---|----------------------------------|-----------|-------|
|                |   | Malo                             | Aceptable | Bueno |
| 1              | ¿Cómo calificarías la atención recibida en el hospital?                                     | 0                                | 6         | 94    |
| 2              | ¿Cómo calificarías la política de permanencia y visitas?                                    | 2                                | 11        | 87    |
| 3              | ¿Cómo calificaría en general los cuidados recibidos?  | 1                                | 4         | 95    |
| 4              | ¿Cómo calificaría la atención de los médicos?   | 0                                | 4         | 96    |
| 5              | ¿Cómo calificaría la atención de las enfermeras?  | 0                                | 4         | 96    |
| 6              | ¿Cómo calificaría la atención del resto del personal?                                       | 0                                | 9         | 91    |
| 7              | ¿Cómo calificaría el trabajo en conjunto de médicos y personal de enfermería?               | 0                                | 5         | 95    |
| 8              | ¿Fue satisfactoria la explicación sobre el ingreso de su hijo (a) al servicio de pediatría? | 1                                | 6         | 93    |
| 9              | ¿Fue satisfactoria la información sobre la enfermedad de su hijo (a)?                       | 1                                | 7         | 91    |
| 10             | Le explicaron en qué consistía el tratamiento que recibió su hijo (a)                       | 0                                | 8         | 92    |

Fuente: Hoja de recolección de datos

Como puede observarse, casi en la totalidad de los reactivos la categoría “Bueno” obtuvo más del 90% de las respuestas, siendo la única excepción el ítem 2 “¿Cómo calificaría la política de permanencia y visitas?” en donde la categoría “Bueno” obtuvo el 87% de las respuestas. No obstante, es importante destacar que el ítem 2 obtuvo dos respuestas en la categoría “Malo”, siendo así la pregunta que obtuvo el puntaje más alto en la categoría “Malo”.

Los resultados obtenidos nos permiten concluir que el nivel de satisfacción de la centralización del cuidado por parte de los cuidadores de pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Universitario de Puebla es “Bueno”.

- **Nivel de satisfacción de humanización del cuidado**

Por su parte, los últimos siete ítems del cuestionario evalúan la variable que hemos denominado “Nivel de satisfacción de humanización del cuidado”. Para ello se propuso una respuesta dicotómica de sí o no. Las opciones de respuestas expresan la aceptación o rechazo del usuario a la experiencia o característica descrita en el ítem. La frecuencia de respuestas obtenidas de la muestra se describe a continuación en cada ítem.

**Tabla 5. Frecuencias de respues a ítems del 11 al 17**

| Número de ítem | Descripción de ítem  | Frecuencia de respuestas al ítem |    |          |
|----------------|--|----------------------------------|----|----------|
|                |  | Sí                               | No | Perdidos |
| 11             | ¿Sintió que los médicos y enfermeras que atendían a su hijo (a) comprendían la enfermedad y su tratamiento?  | 99                               | 1  | 0        |
| 12             | ¿Los médicos informaron el estado de salud y resolvieron sus dudas oportunamente?                            | 100                              | 0  | 0        |
| 13             | Considera que el tratamiento de su hijo (a) tuvo continuidad durante su estancia y los diferentes turnos.    | 97                               | 3  | 0        |
| 14             | Le permitían estar con su hijo (a) durante su estancia hospitalaria  | 100                              | 0  | 0        |
| 15             | Se modificó el estado de ánimo de su paciente durante su hospitalización                                     | 61                               | 38 | 1        |
| 16             | Considera que el área en la que se encontró hospitalizado su hijo (a) se encontraba en condiciones adecuadas | 100                              | 0  | 0        |
| 17             | ¿Recomendaría el hospital a familiares y amigos?   | 100                              | 0  | 0        |

Fuente: Hoja de recolección de datos

Destaca que los ítems 12, 14, 16 y 17 obtuvieron un 100% de respuestas afirmativas. Por su parte, el resultado más llamativo es el del reactivo 15 “Se modificó el estado de ánimo de su paciente durante la hospitalización”, en donde el 61.62% de los cuidadores respondió “Sí” y siendo éste el único reactivo donde la respuesta afirmativa no es de carácter positivo. Así, el cambio anímico del paciente es el único rubro en donde podemos inferir una preocupación o insatisfacción por parte de los cuidadores. No obstante, este resultado es el esperado debido a que

es imposible que un menor no experimente desagrado, incomodidad, miedo o rechazo a la situación de hospitalización. Por el contrario, es llamativo observar que casi el 40% de los cuidadores no observó un cambio considerable en el estado de ánimo, lo cual también podría ser considerado como un aspecto positivo sumamente significativo de la humanización del cuidado en el Hospital Universitario de Puebla.

Con base en los resultados obtenidos podemos concluir que el nivel de satisfacción de la centralización del cuidado por parte de los cuidadores de pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Universitario de Puebla es satisfactorio.

Siguiendo con el plan de análisis de datos, se aplicó la prueba estadística de Chi-Cuadrado al análisis cruzado de cada uno de los ítems del instrumento contra las variables categóricas que se tomaron en cuenta para el estudio. Esto con el propósito de determinar si alguna de estas variables influyó significativamente en las respuestas dadas por los cuidadores. Se asumió significancia con un p valor menor a 0.05. La mayoría de los casos no se hallaron resultados significativos. A continuación se expondrán los casos en los que se encontraron datos relevantes.

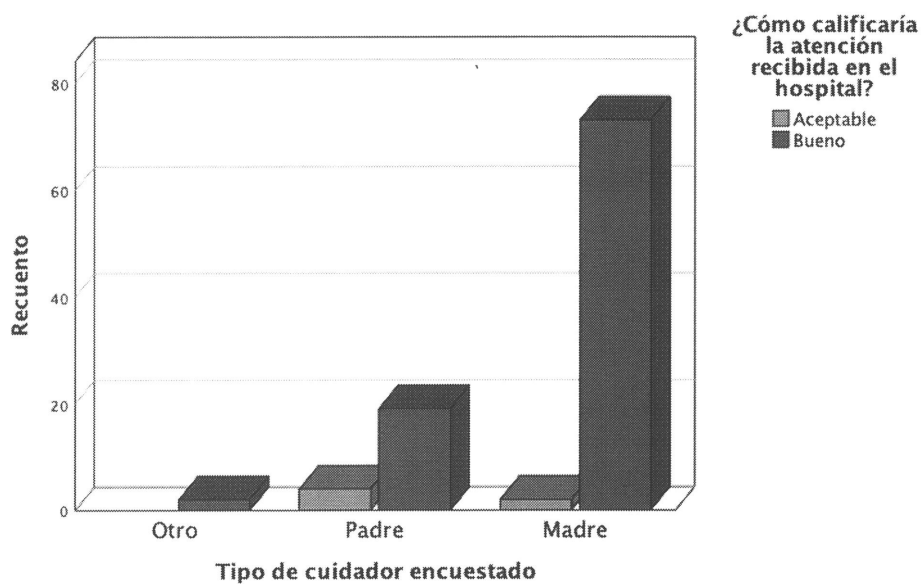
Respecto a los variable “Tipo de cuidador encuestado”, en varios de los ítems se observó una tendencia significativa a que al ser encuestada la madre se obtuviera una respuesta más favorable. No obstante, en realidad estos resultados son poco fiables como para aseverar una determinación de relevancia debido a que la mayor parte de los encuestados fueron la madre de los pacientes (75%).

**Tabla 6. Frecuencias cruzadas tipo de cuidador - ítem 1**

|                             |       | ¿Cómo calificaría la atención recibida en el hospital? |       |       |
|-----------------------------|-------|--|-------|-------|
|                             |       | Aceptable  | Bueno | Total |
| Tipo de cuidador encuestado | Madre | 2  | 73    | 75    |
|                             | Otro  | 0  | 2     | 2     |
|                             | Padre | 4  | 19    | 23    |
| Total                       |       | 6  | 94    | 100   |

Fuente: Hoja de recolección de datos

Ilustración 10. Gráfica de frecuencias cruzadas tipo de cuidador - ítem 1



Fuente: Hoja de recolección de datos

Tabla 7. Pruebas de chi-cuadrado tipo de cuidador - ítem 1

|                         | Valor              | df | Significación asintótica (bilateral) |
|-------------------------|--------------------|----|--------------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 6.897 <sup>a</sup> | 2  | .032                                 |
| Razón de verosimilitud  | 5.696              | 2  | .058                                 |

a. 4 casillas (66.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .12.

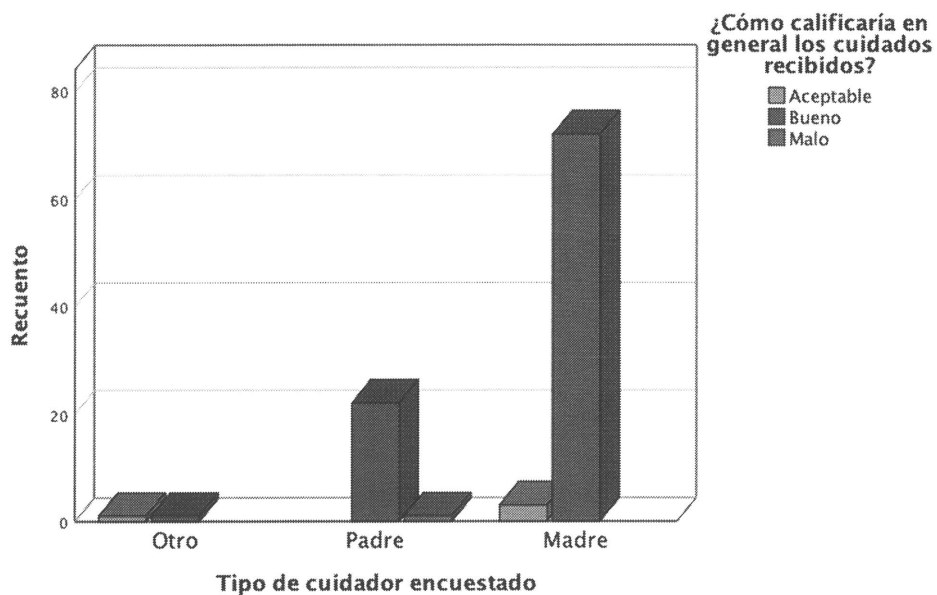
Fuente: Hoja de recolección de datos

Tabla 8. Frecuencias cruzadas tipo de cuidador - ítem 3

|                             |       | ¿Cómo calificaría en general los cuidados recibidos? |       |      | Total |
|-----------------------------|-------|--|-------|------|-------|
|                             |       | Aceptable  | Bueno | Malo |       |
| Tipo de cuidador encuestado | Madre | 3  | 72    | 0    | 75    |
|                             | Otro  | 1  | 1     | 0    | 2     |
|                             | Padre | 0  | 22    | 1    | 23    |
| Total                       |       | 4  | 95    | 1    | 100   |

Fuente: Hoja de recolección de datos

Ilustración 11. Gráfica de frecuencias cruzadas tipo de cuidador - ítem 3



Fuente: Hoja de recolección de datos

Tabla 9. Pruebas de chi-cuadrado tipo de cuidador - ítem 3

|                         | Valor               | df | Significación asintótica (bilateral) |
|-------------------------|---------------------|----|--------------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 15.283 <sup>a</sup> | 4  | .004                                 |
| Razón de verosimilitud  | 8.516               | 4  | .074                                 |

a. 7 casillas (77.8%) han esperado un recuento menor que 5.  
El recuento mínimo esperado es .02.

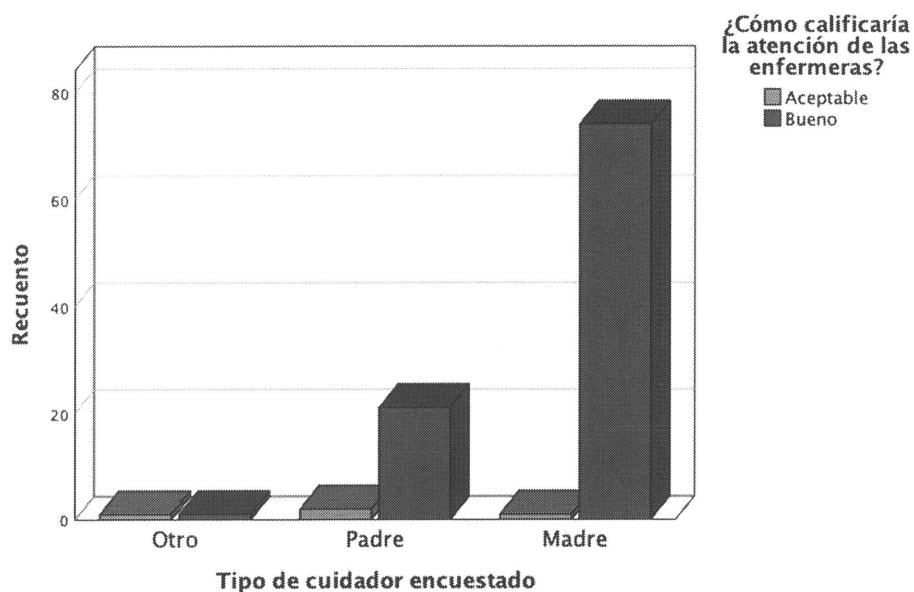
Fuente: Hoja de recolección de datos

Tabla 10. Frecuencias cruzadas tipo de cuidador - ítem 5

|                             |       | ¿Cómo calificaría la atención de las enfermeras? |       |       |
|-----------------------------|-------|--|-------|-------|
|                             |       | Aceptable  | Bueno | Total |
| Tipo de cuidador encuestado | Madre | 1  | 74    | 75    |
|                             | Otro  | 1  | 1     | 2     |
|                             | Padre | 2  | 21    | 23    |
| Total                       |       | 4  | 96    | 100   |

Fuente: Hoja de recolección de datos

**Ilustración 12. Gráfica de frecuencias cruzadas tipo de cuidador - ítem 5**



Fuente: Hoja de recolección de datos

**Tabla 11. Pruebas de chi-cuadrado tipo de cuidador - ítem 5**

|                         | Valor               | df | Significación<br>asintótica<br>(bilateral) |
|-------------------------|---------------------|----|--|
| Chi-cuadrado de Pearson | 13.730 <sup>a</sup> | 2  | .001                                       |
| Razón de verosimilitud  | 6.604               | 2  | .037                                       |

a. 4 casillas (66.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .08.

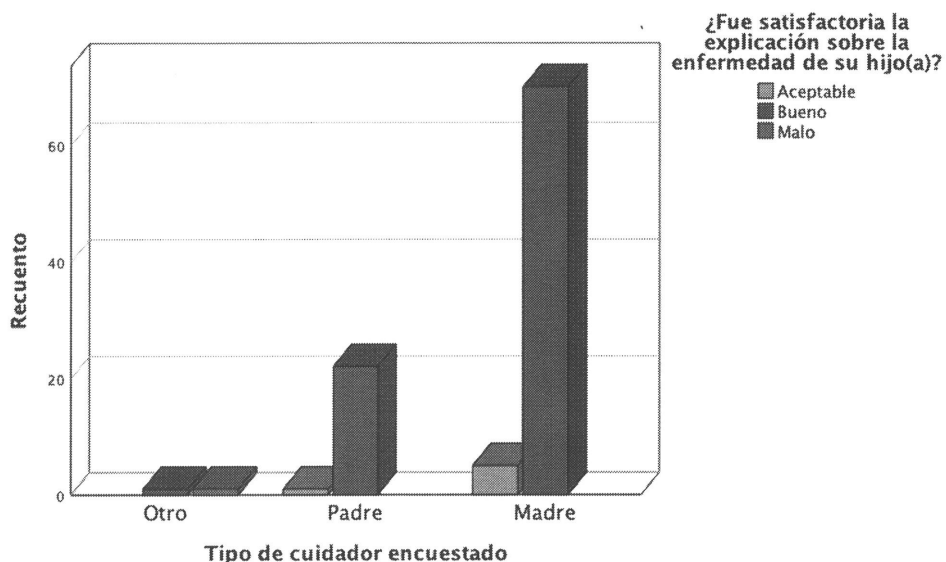
Fuente: Hoja de recolección de datos

**Tabla 12. Frecuencias cruzadas tipo de cuidador - ítem 8**

|                             |       | ¿Fue satisfactoria la explicación sobre la enfermedad de su hijo(a)? |       |      | Total |
|-----------------------------|-------|--|-------|------|-------|
|                             |       | Aceptable  | Bueno | Malo |       |
| Tipo de cuidador encuestado | Madre | 5  | 70    | 0    | 75    |
|                             | Otro  | 0  | 1     | 1    | 2     |
|                             | Padre | 1  | 22    | 0    | 23    |
| Total                       |       | 6  | 93    | 1    | 100   |

Fuente: Hoja de recolección de datos

**Ilustración 13. Gráfica de frecuencias cruzadas tipo de cuidador - ítem 8**



Fuente: Hoja de recolección de datos

**Tabla 13. Pruebas de chi-cuadrado tipo de cuidador - ítem 8**

|                         | Valor               | df | Significación asintótica (bilateral) |
|-------------------------|---------------------|----|--------------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 49.696 <sup>a</sup> | 4  | .000                                 |
| Razón de verosimilitud  | 8.730               | 4  | .068                                 |

a. 7 casillas (77.8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .02.

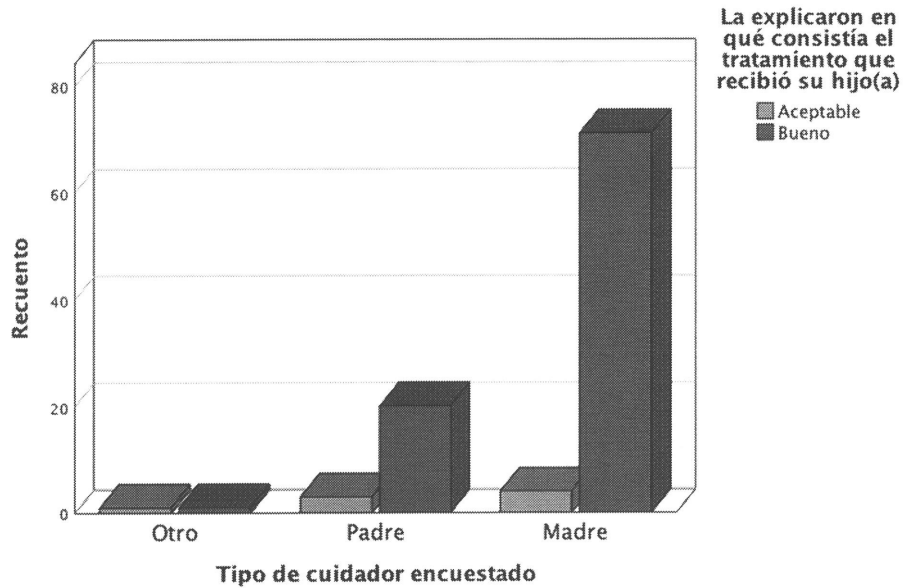
Fuente: Hoja de recolección de datos

**Tabla 14. Frecuencias cruzadas tipo de cuidador - ítem 10**

|                             |       | La explicaron en qué consistía el tratamiento que recibió su hijo(a) |       |       |
|-----------------------------|-------|--|-------|-------|
|                             |       | Aceptable  | Bueno | Total |
| Tipo de cuidador encuestado | Madre | 4  | 71    | 75    |
|                             | Otro  | 1  | 1     | 2     |
|                             | Padre | 3  | 20    | 23    |
| Total                       |       | 8  | 92    | 100   |

Fuente: Hoja de recolección de datos

Ilustración 14. Gráfica de frecuencias cruzadas tipo de cuidador - ítem 10



Fuente: Hoja de recolección de datos

Tabla 15. Pruebas de chi-cuadrado tipo de cuidador - ítem 10

|                         | Valor              | df | Significación asintótica (bilateral) |
|-------------------------|--------------------|----|--------------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 6.313 <sup>a</sup> | 2  | .043                                 |
| Razón de verosimilitud  | 3.937              | 2  | .140                                 |

a. 3 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .16.

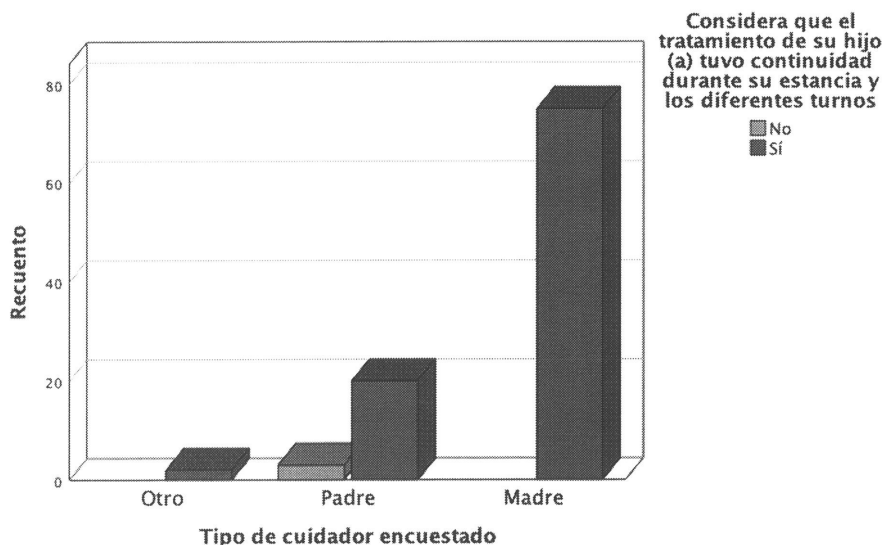
Fuente: Hoja de recolección de datos

Tabla 16. Frecuencias cruzadas tipo de cuidador - ítem 13

|                             |       | Considera que el tratamiento de su hijo(a) tuvo continuidad durante su estancia y los diferentes turnos |    |       |
|-----------------------------|-------|---|----|-------|
|                             |       | No  | Sí | Total |
| Tipo de cuidador encuestado | Madre | 0   | 75 | 75    |
|                             | Otro  | 0   | 2  | 2     |
|                             | Padre | 3   | 20 | 23    |
| Total                       |       | 3   | 97 | 100   |

Fuente: Hoja de recolección de datos

**Ilustración 15. Gráfica de frecuencias cruzadas tipo de cuidador - ítem 13**



Fuente: Hoja de recolección de datos

**Tabla 17. Pruebas de chi-cuadrado tipo de cuidador - ítem 13**

|                         | Valor               | df | Significación asintótica (bilateral) |
|-------------------------|---------------------|----|--------------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 10.354 <sup>a</sup> | 2  | .006                                 |
| Razón de verosimilitud  | 9.137               | 2  | .010                                 |

a. 4 casillas (66.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .06.

Fuente: Hoja de recolección de datos

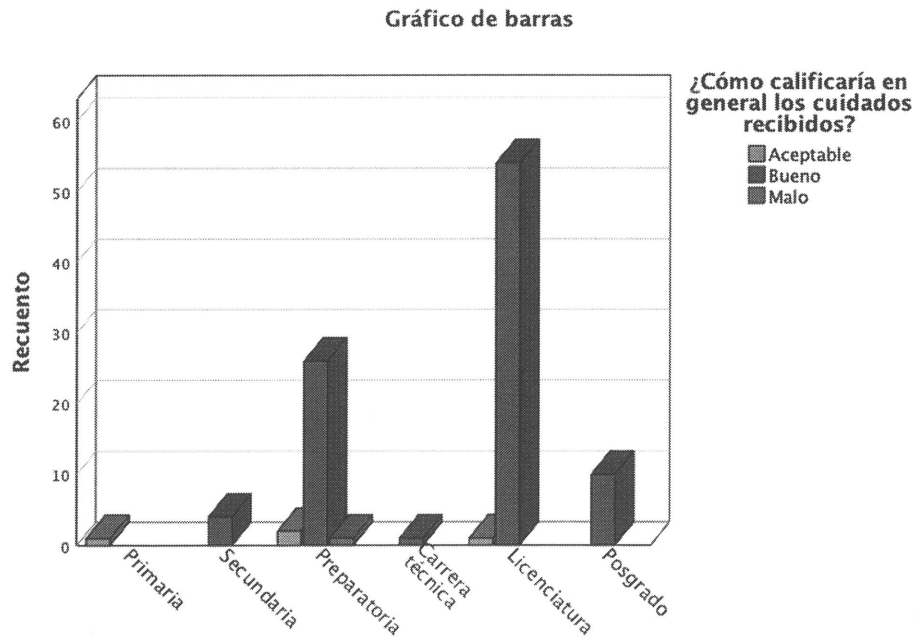
Del mismo modo que el caso anterior, en la variable “Escolaridad del cuidador encuestado” se encontró en algunos ítems una tendencia significativa en la cual al tener el encuestado el grado de licenciatura se obtenía una respuesta favorable. Sin embargo, estos resultados tampoco son fiables debido a que la distribución de esta variable es poco homogénea ya que la mayoría de los encuestados tuvieron el grado de licenciatura (55%).

**Tabla 18. Frecuencias cruzadas escolaridad del cuidador - ítem 3**

|  |                 | ¿Cómo calificaría en general los cuidados recibidos? |       |      | Total |
|--|-----------------|--|-------|------|-------|
|  |                 | Aceptable  | Bueno | Malo |       |
| Escolaridad del cuidador<br>encuestado | Carrera técnica | 0  | 1     | 0    | 1     |
|  | Licenciatura    | 1  | 54    | 0    | 55    |
|  | Posgrado        | 0  | 10    | 0    | 10    |
|  | Preparatoria    | 2  | 26    | 1    | 29    |
|  | Primaria        | 1  | 0     | 0    | 1     |
|  | Secundaria      | 0  | 4     | 0    | 4     |
| Total                                  |                 | 4  | 95    | 1    | 100   |

Fuente: Hoja de recolección de datos

**Ilustración 16. Gráfica de frecuencias cruzadas escolaridad del cuidador - ítem 3**



Fuente: Hoja de recolección de datos

**Tabla 19. Pruebas de chi-cuadrado escolaridad del cuidador - ítem 3**

|                         | Valor               | df | Significación<br>asintótica<br>(bilateral) |
|-------------------------|---------------------|----|--|
| Chi-cuadrado de Pearson | 28.486 <sup>a</sup> | 10 | .002                                       |
| Razón de verosimilitud  | 11.601              | 10 | .313                                       |

a. 15 casillas (83.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .01.

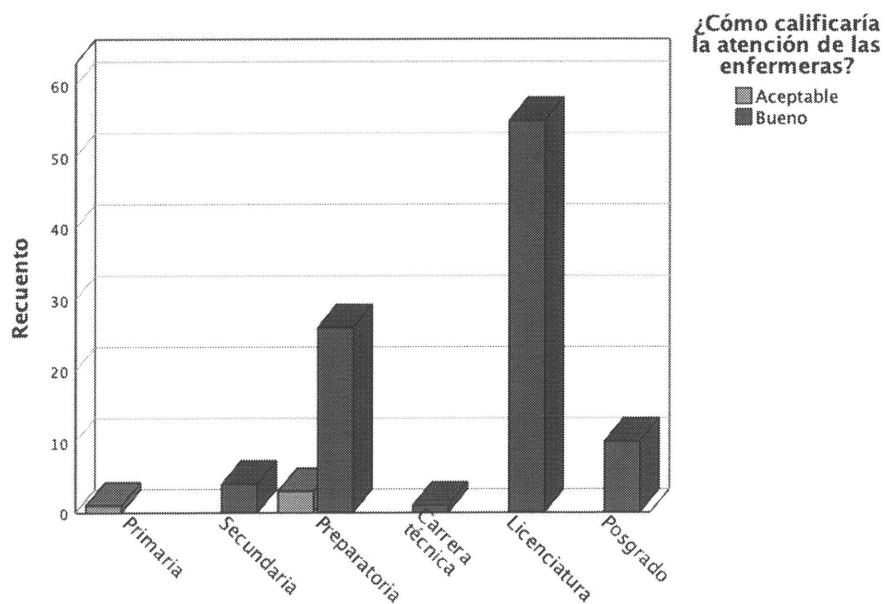
Fuente: Hoja de recolección de datos

**Tabla 20. Frecuencias cruzadas escolaridad del cuidador - ítem 5**

|  |                 | ¿Cómo calificaría la atención de las enfermeras? |       |       |
|--|-----------------|--|-------|-------|
|  |                 | Aceptable  | Bueno | Total |
| Escolaridad del cuidador<br>encuestado | Carrera técnica | 0  | 1     | 1     |
|  | Licenciatura    | 0  | 55    | 55    |
|  | Posgrado        | 0  | 10    | 10    |
|  | Preparatoria    | 3  | 26    | 29    |
|  | Primaria        | 1  | 0     | 1     |
|  | Secundaria      | 0  | 4     | 4     |
| Total                                  |                 | 4  | 96    | 100   |

Fuente: Hoja de recolección de datos

**Ilustración 17. Gráfica de frecuencias cruzadas escolaridad del cuidador - ítem 5**



**Tabla 21. Pruebas de chi-cuadrado escolaridad del cuidador - ítem 5**

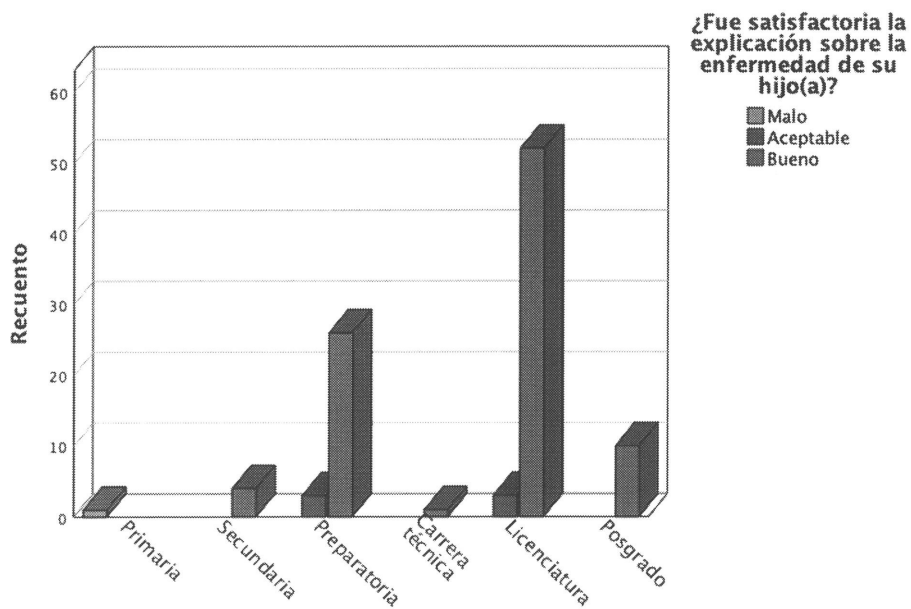
|                         | Valor               | df | Significación<br>asintótica<br>(bilateral) |
|-------------------------|---------------------|----|--|
| Chi-cuadrado de Pearson | 29.957 <sup>a</sup> | 5  | .000                                       |
| Razón de verosimilitud  | 14.298              | 5  | .014                                       |

a. 9 casillas (75.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .04.

**Tabla 22. Frecuencias cruzadas escolaridad del cuidador - ítem 8**

|  |                 | ¿Fue satisfactoria la explicación sobre la enfermedad de su hijo(a)? |       |      |       |
|--|-----------------|--|-------|------|-------|
|  |                 | Aceptable  | Bueno | Malo | Total |
| Escolaridad del cuidador<br>encuestado | Carrera técnica | 0  | 1     | 0    | 1     |
|  | Licenciatura    | 3  | 52    | 0    | 55    |
|  | Posgrado        | 0  | 10    | 0    | 10    |
|  | Preparatoria    | 3  | 26    | 0    | 29    |
|  | Primaria        | 0  | 0     | 1    | 1     |
|  | Secundaria      | 0  | 4     | 0    | 4     |
| Total                                  |                 | 6  | 93    | 1    | 100   |

**Ilustración 18. Gráfica de frecuencias cruzadas escolaridad del cuidador - ítem 8**



**Tabla 23. Pruebas de chi-cuadrado escolaridad del cuidador - ítem 8**

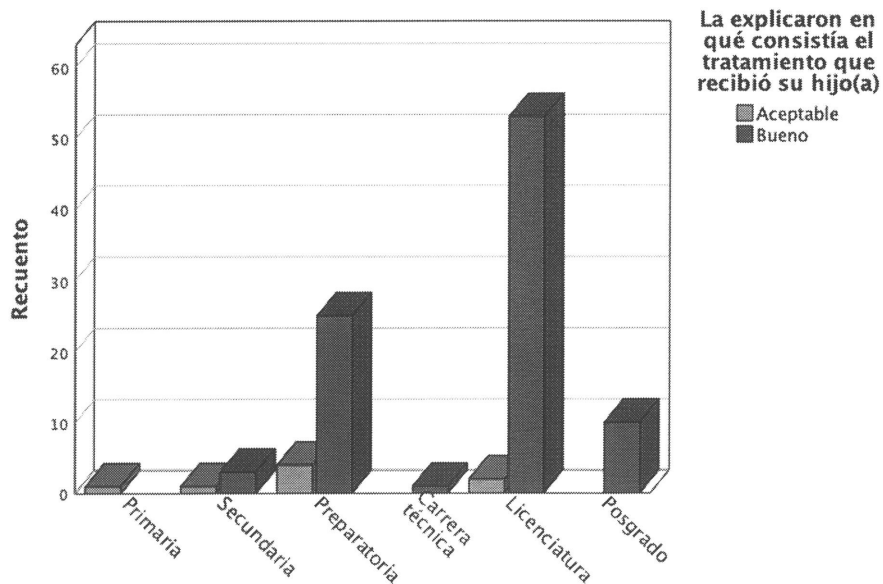
|                         | Valor                | df | Significación<br>asintótica<br>(bilateral) |
|-------------------------|----------------------|----|--|
| Chi-cuadrado de Pearson | 101.958 <sup>a</sup> | 10 | .000                                       |
| Razón de verosimilitud  | 13.893               | 10 | .178                                       |

a. 15 casillas (83.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .01.

**Tabla 24. Frecuencias cruzadas escolaridad del cuidador - ítem 10**

|  |                 | La explicaron en qué consistía el<br>tratamiento que recibió su hijo(a) |       |       |
|--|-----------------|---|-------|-------|
|  |                 | Aceptable   | Bueno | Total |
| Escolaridad del cuidador<br>encuestado | Carrera técnica | 0   | 1     | 1     |
|  | Licenciatura    | 2   | 53    | 55    |
|  | Posgrado        | 0   | 10    | 10    |
|  | Preparatoria    | 4   | 25    | 29    |
|  | Primaria        | 1   | 0     | 1     |
|  | Secundaria      | 1   | 3     | 4     |
| Total                                  |                 | 8   | 92    | 100   |

**Ilustración 19. Gráfica de frecuencias cruzadas escolaridad del cuidador - ítem 10**



**Tabla 25. Pruebas de chi-cuadrado escolaridad del cuidador - ítem 10**

|                         | Valor               | df | Significación<br>asintótica<br>(bilateral) |
|-------------------------|---------------------|----|--|
| Chi-cuadrado de Pearson | 16.772 <sup>a</sup> | 5  | .005                                       |
| Razón de verosimilitud  | 10.803              | 5  | .055                                       |

a. 9 casillas (75.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .08.

Respecto a la variable “Sexo del paciente”, no se encontró significancia en ninguno de los análisis cruzados con los ítems del cuestionario. Esto con toda seguridad se debió a que la distribución de la muestra en esta variable sí es mucho más equitativa que en los casos anteriores (53% masculino, 47% femenino). Del mismo modo, tampoco se halló significancia en ninguno de los análisis cruzados de la variable “Tipo de derechohabencia”. Presumiblemente también debido a la mayor homogeneidad en la distribución de la muestra. Finalmente, tampoco se encontró significancia alguna en los resultados obtenidos del análisis de la variable “Área”, probablemente por las mismas las razones anteriormente mencionadas.

En consecuencia, del análisis Chi-Cuadrado aplicado sobre el análisis cruzado de nuestras variables de estudio podemos concluir que no hay una correlación aparente entre el nivel de satisfacción de la centralización y humanización del cuidado percibido por los cuidadores y variables independientes de otra naturaleza, especialmente de carácter sociodemográfico o respecto a las características de la hospitalización y los servicios hospitalarios. Esta conclusión aporta un poco más de confiabilidad a nuestro resultado principal, a decir, que hay un alto nivel de satisfacción respecto a la centralización y humanización del cuidado en el Hospital Universitario de Puebla, el cual de hecho es independiente a factores no relacionados con los cuidados proveídos.

## 12. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos por esta investigación fueron consistentes con los reportados en la literatura previa consultada.

Moreno Monsiváis y colaboradores en su artículo *Satisfacción de las madres con la atención a sus hijos hospitalizados*<sup>32</sup> señalaron que los factores que se relacionan con la satisfacción de la madre con la atención que recibe su hijo hospitalizado son la percepción de un adecuado manejo del dolor y la satisfacción con el servicio de hospitalización. Nosotros coincidimos en que la calidad del servicio de cuidado hospitalario por parte del personal de salud desde una perspectiva de humanización y centralización garantizan una experiencia de satisfacción en los cuidadores de los infantes hospitalizados. En este estudio se reportó que la media de satisfacción global del familiar del paciente pediátrico fue de 80.56%, mientras que específicamente en relación al servicio de hospitalización incrementó hasta el 84.62%.

Por su parte, Matziou y sus colaboradores en *Parents' satisfaction concerning their child's hospital care*<sup>33</sup> observaron que las intervenciones en atención pediátrica deben incluir medidas de satisfacción de padres e hijos como una herramienta para evaluar la calidad de la atención. También insistieron en que el manejo adecuado del dolor era un factor de gran relevancia para la satisfacción de los padres. Otro hallazgo interesante de este estudio es que los padres que no estaban ansiosos por la condición de su hijo manifestaron una mayor satisfacción con el nivel de calidad general en comparación a los padres que se sintieron ansiosos. En consecuencia, consideramos que podría ser necesario incluir la evaluación de estas variables en futuros instrumentos. Según los resultados obtenidos en esta investigación, 89.32% de los padres expresaron que el personal de enfermería era muy educado, mientras que 95.66% opinaron lo mismo de los médicos. Asimismo, 87.86% manifestaron sentirse satisfechos por el respeto a sus necesidades o las de sus hijos por parte del personal de enfermería.

Masoumeh Hosseinian y colaboradores señalaron en *Mothers' Satisfaction With Two Systems of Providing Care to Their Hospitalized Children*<sup>34</sup> que la mejora de la calidad de la atención se asocia con una mayor satisfacción del paciente. Este estudio se enfocó en los cuidados proveídos por el personal de enfermería. Los hallazgos de este estudio mostraron que para mejorar la calidad de la atención y procurar la satisfacción de las madres, los proveedores de atención médica deben adoptar un enfoque de atención centrado en el paciente, establecer una relación cercana con las madres, evaluar y satisfacer sus necesidades educativas y brindarles una atención integral. Nosotros sostenemos que, si bien es importante realizar estudios que evalúen a cada uno de los profesionales involucrados en la atención y el cuidado de los pacientes pediátricos hospitalizados, sólo es posible hacer una evaluación completa, integral y correcta de la calidad y la satisfacción si se toman en cuenta todas las acciones, procesos y elementos involucrados con el cuidado de los menores. Así, las categorías de humanización y centralización darían pie a realizar una evaluación a la vez amplia y específica, de tal manera que podrían abarcarse todas las necesidades identificadas por Masoumeh Hosseinian.

Por su parte, Gutiérrez JAMN, Hernández Ángeles y López Cadena<sup>35</sup>, cuyo estudio e instrumento fue en el que se inspiró la presente investigación, obtuvieron un resultado de satisfacción global de 75.5%, el cual contrasta bastante con los resultados obtenidos por nosotros. Como mencionamos anteriormente, existe evidencia que señala que la mayoría de los cuidadores cuyos hijos son atendidos en hospitales del sector público o por medio de derechohabencia de seguridad social suelen manifestar satisfacción y evaluaciones positivas de los servicios a consecuencia de su percepción de gratuidad. Lo anterior tiene como consecuencia resultados inflados y poco fiables. Desafortunadamente esta es una limitación que nuestro estudio no pudo salvar ni se encontraron condiciones para garantizar una mayor fiabilidad en este aspecto.

En contraste, Eulmesekian PG y colaboradores en *Satisfacción de los padres de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos pediátricos*<sup>36</sup> identificaron un alto grado de satisfacción en los padres encuestados con el cuestionario Picker's

Pediatric Acute Care (89%), siendo los cuidados oportunos y el trato digno y respetuoso las variables más significativamente asociadas a dicho resultado. Los cuidados oportunos y el trato digno y respetuoso son a lo que nosotros hemos denominado en nuestro trabajo “Humanización de los cuidados”, por lo cual nuestros resultados son consistentes con los registrados por Eulmesekian. Nosotros también identificamos niveles de satisfacción bastante altos. Es por esta razón que podemos inferir que los instrumentos que ponen especial énfasis a la humanización del cuidado pueden tender a la obtención de resultados de satisfacción elevados. Es necesario revisar otros estudios que optaron por esta línea de evaluación para corroborar con mayor evidencia si existe una relación entre evaluar criterios relacionados con la humanización y obtener niveles de satisfacción altos.

En su trabajo *Relación entre el grado de satisfacción y el nivel de estrés identificado en padres y madres con hijos ingresados en una unidad de cuidado intensivo neonatal*<sup>37</sup> Sánchez Veracruz y colaboradores determinaron que promover una adecuada comunicación entre los profesionales de la salud y los cuidadores con hijos ingresados en la unidad de cuidado intensivo neonatal contribuye a aumentar el grado de satisfacción, aunque ello no ocasionaba una disminución del estrés en los mismos. Nosotros no medimos el nivel de estrés generado en los padres a consecuencia de la hospitalización. No obstante, coincidimos en que la comunicación, en tanto parte de los elementos indispensables de la centralización del cuidado, es un factor relevante para lograr un grado alto de satisfacción en los cuidadores.

Finalmente, González del Aguilar y Romero Quechol en su artículo *Dimensiones de la calidad del cuidado de enfermería y satisfacción del padre o tutor del paciente pediátrico hospitalizado*<sup>38</sup> señalaron que la calidad de la atención que brinda el personal de enfermería era buena pero que existían que hay que trabajar para mejorar los resultados. Esta conclusión se debió a que, al aplicar el instrumento CARE-Q, se obtuvo un 49% de satisfacción de los padres. Nuestros resultados de satisfacción fueron muy superiores; no obstante, poseen la desventaja de no habernos permitido identificar áreas de oportunidad para la mejora y el desarrollo.

Un buen instrumento de evaluación de la calidad no sólo busca corroborar los estándares propuestos, sino también identificar deficiencias y debilidades para promover cambios que sigan mejorando el servicio. En consecuencia, esto demuestra la necesidad de mejorar aún más el instrumento propuesto por nosotros.

Como puede notarse, los resultados de nuestro estudio corresponde con los obtenidos por varios estudios con anterioridad: muestran que la satisfacción por parte de los cuidadores en relación con el cuidado de sus hijos durante la hospitalización está relacionada con experiencias de comunicación clara, empatía y competencia. Del mismo modo, el alto grado de satisfacción identificado en la intervención realizada es consistente con los altos porcentajes también obtenidos por otros trabajos, aunque en nuestro caso se superó significativamente a la mayoría de los resultados anteriores.

### 13. CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos se concluye que los cuidadores se encuentran satisfechos respecto a la centralización y humanización de los cuidados otorgados al paciente pediátrico durante su hospitalización en el Hospital Universitario de Puebla en el periodo de abril a septiembre de 2022.

Si bien es incontrovertible que los resultados hallados por el estudio demuestran nivel de satisfacción sumamente alto por parte de los cuidadores, las opiniones expresadas por investigadores en estudios anteriores nos sugieren que estos resultados no son absolutamente fiables.

Si bien la propuesta de evaluar las categorías de humanización y centralización tenía como propósito una aproximación más precisa a la evaluación de las necesidades percibidas en el paciente pediátrico hospitalizado y sus cuidadores, es decir, una evaluación que atendiera las necesidades reales de este tipo de pacientes y sus cuidadores en virtud de sus características específicas; la propuesta no logra evitar los sesgos y limitaciones descritos anteriormente y señalados por la literatura consultada.

En consecuencia, a lo anterior, consideramos que el estudio no puede ser considerado como concluyente y sugerimos la necesidad de continuar con la línea de investigación poniendo especial interés en diseñar una propuesta que tome en cuenta el sesgo observado en derechohabientes de la seguridad social o usuarios del sector público.

Consideramos que es de gran importancia elaborar nuevas propuestas que maximicen la fiabilidad de la recolección de la información para que, de esta manera, se consigan insumos valiosos y útiles para la toma de decisiones. La evaluación de la calidad de los servicios hospitalarios es indispensable para diseñar nuevas y mejores estrategias de atención, organización y gestión que permitan a las instituciones de salud ofrecer un servicio cada vez más eficiente y satisfactorio.

## 14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández MA. El impacto de la enfermedad en la familia. Rev Fac Med UNAM. 2004; 47: 252-4.
2. Heller JA. El niño hospitalizado y su familia. Buenos Aires: El Ateneo. 1978.
3. Baraibar R. Enfoques en pediatría. Aspectos psicosociales. Montevideo: Oficina del libro. 1997.
4. Lizasoáin O, Polaino-Lorente A. Evaluación de la Ansiedad Estado y de la Ansiedad Rasgo en Niños Hospitalizados. Galicia Clínica, 1991; 63(5): 124-127.
5. Ochoa Linacero B, Polaino-Lorente A. Hospitalización y Familia. Comunidad Educativa, 1996; 231(3): 26-30.
6. Lizasoáin O, Polaino-Lorente A. La importancia del clima familiar en la adaptación a la enfermedad infantil. Comunicación presentada al Symposium Internacional Educación y Familia ¿Nuevos retos del Cambio Social?, Madrid. Libro de Comunicaciones al Congreso, 1994; 24.
7. Polaino-Lorente A, Lizasoáin O. Estudio sobre el estrés y la satisfacción de los padres con la hospitalización infantil. Acta Pediátrica, 1992; 50(6): 472-481.
8. Carter MC, Miles MS. Assessing parental stress in the intensive care unit. Journal of Maternal Child Nursing, 1982; 8(5): 354-359.
9. Kazac AE, Meadows AT. Families of young adolescents who have survived cancer. Journal of Pediatric Psychology, 1989; 14(2), 175-191.
10. Kornblit A. Somática familiar: Enfermedad orgánica y familia. Barcelona: Ed. Gedisa, 1984.

11. Frank SJ, Olmsted CL, Wagner AE, Laub CC, Freeark K, Breitzer GM, Peters JM. Child illness, the parenting alliance, and parenting stress. *Journal of Pediatric Psychology*, 1991; 6(3): 361-371.
12. López M.N, Álvarez-Llanes E. Aspectos psicológicos de la hospitalización infantil. *Bol Pediatr* 1996; 36: 235-240.
13. López I., Fernández A. Alteraciones emocionales en la hospitalización infantil. Tesis de grado de doctorado. Universidad de Granada, España. [Internet] 2011. [Consultado el 05 de septiembre de 2022] Disponible en: <https://hera.ugr.es/tesisugr/20314528.pdf>
14. Foster K., Young A., Mitchell R., Van C., Curtis K. Experiences and needs of parents of critically injured children during the acute hospital phase: A qualitative investigation. *Injury*, 2017; 48(1): 114-120.
15. Abela KM, Wardell D, Rozmus C, LoBiondo-Wood G. Impact of Pediatric Critical Illness and Injury on Families: An Updated Systematic Review. *J Pediatr Nurs*. 2020; 51: 21-31.
16. Cantor Cruz F, Niño Vargas HJ, Cifuentes Álvarez ML, Zorro Cerón SP, Yomayusa González N. Necesidades percibidas en el paciente pediátrico hospitalizado. *Pediatr*. 2020; 53(2): 64-71.
17. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*. 1966; 44: 166-203.
18. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*. 1988; 260: 1743- 1748

19. Stepke F. Principios bioéticos y calidad de la atención médica. En: Stepke, F Lolás, editor. Ética e innovación tecnológica. Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética. 1ra Edición. Santiago de Chile: Universidad de Chile, 2006: 209-215.
20. Phillips P, Carson K, Roe W. Toward understanding the patient's perception of quality. *The Health Care Supervisor* 1998; 16: 36-42.
21. Naranjo E, Andrade N. [Internet] Proponer estrategias para medir y mejorar la calidad en la atención de pacientes que acuden al servicio de fisioterapia en el Centro Médico Kinnemed. Repositorio de la UDLA, 2016 [consultado el 13 de julio de 2022]. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/6209>.
22. Rojas J. Gestión por procesos y atención al usuario en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud. México: Limusa, 2007.
23. Cabo J. Gestión de la Calidad en Organizaciones Sanitarias. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 2014.
24. Guamán M, Sumba F. [Internet] Propuesta de estrategia para el mejoramiento de calidad de los servicios al usuario externo en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Vicente Corral Moscoso. Repositorio de la Universidad Politécnica Salesiana, 2013. Disponible en: <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/5232/6/UPS-CT002751.pdf>.
25. Brusco A. Humanización de la Enfermería. En: Bermejo JC. Humanizar la Salud. Madrid: San Pablo, 1997.
26. Andorno R. Bioética y Dignidad de la Persona. Madrid: Tecnos, 2012.
27. Asenjo S. «Los derechos del enfermo y la organización hospitalaria». En *Derechos del Enfermo*. Bogotá: Selare, 1982, pp. 19-24.

28. Busco A. La humanización en el mundo de la salud. En: Humanización en Salud. Bogotá: San Pablo, 2003.
29. Lindheim R. An architect's perspective. En: Howard J, Strauss A., Eds. Humanizing Health Care. New York: John Wiley and Sons, 1975.
30. Parsons T. Illness and the role of the physician: A sociological perspective. En Kluckhohn C, Murray HA, Eds. Personality in Nature, Society, and Culture. New York, Knopf, 1956.
31. Howard J. Humanization and dehumanization of health care: A conceptual view. En: Howard J, Strauss A., Eds. Humanizing Health Care. New York: John Wiley and Sons, 1975.
32. Moreno-Monsiváis MG, Interrial-Guzmán MG, Saucedo-Flores PF, Vázquez-Arreola L, López-España JT. Satisfacción de las madres con la atención a sus hijos hospitalizados. Aquichan, 2011; 11(1): 40-47.
33. Matziou V., et al. Parents' satisfaction concerning their child's hospital care. Japan Journal of Nursing Science, 2011; 8(2): 163-173.
34. Hosseinian M, Mirbagher Ajorpaz N, Esalat Manesh S. Mothers' satisfaction with two systems of providing care to their hospitalized children. Iran Red Crescent Med J. 2015; 17(2): e23333.
35. Gutiérrez JAMN, Angeles ALH, Cadena JML, Acosta MAE, Torres DF. Satisfacción percibida por los padres con los cuidados recibidos en la UCIP. Revista CONAMED, 2016; 21(4): 179-185.

36. Eulmesekian PG, Peuchot V, Pérez A. Satisfacción de los padres de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos pediátricos. Archivos argentinos de pediatría, 2012; 110(2): 113-122.
37. Sánchez Veracruz MJ, Leal Costa C, Pastor Rodríguez JD, Díaz Agea JL. Relación entre el grado de satisfacción y el nivel de estrés identificado en padres y madres con hijos ingresados en una unidad de cuidado intensivo neonatal. Enferm. glob, 2017; 16(47): 270-280.
38. González-del Águila N, Romero-Quechol GM. Dimensiones de la calidad del cuidado de enfermería y satisfacción del padre o tutor del paciente pediátrico hospitalizado. Rev Enferm IMSS, 2017; 25(3): 173-80.

## 12. ANEXOS

### ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| <b>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</b>   |                       |                      |                       |                       |                        |                            |                           |                           |
|------------------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------|
| <b>Actividad</b>                   | <b>Abril<br/>2022</b> | <b>Mayo<br/>2022</b> | <b>Junio<br/>2022</b> | <b>Julio<br/>2022</b> | <b>Agosto<br/>2022</b> | <b>Septiembre<br/>2022</b> | <b>Noviembre<br/>2022</b> | <b>Diciembre<br/>2022</b> |
| Revisión de literatura             | X                     | X                    |                       |                       |                        |                            |                           |                           |
| Elaboración marco teórico          | X                     | X                    |                       |                       |                        |                            |                           |                           |
| Elaboración de protocolo           |                       | X                    | X                     |                       |                        |                            |                           |                           |
| Aprobación de protocolo            |                       |                      | X                     |                       |                        |                            |                           |                           |
| Diseño de estudio                  |                       |                      | X                     | X                     |                        |                            |                           |                           |
| Selección de muestra               |                       |                      |                       | X                     | X                      | X                          |                           |                           |
| Recolección de datos               |                       |                      |                       | X                     | X                      | X                          | X                         |                           |
| Análisis estadístico de resultados |                       |                      |                       |                       |                        |                            | X                         |                           |
| Elaboración de informe final       |                       |                      |                       |                       |                        |                            | X                         | X                         |

## **ANEXO 2. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS**

La presente investigación se rigió por las declaraciones de la Asociación Médica Mundial de Helsinki de 1964, con las modificaciones de Tokio de 1975, Venecia de 1983, Hong Kong de 1989, Somerset West de 1996 y de acuerdo con las Normas Internacionales para la Investigación Biomédica en Sujetos Humanos en Ginebra de 2002 del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas perteneciente a la Organización Mundial de la Salud. Por lo que apegado a los documentos previos se mantuvo total discreción con respecto a los datos generales y los resultados obtenidos en este trabajo, así como durante todo el tiempo de la investigación se contemplaron las normas del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Este estudio se llevó a cabo con previa aprobación del Comité de Enseñanza e Investigación del Hospital Universitario de Puebla, en conformidad a lo establecido en el artículo 14 del Reglamento de la Ley General en Salud en Materia de Investigación para la Salud y el apartado 9 de la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

De acuerdo con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General en Salud en Materia de Investigación para la Salud y a la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 esta investigación es considerada con riesgo mínimo. En consecuencia, según el apartado 11 de la NOM-012-SSA3-2012, la autorización del estudio no requiere que los sujetos de investigación firmen una carta de consentimiento informado. Ningún participante hasta el término del estudio sufrió daño físico ni moral durante el desarrollo de la investigación. En caso de ser publicados los resultados se mantendrá el anonimato de los participantes.

El autor de la investigación será la única persona con acceso a los datos obtenidos mediante el análisis comparativo de los expedientes clínicos, la interrogación directa a los participantes y la aplicación de los instrumentos de recolección para su análisis estadístico. El nombre de los pacientes se solicitará con el único propósito de tener acceso al expediente clínico, pero no se hará público ningún dato que revele la identidad de las personas incluidas en el estudio. Esto último en conformidad con el artículo 16 del Reglamento de la Ley General en Salud en Materia de Investigación para la Salud y los apartados 11 y 12 de la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012.

### ANEXO 3. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACIÓN



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA  
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE  
INFORMACIÓN

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DE LOS CUIDADOS RECIBIDOS EN EL SERVICIO DE  
PEDIATRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUEBLA

Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

El objetivo de este cuestionario es evaluar los cuidados recibidos por su hijo o hija en el servicio de pediatría del Hospital Universitario de Puebla con base en su nivel de satisfacción. Lee atentamente las siguientes preguntas y marque la respuesta que describa de manera más adecuada su sentir u opinión.

**Información general del cuidador:**

Madre ( ) Padre ( ) Otro: \_\_\_\_\_

Edad:

Escolaridad:

**Información general del paciente:**

Sexo (M) (F)

días de estancia:

Derehohabiciencia: DH HUP ( ) IMSS ( ) Público ( ) Otro ( )

Área: Escolares ( ) UCIN ( ) UCIREN ( ) CYD ( ) UTIP ( )

|  | <b>BUENO</b> | <b>ACEPTABLE</b> | <b>MALO</b> |
|--|--------------|------------------|-------------|
| 1. ¿Cómo calificaría la atención recibida en el hospital?  |              |                  |             |
| 2. ¿Cómo calificaría la política de permanencia y visitas? |              |                  |             |
| 3. ¿Cómo calificaría en general los cuidados recibidos?    |              |                  |             |
| 4. ¿Cómo calificaría la atención de los médicos?           |              |                  |             |
| 5. ¿Cómo calificaría la atención de las enfermeras?        |              |                  |             |

|  | <b>BUENO</b> | <b>ACEPTABLE</b> | <b>MALO</b> |
|--|--------------|------------------|-------------|
| 6. ¿Cómo calificaría la atención del resto del personal?                                       |              |                  |             |
| 7. ¿Cómo calificaría el trabajo en conjunto de médicos y personal de enfermería?               |              |                  |             |
| 8. ¿Fue satisfactoria la explicación sobre el ingreso de su hijo (a) al servicio de pediatría? |              |                  |             |
| 9. ¿Fue satisfactoria la información sobre la enfermedad de su hijo(a)?                        |              |                  |             |
| 10. Le explicaron en que consistía el tratamiento que recibió su hijo (a)                      |              |                  |             |
|  |              |                  |             |
|  |              |                  |             |
|  |              |                  |             |

|  | SI | NO |
|--|----|----|
| 11. ¿Sintió que los médicos y enfermeras que atendían a su hijo(a) comprendían la enfermedad y su tratamiento?   |    |    |
| 12. ¿Los médicos informaron el estado de salud y resolvieron sus dudas oportunamente?                            |    |    |
| 13. Considera que el tratamiento de su hijo (a) tuvo continuidad durante su estancia y los diferentes turnos.    |    |    |
| 14. Le permitían estar con su hijo (a) durante su estancia hospitalaria  |    |    |
| 15. Se modificó el estado de ánimo de su paciente durante su hospitalización                                     |    |    |
| 16. Considera que el área en la que se encontró hospitalizado su hijo (a) se encontraba en condiciones adecuadas |    |    |
| 17. ¿Recomendaría el hospital a familiares y amigos?   |    |    |

18. ¿Qué sigue para mejorar la atención en el servicio?

19. ¿Cuáles considera que fueron las principales fallas o debilidades en la atención recibida?

20. ¿Cuáles considera que fueron los aspectos más satisfactorios de la atención recibida?

Algún otro comentario u observación que considere que sería importante mencionar en relación a la calidad del servicio recibido.

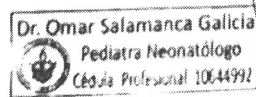
## ANEXO 4. CARTAS DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

### CARTA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Puebla de Zaragoza, Puebla, al 22 de octubre de 2022.

Yo el Dr. Omar Salamanca Galicia con la especialidad en Neonatología, hago constar que he revisado el instrumento de recolección de datos presentado por la Dra. Nelly Yessel Alcocer Murga para su aplicación en la realización del trabajo de tesis titulado *Satisfacción del cuidador acerca de la centralización y humanización de los cuidados otorgados en un servicio de pediatría* y como experto en el área Pediatría emito un juicio favorable para su empleo en este protocolo de investigación. La razón de lo anterior es que el cuestionario posee la suficiente calidad, confiabilidad y precisión para recabar la información necesaria para satisfacer los objetivos del estudio propuesto.

Atentamente



Dr. Omar Salamanca Galicia

**Identificación del experto**

Nombre y apellido: Omer Salamanca Galicia

Institución donde labora: Hospital Universitario de Puebla

Máximo grado académico: Especialidad -

Institución donde lo obtuvo: BUAP

Número telefónico: 22 27 09 92 14

Correo electrónico: Holcani1980@yahoo.com.mx

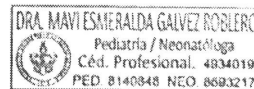
Fecha de validación: 21/10/2022

## CARTA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Puebla de Zaragoza, Puebla, al 21 de octubre de 2022.

Yo la Dra. Mavi Esmeralda Gálvez Roblero con la especialidad en Neonatología, hago constar que he revisado el instrumento de recolección de datos presentado por la Dra. Nelly Yessel Alcocer Murga para su aplicación en la realización del trabajo de tesis titulado *Satisfacción del cuidador acerca de la centralización y humanización de los cuidados otorgados en un servicio de pediatría*, y como experto en el área Pediatría emito un juicio favorable para su empleo en este protocolo de investigación. La razón de lo anterior es que el cuestionario posee la suficiente calidad, confiabilidad y precisión para recabar la información necesaria para satisfacer los objetivos del estudio propuesto.

**Atentamente**



Dra. Mavi Esmeralda Gálvez Roblero

**Identificación del experto**

Nombre y apellido: Mavi Esmeralda Gálvez Roblero  
Institución donde labora: Hospital Universitario de Puebla  
Máximo grado académico: Especialidad- Posgrado  
Institución donde lo obtuvo: BUAP  
Número telefónico: 22 25888485  
Correo electrónico: mavies368@gmail.com  
Fecha de validación: 21/10/2022

## CARTA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Puebla de Zaragoza, Puebla, al 22 de octubre de 2022.

Yo el Dr. Christian Rincón Rentería con la especialidad en Neonatología, hago constar que he revisado el instrumento de recolección de datos presentado por la Dra. Nelly Yessel Alcocer Murga para su aplicación en la realización del trabajo de tesis titulado *Satisfacción del cuidador acerca de la centralización y humanización de los cuidados otorgados en un servicio de pediatría* y como experto en el área Pediatría emito un juicio favorable para su empleo en este protocolo de investigación. La razón de lo anterior es que el cuestionario posee la suficiente calidad, confiabilidad y precisión para recabar la información necesaria para satisfacer los objetivos del estudio propuesto.

**Atentamente**



---

Dr. Christian Rincón Rentería

Escaneado con CamScanner

**Identificación del experto**

Nombre y apellido: Christian Rincón Rentería  
Institución donde labora: Hospital Universitario de Puebla  
Máximo grado académico: Especialidad  
Institución donde lo obtuvo: BUAP  
Número telefónico: 453 5413 095  
Correo electrónico: Drchristianrincon@gmail.com  
Fecha de validación: 21/10/2022

---