

- Strauss, R., Pollack H. (2003). Social marginalization of overweight children. *Archives of Pediatric Adolescents Medicine*, 157 (8).
- Wabitsch M. (2000). Overweight and obesity in European children: definition and diagnostic procedures, risk factors and consequences for later health outcome. *European Journal of Pediatrics*, 159 (Supl 1).
- Weiss, R., Dziura, J., Burgert, T. (2004). Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. *New England Journal of Medicine*, 350 (23).
- World Health Organization. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva: WHO (WHO Technical Report Series 894).

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS

DEL PERSONAL DE SALUD: SUS REPERCUSIONES EN LA ATENCIÓN BRINDADA A LA NIÑEZ
EN SITUACIÓN DE ABUSO

* LUISA AGUILAR GUIDO

RESUMEN

La presente investigación es un aporte al conocimiento de una realidad no explorada hasta este momento en relación con los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud que brinda atención directa a la niñez en situación de abuso. Este estudio también consideró dos aspectos importantes que permitieron el logro de una gestión eficiente y eficaz del servicio para mejorar la salud de los niños y las niñas. Los aspectos en mención fueron:

1. *Prestación del servicio de salud a la niñez agredida.*
2. *Estancias de hospitalización prolongadas, como un factor que incrementa los costos hospitalarios.*

Por lo anterior, la investigación pretendió dar respuesta al siguiente cuestionamiento:

¿Cómo influyeron en la atención del niño y la niña abusados, los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud de los servicios de neonatos, lactantes y escolares del Hospital Dr. Escalante Pradilla, durante el periodo 2002-2006?

*Licenciada en Trabajo Social y máster en Administración de Servicios de Salud. aguilarguidoluisa@gmail.com

Para responder a este cuestionamiento, se planteó como propósito generalizar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud que brinda atención a los niños y niñas abusados, y que son atendidos en los Servicios de neonatos, lactantes-escolares del Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla, así como sus repercusiones en la atención que se brinda a estos usuarios. Se utilizó el enfoque cuantitativo para desarrollar la investigación.

Entre las conclusiones obtenidas destacan los efectos de la atención al niño o niña abusados: *la estancia hospitalaria se prolonga, por lo que la persona menor de edad puede contraer infecciones intrahospitalarias*. Aunque no se puede afirmar que tales condiciones son una consecuencia *directa y exclusiva* de los conocimientos, actitudes y prácticas de los sujetos objeto de estudio, ciertamente los resultados de esta investigación permiten concluir que ciertos factores como el desconocimiento de la normativa de atención integral, la resistencia ante la denuncia de casos, la demora en la entrega de interconsultas a servicios de apoyo como Trabajo Social y Psicología y las intervenciones de profesionales de servicio de apoyo que no se realizan con la prontitud requerida, podrían tener alguna influencia en la prolongación de las estancias hospitalarias que, además, incrementan los costos.

Descriptor: abuso, derechos humanos de las personas menores de edad, abuso infantil, atención en salud del abuso infantil. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud.

THE KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES

OF HEALTH PERSONNEL: THEIR REPERCUSSIONS ON THE CARE PROVIDED TO CHILDREN IN ABUSIVE SITUATIONS

LUISA AGUILAR GUIDO *

SUMMARY

This article presents the main results of research done in the Dr. Escalante Pradilla Hospital in Costa Rica during the 2002-2004 period about how the knowledge, attitudes and practices of the health staff in the services for new borns, infants and school age children have an influence on how abused boys and girls are cared for. The study seeks to raise the awareness of a reality that has not been explored in the past in relation to the knowledge, attitudes and practices of the health staff who provide direct care to children in abusive situations.

The study focused on two important factors in being able to efficiently and effectively improve the health of this population. *Providing health services to abused children and prolonged hospital stays as a factor that increases hospital costs.*

The research relied on documentary and technical investigation of a questionnaire applied to health staff in the selected services.

The conclusions point out that the main types of repercussion that may be derived from providing care to an abused boy or girl *are a prolonged hospital stay and the fact that the minor child may contract hospital infections*. Although

claims may not be made that these types of repercussion are a *direct, exclusive* consequence of the knowledge, attitudes and practices of the human resources that were studied, certainly the results of this research lead to the conclusion that certain factors such as ignorance of the standards on integral care, resistance when cases are reported, delaying the delivery of second opinions for support services such as social and psychological work and involvement by support service professionals that are not as prompt as required, are some of the factors that could have an influence on extending the hospital stays with an increase in costs.

Descriptors: child abuse, child abuse care, health services, human rights for minor children

*Bachelor's Degree in Social Work and a Master's Degree in Health Service Administration - aguilarguidoluisa@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En 1990, nuestro país ratificó la *Convención de los Derechos de los Niños y Niñas*, que obligó, a los países que la aceptaron, a ajustar su legislación para fortalecer el cumplimiento de los derechos de las personas menores de edad. Es así, como en Costa Rica se promulgó, en el año de 1996, el *Código de la Niñez y la Adolescencia*, que se inspira en un nuevo paradigma que “promueve un cambio en las estructuras organizacionales y funcionales de las instituciones, obligándolas a integrar en su accionar a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho” (Reglamento para Ceinnaa, 2002, p.5). De esta manera, se establecen los Comités de Estudio Integral al Niño, Niña y Adolescente agredido (Ceinnaa) como una alternativa que pretende promover la atención integral de los problemas de abuso en personas menores de edad y, además, propiciar que en todo ámbito de la sociedad, en especial en el sector salud, se desarrollen acciones orientadas a la prevención del abuso y la promoción de los derechos.

Por lo anterior, se considera que la atención del abuso infantil involucra una gran diversidad de aspectos, que incluyen los conocimientos, actitudes y prácticas de quienes cotidianamente ofrecen un servicio de salud, pues este es un factor decisivo para evitar la revictimización de estos usuarios, y agilizar, en un tiempo prudencial, su tratamiento en los servicios de hospitalización.

En el Hospital Dr. Escalante Pradilla, las estancias hospitalarias de la niñez abusada frecuentemente son prolongadas, situación por la cual esta investigación se plantea como una oportunidad de referirse a un tema poco explorado hasta este momento y que alude a los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud, así como a los efectos del servicio que se le brinda a esta población.

Por último, el enfoque metodológico se basó en lo cuantitativo mediante la utilización de técnicas e instrumentos como: revisión de expedientes, cuestionario y escala Likert que permitieron cumplir los objetivos propuestos.

REFERENTE TEÓRICO CONCEPTUAL

Personal de salud y atención del abuso infantil

La atención del abuso en niños y niñas desde una perspectiva integral

El abuso de personas menores de edad es una situación que tiene gran impacto en esa población porque genera graves secuelas en sus vidas, por eso, actualmente se considera un problema de salud pública.

Para el estudio de este problema, se partió del concepto de salud planteado por la Organización Mundial de la Salud en términos de: “proceso dinámico, resultante de la interacción entre factores correspondientes a múltiples dimensiones (biológicas, sociales, económicas, culturales) y en el que las personas (individual, grupal y comunalmente) son protagonistas” (Unicef, 2008, 133). Además, interesó también considerarla como: “un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de enfermedad” (Polaino, 1987, 13). Por lo anterior, la salud se analiza desde una perspectiva biopsicosocial que atiende al individuo en su totalidad.

Según Castellanos (s.f.), la salud es afectada por las condiciones de vida y, de igual manera, se considera que las condiciones de vida involucran una gran diversidad de factores que inciden en la salud de diversas formas. Así, las condiciones de vida de un grupo poblacional se determinan por medio de procesos correspondientes a cuatro grandes dimensiones:

Conciencia y conducta: nivel educativo, formas y grado de organización, hábitos, valores y normas.

Biológicas: concepción, gestación, nacimiento, crecimiento y desarrollo de los niños, características genéticas e inmunológicas, aspectos metabólicos, tamaño de las familias, estructura demográfica.

Ecológicas: vivienda, barrio, ámbito geográfico, calidad y cantidad de agua, forma de disponer las excretas y residuos, grado de aglomeración urbana, conformación de su espacio vital.

Económicos: características de los puestos de trabajo, desempleo y empleo (p.26).

Considerado el concepto de salud desde esta perspectiva, para efectos de esta investigación, se entenderá por atención integral el proceso de atención a personas menores de edad que se presume han vivido una situación de abuso:

Contiene un abordaje psicológico, social, biológico, jurídico y espiritual, al niño niña o adolescente y familia, con la participación de las instituciones y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, que incluya acciones de promoción, prevención, atención, protección y rehabilitación en todos los niveles de atención (Reglamento para Ceinnaa, 2002, p.10).

Atención del abuso a niños y niñas: Algunos apuntes para su comprensión

Según Teresita Ramellini (2003), el personal de salud tiene a su cargo la atención de las personas víctimas de violencia dependiendo de “la complejidad de los servicios de la unidad y del nivel de intervención (primero, segundo o tercero) en el que se encuentren, la atención implicará acciones de detección, registro, intervención en crisis (con-

tención y orientación), intervención específica, referencia y seguimiento” (p.6).

De igual forma, las *Normas de atención en salud* dirigidas a las personas afectadas por violencia intrafamiliar (2002) plantean que, según sea el nivel de intervención, se deberá realizar una serie de actividades orientadas a garantizar una atención integral de las personas afectadas por la violencia. Por el interés de esta investigación, el estudio se realiza en el segundo nivel de intervención (correspondiente a hospitales regionales), donde se espera que el personal de salud actúe con base en los siguientes ejes de intervención, establecidos en la *Guía de atención integral a niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso* (2012) : prevención, detección, captación y registro de casos en que se sospeche o confirme abuso del niño, niña o adolescente, atención integral, seguimiento, gestión e investigación, capacitación interna y autocuidado de los miembros del Comité de Estudio Integral al Niño, Niña y Adolescente Agredido.

Condiciones básicas de la atención del abuso en niños y niñas

Para Milena Grillo (2001) la atención que requiere todo niño o niña que vive una situación de abuso:

Será accesible, continua, eficaz, ágil, oportuna, confiable, confidencial, segura, de calidad, que garantice la integridad de las personas afectadas y el cumplimiento de sus derechos (...). Prever espacios para la retroalimentación y contención individual y grupal para las personas responsables de la atención.

Contar con mecanismos de registro y análisis de la situación de las personas y familias afectadas por la violencia intrafamiliar que permitan valorar el cumplimiento e impacto de las acciones. Todo esto dentro de un sistema de vigilancia permanente, tanto a nivel local, regional como nacional (p.7).

Asimismo, el abordaje de esta situación debe considerar lo que plantean las *Normas de atención en salud a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar* (2002).

- **Una visión género-sensitiva:** que facilite la identificación de los factores que contribuyen a los tratos desiguales y a las discriminaciones que se dan en la sociedad, la comunidad, la familia y buscar un ejercicio de los derechos humanos y las responsabilidades.
- **El enfoque de riesgo:** que permita identificar tanto los factores no protectores y los factores protectores ante la violencia. De esta manera, la detección del nivel de riesgo facilita la toma de decisiones para adecuar las acciones a las necesidades y prioridades de las personas o grupos afectados por el abuso.
- **El abordaje interdisciplinario:** para ofrecer una atención integral que incorpore los componentes sociales, biológicos, legales y psicológicos.

Se requiere de la intervención de los saberes de todas las disciplinas existentes en el ámbito de la salud.

- **La intersectorialidad:** para enfrentar el problema del abuso se requiere de acciones concertadas entre la comunidad, la sociedad civil y el Estado (p.25).

Sumado a lo anterior Grillo (2001), indica:

Enfoque inter-generacional: la atención que los funcionarios y las funcionarias de salud brinden a las personas menores de edad afectadas por el abuso debe partir de que el problema se ha transmitido de generaciones anteriores y es importante quebrar este esquema institucionalizado y legitimado (p.26).

Roles del personal en la atención del abuso infantil

Según Lynne (2001): “El personal de salud podría desempeñar los siguientes roles, al brindar un servicio a un niño o niña afectados por el abuso: testigo, escucha activa, educar, documentar y apoyar” (p.13).

Es sumamente importante que el personal de salud asuma esos roles cuando se atiende a una persona menor de edad, que está siendo afectada negativamente por el actuar de otros que no respetan sus derechos; esto con el fin de fortalecer la autonomía del menor y ayudarlo a recuperar los derechos que le han sido vulnerados.

Características deseables en el personal y en los establecimientos de salud

Todo personal de salud que brinda atención a personas menores de edad en situación de abuso debería reunir las siguientes características:

- a. **Tener sensibilidad:** debe recibir capacitaciones para interactuar con estos usuarios y situarse en su realidad.
- b. **Ser personas que brinden seguridad:** es importante que el establecimiento cuente con los espacios y otras condiciones necesarias para transmitir seguridad.
- c. **Ser personas prudentes y confiables:** en este sentido el personal de salud debe garantizar el derecho a la información de los usuarios, y tener presente también que en casos de abuso es relevante ser prudente con el manejo de la información.
- d. Tener conocimiento de la legislación que rige en torno al abuso.
- e. Tener facilidad para divulgar información sobre el abuso; en este sentido es relevante que el establecimiento de salud disponga de material básico para educar a los usuarios sobre los efectos del abuso, las soluciones y lo indispensable que es buscar ayuda, además, debe tener carteles y material de lectura a disposición de quien lo necesite (Lynne, 2001).

Las funciones del personal de salud

La educación y las prácticas de la mayoría del personal de salud se basan en un modelo fundamentado en diagnosticar, curar, tratar, prevenir, prescribir o eliminar cualquier trastorno físico, mental o emocional de la persona. Sin embargo, este personal, también debe aprender que existe el modelo biopsicosocial de la salud, que comprende numerosos factores psicosociales que afectan integralmente la vida de una persona: cultura, sexo, género, familia, religión, pobreza, drogas, alcohol y educación. Si se utiliza este modelo y se ofrece a las personas menores de edad en situación de abuso: apoyo, comprensión, apertura y respeto, obtendrán la respuesta que necesitan (Davis-Robin, 1983).

Seguidamente, desde la perspectiva del modelo de atención biopsicosocial de salud, se enfatizan los conocimientos, actitudes y prácticas que debe seguir el personal que brinda atención a las personas menores de edad que han sufrido abuso.

Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud en la atención de niños y niñas que han sufrido abuso

Consideraciones generales sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAP)

Los CAP son un conjunto de factores necesarios para aproximarse a la diversidad de formas por medio de las cuales las personas se insertan en una realidad concreta y viven su cotidianidad. En este sentido, Álvarez (1990) plantea:

Que la conducta humana constituye una unidad indivisible conformada por los dominios cognoscitivo, afectivo y psicomotor que se pueden medir a través de los conocimientos, actitudes y prácticas de un individuo en relación con una determinada situación y puede ser modificada mediante la adquisición de conocimientos, el desarrollo de actitudes nuevas y fundamentalmente a través de la práctica (p.17).

Según Bourges (1988): “Diversos estudios indican que son múltiples los factores que intervienen para producir una conducta determinada, a saber: fisiológicos, psicológicos, económicos, tecnológicos y socioculturales” (p.68). En este sentido, el acto que el personal de salud realiza cuando atiende a un niño o niña afectados por el abuso forma parte de una conducta humana, en la que interactúan motivaciones, intereses, expectativas y percepciones entrelazadas, y configuran el acto de prestar un servicio de salud a este tipo de pacientes.

Hernández (1991) indica que “una actitud puede definirse como una predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable respecto de un objeto o símbolo (p.55). También, se puede conceptualizar dicho término como “la predisposición a responder abiertamente ante una situación en términos de aceptación o rechazo” (Arroyo, s.f, 9). En este sentido interesa destacar lo expuesto por Arroyo y Salmerón (s.f.) quienes indican que “las actitudes se pueden medir a través de escalas; una de las más utilizadas es la de *Likert*, la cual evalúa la intensidad de la actitud, a través de una serie de respuestas dadas ante una oración claramente favorable o desfavorable (p.10).

Por último, se describen los *tres componentes estructurales* de la actitud que sugiere Shijiriev (s.f):

1. **Componente cognitivo:** es el componente informativo de las actitudes. Son las ideas o información que se tiene acerca del objeto de actitud, lo que se conoce del objeto de actitud, es el aspecto perceptivo.
2. **Componente afectivo:** se refiere a los sentimientos y emociones que el objeto de actitud despierta en nosotros, lo que se siente acerca del objeto de actitud.
3. **Componente conductual:** indica el comportamiento del individuo respecto del objeto. Es el sistema de acciones exteriormente observable, mediante el que se expresa la actitud por lo cual se posibilita evaluar su existencia. Este componente se puede conocer mediante el análisis de la conducta, la actividad y expresiones verbales indicativas de conducta (p.8).

En este estudio se analizaron dichos componentes porque las actitudes, conocimientos y prácticas del personal de salud deben ser aspectos necesarios para el administrador o administradora de un servicio de salud, pues las personas que brindan sus servicios a otros son seres humanos, que asumen significativamente el alcance de los objetivos organizacionales. En este caso, deben fortalecer la prestación del servicio de salud a la niñez agredida y, a la vez, contribuir con la disminución de estancias hospitalarias de esta población usuaria.

En el siguiente apartado se hará referencia a algunas actitudes identificadas en el personal de salud que establece relaciones de interacción con los niños y niñas abusados hospitalizados.

Barreras psicológicas de los servidores de salud frente a la violencia

El abordaje de niños y niñas en situación de abuso, desde un servicio de salud, provoca una serie de actitudes que inciden en dicha atención. Lynne (2001) alude a las siguientes actitudes:

- a. **Denegación psicológica:** ante el problema del abuso el prestador de un servicio de salud puede actuar con sentimientos de impotencia. Una manera en que las personas reaccionan al experimentar esas emociones es distanciarse actuando como si los hechos no hubieran ocurrido.
- b. **Racionalización:** esta ocurre debido a que el personal aún no sabe cómo actuar cuando se encuentra frente a las personas afectadas por la violencia. Así, definen el problema de acuerdo con sus ideas y no, con la realidad que presentan estas personas.
- c. **Minimización:** esta actitud consiste en minimizar la situación que presenta la persona afectada por el abuso. Esto puede generar en esta persona sentimientos de enojo, confusión, etc.
- d. **Identificación:** esta actitud surge cuando una persona siente conexión con otra persona a raíz de algo que tienen en común, como el mismo grupo étnico, la misma pertenencia de clase social, el mismo género o alguna otra característica.
- e. **Intelectualización:** es una actitud defensiva que lleva a que el personal de salud adopte una posición de “experto”, que dicta lo que sucede y dice qué es lo que se debe hacer en la situación problema (p.8).

Asimismo, en los servicios de salud se siguen presentando actitudes que afectan la visión de la persona menor de

edad como sujeto pleno de derechos, pues adquiere una visión adultocéntrica que no toma en cuenta las necesidades de la persona menor de edad y, además, adoptan una posición de poder que transgrede la posibilidad de estos usuarios de acceder al efectivo cumplimiento de sus derechos, en un entorno costarricense que, desde hace años, viene adoptando compromisos internacionales en procura de alcanzar este cometido.

MARCO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

El estudio realizado fue descriptivo-exploratorio, como bien lo señalan Canales y otros (1994): el objetivo fue “determinar cómo es o cómo está la situación de las variables que se estudian en una población” (p.82). Además, este tipo de estudio permitió acercarse a una realidad y explorarla, en razón del poco conocimiento existente sobre ella. De esta manera, el fenómeno de estudio (atención al niño agredido) se fraccionó en diferentes variables que permitieron aprehender el fenómeno, por medio de una serie de ítemes agrupados en la escala de actitud de aplicación individual.

Así, se logró identificar, a través del comportamiento de cada variable, la forma en que se manifiesta el fenómeno en su totalidad, sin pretender establecer ningún tipo de relación entre ellas, pero procurando una descripción precisa de cada una de ellas.

Finalmente, esta investigación fue retrospectiva y transversal, pues indagó el comportamiento del fenómeno en estudio sobre hechos ocurridos en el pasado. De esta manera, las variables de interés fueron estudiadas simultáneamente durante el periodo de estudio, y se hizo un corte en el tiempo: el lapso 2002-2006.

ÁREA DE ESTUDIO

Hospital Dr. Escalante Pradilla (servicios de hospitalización: neonatos, escolares y lactantes). Este centro médico se ubica en la provincia de San José, cantón de Pérez Zeledón, distrito San Isidro del General.

Unidades de análisis o sujetos/ objetos de estudio

a. A inicios de julio del año 2007 se realizó una revisión y un análisis de 95 expedientes de niños y niñas, entre 0 y 12 años, en situación de abuso (físico, psicológico, sexual, negligencia y en estancia prolongada); es decir, superior a la estancia promedio de cuatro días, según lo indican los *Compromisos de Gestión para el Área de Pediatría*, Lo anterior, en el lapso: 2002-2006. Cabe señalar, que en el periodo de estudio se valoraron un total de 117 expedientes de niños y niñas ingresados por presentar en un primero, segundo o tercer diagnóstico el criterio de sospecha de ser víctima de algún tipo de abuso y de este total se encontraron 95 expedientes con estancia hospitalaria prolongada; es decir, en su mayoría fueron pacientes que generaron al Hospital Dr. Escalante Pradilla gastos por concepto de hospitalización prolongada.

b. A principios de setiembre del año 2007, se procedió a elaborar una lista del personal de salud que prestaba aten-

ción en salud a los niños y niñas víctimas de abuso. Así, se obtuvo un total de 35 miembros. La última semana de ese mes, se procedió a contactar personalmente a ese personal. Algunos de ellos fueron localizados por medio de teléfono (personal de salud que se encontraba laborando en el turno de 10:00 p.m.-2:00 p.m.). Los 35 miembros de ese personal se distribuyen así:

- 2 Médico general (un médico del servicio de hospitalización y otro de la Clínica del Adolescente)
- 7 Pediatras
- 7 Enfermero (as)
- 15 Auxiliar de enfermería
- 4 Otras profesiones (1 psiquiatra, 2 psicólogas, 1 trabajadora social)

La mayoría de los profesionales a los que se les solicitó colaboración para llenar el instrumento, lo hizo en forma libre y voluntaria. A cada uno se le entregó el cuestionario en un sobre cerrado y se le dio oportunidad de devolverlo a la secretaria del servicio de Jefatura de Pediatría una semana después. Tal proceder se consideró necesario para proteger el carácter anónimo del instrumento. Es importante señalar que hubo miembros del personal a quienes fue imposible ubicar durante esa semana pues disfrutaban de sus vacaciones. Una semana después fueron encontrados y se les solicitó colaboración con el mismo procedimiento que a los anteriores. De esa forma, este instrumento se aplicó a un total de 35 funcionarios y funcionarias; no obstante, sólo 30 de ellos devolvieron a la sustentante el cuestionario.

Para estimular la participación de este personal, se procedió a motivarlos manifestándoles que con este estudio se pretendía contribuir a la ampliación de los conocimientos existentes sobre la prestación del servicio de salud al niño y niña agredidos.

Unidades de análisis

El personal de salud que presta atención directa a los niños y niñas agredidos en los servicios de neonatos, escolares y lactantes.

Expedientes de niños y niñas entre 0 y 12 años, víctimas de abuso y que presentan estancias de hospitalización prolongadas.

FUENTES DE INFORMACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA

Fuentes primarias

Cuestionario aplicado a personal de salud de los servicios de neonatos, escolares y lactantes.

Fuentes secundarias

Cuadros estadísticos: *Estancias prolongadas Síndrome niño agredido*, elaborados con información suministrada por el Servicio de Estadística del hospital Dr. Escalante Pradilla (2002-2006).

Expedientes de salud

Revistas, tesis, libros, antologías, información obtenida en Internet.

IDENTIFICACIÓN, DESCRIPCIÓN Y RELACIÓN DE LAS VARIABLES

La relación de las variables objeto de estudio son: los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud y sus efectos en la atención de la salud que se brinda al niño o niña víctima de abuso. Entonces, las variables independientes serían los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud. La dependiente es: la atención de salud del niño y niña víctima de abuso.

CONCEPTUALIZACIÓN DE VARIABLES

La atención del abuso infantil se entiende como: “Conjunto de conceptos, definiciones, nociones, ideas, teorías que se reconocen, apropian, aprehenden e interiorizan” (Secretaría de salud de Santander, 1998, 77). Para efectos de este estudio, se entiende el conocimiento del personal de salud como aquel conjunto de saberes sobre la atención de personas que han sufrido abuso y su respectiva interiorización.

Actitudes del personal de salud relativas a la atención del abuso infantil:

Allport (citado por Dawis-Robin, 1983) refiere que la actitud “consiste en un estado mental y neural de disposición organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre la conducta del individuo ante todos los objetos y situaciones con los que se relaciona” (p.22). En este estudio se concibe, entonces, esta variable como la disposición de ánimo que posee el personal de salud para brindar atención a niños y niñas víctimas de abuso.

Prácticas del personal de salud en la atención a la niñez agredida:

Según Bourges (1988) la práctica “es el ejercicio de la facultad” (p.24). En esta investigación este término se traduce como las acciones concretas que ejecuta el personal de salud con el fin de brindar atención al niño o la niña en situación de abuso.

Atención de salud: comprende acciones que se ejecutan en los hospitales, en los centros de salud, en las clínicas periféricas, en los centros de educación y nutrición, en una escuela, mediante la construcción de un acueducto, de una carretera etc. La atención de la salud se brinda a través de todos los medios que sean necesarios para producir, en los individuos y en la colectividad, un adecuado estado de salud y se expresa a través de las acciones de la salud pública” (Villalobos, 1989, p.66).

Estancia hospitalaria prolongada: en el lugar de estudio, cada servicio tiene un estándar establecido que permite observar el comportamiento de las estancias. Así, en el caso del Servicio de Pediatría, ese índice es de cuatro, es decir que para este servicio se ha considerado como estancia hospitalaria prolongada aquel período de hospitalización que sobrepase los cuatro días de internamiento (CCSS, 2007, 6).

Formulación del problema de investigación

¿Cómo influyen en la atención del niño/a víctima de abuso, los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud de los servicios de neonatos, lactantes y escolares del hospital Dr. Escalante Pradilla, durante el periodo 2002-2006?

OBJETIVO GENERAL

Analizar los conocimientos, actitudes y prácticas que posee el personal de salud que brinda atención a los niños/as víctimas de abuso en los servicios de neonatos, lactantes-escolares del hospital Dr. Escalante Pradilla, y sus repercusiones en la atención brindada a estos usuarios con el fin de establecer medidas correctivas que coadyuven al fortalecimiento de la prestación del servicio brindado y propicien la disminución de las estancias de hospitalización.

Selección de técnicas e instrumentos

Para alcanzar los objetivos propuestos se utilizaron las siguientes técnicas e instrumentos:

Técnica

- Revisión documental: para alcanzar los objetivos de este estudio se solicitó la colaboración del Servicio de Estadística del hospital Dr. Escalante Pradilla, para obtener información sobre la totalidad de casos de menores agredidos (edades 0-12 años) que, durante el periodo de estudio, presentaban una estancia hospitalaria prolongada. Gracias a la colaboración brindada por esa unidad fue posible determinar se conoce que un total de 95 expedientes presentaban esa situación.

Instrumentos

- Guía de revisión de expedientes: con el apoyo del tutor de este estudio, la investigadora logró construir una guía de revisión de expedientes que permitió responder a los objetivos de esta investigación.
- Cuestionario: se empleó un cuestionario auto administrado y anónimo para alcanzar los objetivos de este estudio. Este instrumento consta de seis secciones: la primera, se refiere a características sociodemográficas, años de servicio en atención a niños agredidos, experiencia profesional. La segunda plantea una serie de preguntas que miden la actitud cognoscitiva del personal de salud sobre el objeto de estudio. Se observó, además, el número de capacitaciones recibidas (obligatorias u optativas), los conocimientos sobre normas y procedimientos en la atención del abuso infantil. En la tercera sección, se indagó sobre prácticas concretas que el personal de salud realiza durante la atención directa a la niñez agredida, y algunas repercusiones de este servicio. En la cuarta sección se indagó sobre factores institucionales y de la práctica profesional que el personal de salud percibe como barreras para identificar y canalizar casos de niños o niñas agredidos atendidos en el hospital Dr. Escalante Pradilla. La quinta sección se compone de una escala Likert, que, según Rodrigo Barrantes (2005):

Consiste en un conjunto de ítemes presentados en forma de afirmaciones, ante los cuales se pide la reacción de los sujetos a los que se les administra. El sujeto debe escoger uno de los cinco puntos

de la escala y a cada uno de estos se les asigna un valor numérico. Al final se obtiene una puntuación total sumando las obtenidas en relación con cada afirmación. Las afirmaciones deben llevar un orden lógico y es recomendable que no excedan en veinte palabras (p.183).

Tomando como referencia los aportes teóricos antes expuestos, la escala Likert de esta investigación se construyó de la siguiente manera:

- a. Revisión de bibliografía sobre investigaciones que hubiesen empleado la escala Likert, así como de estudios sobre el tema de conocimientos, actitudes y prácticas. De esta forma se realizaron varias búsquedas en la red de Internet (base de datos PUBMED, Google, etc.) y se consultaron la biblioteca Carlos Monge Alfaro y la biblioteca Tinoco, ambas de la Universidad de Costa Rica.

También se consultó la biblioteca de la Universidad Estatal a Distancia. De este proceder se derivaron los siguientes resultados:

1. Se logró elaborar una versión preliminar de la escala Likert. Se componía de 57 ítemes.
2. Fue posible contactar vía Internet a la Mtra. Rosibel Rodríguez Bolaños, investigadora en Ciencias Médicas, Depto. de Investigación sobre Tabaco-Instituto Nacional de Salud Pública de México quien nos facilitó el instrumento que empleó en un estudio similar.
3. Se logró afinar el cuadro de operacionalización de las variables.

Posteriormente, se procedió a realimentar la versión preliminar de la escala Likert con el instrumento facilitado por la Mtra. Rosibel Rodríguez. Así, se obtuvo una segunda versión preliminar de mejor contenido.

- b. Validación y confiabilidad de la Escala Likert: con el fin de que este instrumento reuniese criterios de validez y confiabilidad, se sometió la segunda versión preliminar de la escala Likert al criterio experto de seis profesionales de la salud. También, se coordinó con la Msc. Ana Teresa León, experta en Psicometría, con el fin de obtener sus valoraciones sobre dicho instrumento. Estos profesionales hicieron algunas las observaciones que, posteriormente, fueron analizadas y discutidas con el tutor del estudio. De esa manera, se obtuvo la escala Likert que fue aplicada en este estudio.

En la sexta sección del cuestionario aplicado se dispuso de dos ítemes de indagación sobre la importancia que el personal de salud confiere a la capacitación sobre atención a la violencia contra los niños y niñas, así como los contenidos temáticos que consideran deben incluirse en una capacitación.

Una vez recolectada la información de los expedientes y cuestionarios, se procedió a su análisis e interpretación.

ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Revisión y análisis de expedientes

- A. En un primer momento se revisó la totalidad de expedientes con base en una guía específica. Cuando la guía fue debidamente completada, se procedió a leerla y a analizar la información contenida en ella.

- B. Posteriormente se procedió a elaborar una síntesis de cada expediente revisado y analizado.
- C. Se hicieron dos lecturas de la síntesis anterior con el fin de identificar los factores que afectan negativamente la prolongación de las estancias al brindarse atención directa a la niñez agredida en el centro hospitalario. Se señala que la lectura de esta síntesis debió ser realizada minuciosamente, dado el carácter multifactorial presente en cada expediente analizado, así se identificaron los factores prevalecientes en la prolongación de la estancia.
- D. Se contabilizaron los factores internos identificado y luego, se presentaron resultados anuales y globales.

Análisis estadístico del cuestionario

El cuestionario fue aplicado en forma auto administrada a los funcionarios/as que brindaban atención directa a los niños y niñas en situación de abuso en el hospital Dr. Escalante Pradilla.

Las técnicas estadísticas utilizadas para el análisis de la información fueron: distribuciones de frecuencia, cruce de variables, cálculo de medias, desviación estándar, coeficiente de variación, de comparación de medias con base en el análisis de variancia. El nivel mínimo de confianza para las comparaciones fue del 95%. El procesamiento estadístico de los datos se diseñó en una base de datos creada SPSS versión 13, versión 12.0 y en Excel.

Limitaciones

La escasa participación del personal médico concretamente de los pediatras en estudios sobre esta temática.

CONCLUSIONES

El 50% del personal de salud que participó en este estudio desconocía la normativa de atención integral a la niñez agredida, lo que demostró un factor humano que amerita ser atendido con prontitud, pues la ausencia de un saber orientador sobre qué, cómo y cuándo deben hacerse determinados procedimientos, es una situación que disminuye la agilidad, eficiencia e integralidad durante la prestación del servicio. La mayor parte de ese personal domina los aspectos que deben considerarse al brindar una orientación básica a las personas que hospitalizan a un niño o niña agredidos. Pero, pareciera que, en general, carece de información sobre la magnitud de este fenómeno como un problema de salud pública.

Un porcentaje importante del personal de salud desconoce la ley que protege a las personas menores víctimas de abuso o maltrato, situación preocupante, pues es un recurso humano que cotidianamente presta un servicio a la infancia, y el *Código de la Niñez y la Adolescencia* (7739) le exige una serie de obligaciones dirigidas a garantizar el derecho a la salud de estos usuarios y usuarias. También, se puede concluir que este personal debería conocer esa legislación porque frecuentemente están en contacto con quienes viven la experiencia de tener en su familia a un niño o niña agredidos, y a estas personas podría serles de suma utilidad esa información una vez que han hospitalizado a su familiar.

De manera general, se puede concluir que el personal de salud posee conocimientos sobre factores de riesgo y sus

consecuencias en la salud, ligados al abuso infantil. Así como algunas cuestiones legales sobre su tratamiento en el ámbito de la salud.

No obstante, como antes se mencionó, parece existir un gran desconocimiento sobre la normativa de atención relativa a estos casos. Esto podría deberse a la poca capacitación que han recibido sobre esta materia, tal y como se revela en los datos obtenidos por este estudio. Por lo tanto, se considera que estos conocimientos podrían reforzarse o ampliarse, en virtud de la importancia que el mismo personal confiere a este tipo de capacitación, y a la relevancia que tiene en términos de mejorar la prestación del servicio a la niñez agredida.

Las principales actitudes del personal de salud en estudio, relacionadas con la atención del abuso infantil, se asocian a la necesidad de brindar protección, y de escuchar al niño agredido, lo cual, innegablemente, constituye una respuesta idónea para quienes prestan un servicio de salud a una población en alto grado de vulnerabilidad. Sin embargo, es importante destacar que una gran parte del personal de salud considera que existen resistencias para poner la denuncia correspondiente al detectar casos de niños o niñas víctimas. Lo anterior invita a reflexionar sobre el papel del funcionario público de la salud, y la responsabilidad que tiene de proteger a un menor de edad. No debe invisibilizar ninguna situación de violencia ante la mirada de las autoridades judiciales.

Con base en la *escala Likert*, pudo determinarse que el personal de salud posee una actitud positiva hacia la atención de toda persona menor de edad agredida hospitalizada. Esta valoración es de gran importancia, pues denota una fortaleza en quienes prestan un servicio satisfactorio a los usuarios y usuarias.

A partir de este estudio, se logra reconocer, también, que el personal del servicio de pediatría (escolares, lactantes, neonatos) realiza en general prácticas de detección, atención, registro y seguimiento al brindar atención al niño y la niña agredidos; entre estas las que parecen predominar son: referir el caso a instituciones (PANI y OIJ) o profesionales (Trabajo social y Psicología) y platicar con el paciente y su familia con el ánimo de colaborar.

Esta práctica permite concluir que la prestación del servicio de salud al niño o la niña agredidos, debe ser integral, es decir, requiere de la participación del personal de salud como un todo. Lo anterior se logra si cada uno realiza su labor con calidez humana, y contribuye a la recuperación de la salud física, emocional y psicológica del niño o la niña hospitalizados.

Desde esta perspectiva, la atención de la niñez agredida se concibe como una responsabilidad de todo el personal de salud que tiene contacto con estas personas menores de edad y no únicamente de profesionales en Trabajo Social y Psicología.

Este carácter de integralidad alude también a la oportunidad del personal de apoyar a estos niños y niñas y a sus familias en la búsqueda de soluciones que les permitan superar el impacto de la violencia sufrida.

Las principales repercusiones de la atención al niño o niña maltratados son: proteger la integridad del niño, estancia hospitalaria prolongada, el niño puede contraer infecciones intrahospitalarias. Si bien no se puede afirmar que tales repercusiones son una consecuencia directa y exclusiva de los conocimientos, actitudes y prácticas del recurso humano en estudio, ciertamente los resultados de esta investigación permiten concluir que ciertos factores humanos como: desconocimiento de la normativa de atención integral, resistencia ante la denuncia de casos, demora en entrega de interconsultas a servicios de apoyo como Trabajo Social y Psicología, intervenciones de profesionales de servicio de apoyo sin la prontitud requerida, tienen gran influencia o injerencia en la prolongación de las estancias

hospitalarias y, consecuentemente, en el incremento de los costos.

Para finalizar, según los resultados obtenidos de la aplicación de la escala Likert, las actitudes del personal de salud hacia la atención de esta población son positivas, pero ciertas prácticas y la ausencia de conocimientos inducen a considerar que la prestación del servicio de salud a la niñez agredida se ve afectada negativamente en algunos aspectos como oportunidad y agilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barrantes Echeverría, Rodrigo (2005). *Investigación: Un camino al conocimiento, un enfoque cualitativo y cuantitativo*. San José: EUNED
- Caja Costarricense del Seguro Social. Dirección de Compras de Servicios de Salud (2007). *Fichas sobre el Control de Estancias Hospitalarias*. San José.
- _____. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud (2012). *Guía de Atención Integral a Niños, Niñas y Adolescentes víctimas de abuso*. San José.
- Canales, Francisca et al (1994). *Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Castellanos, Pedro Luis (s.f.). *Educación para la Salud*. En: *Antología del Curso Epistemología de la Salud* (2005). San José: UNED.
- De Franco, Danilo et al. (1992). *Desarrollo de un Sistema de Evaluación de la Calidad en la atención Médica en el Periodo Perinatal (según niveles de complejidad)* Tesis: Universidad de Costa Rica.
- Grillo, Milena et al (2001). *Atención integral del niño y niña víctimas del abuso desde la perspectiva del sector salud*. San José: Fundación Paniamor.
- Hernández, Roberto; Fernández, Carlos y Baptista, Pilar (1991). *Metodología de la Investigación*. Colombia: Mc Graw Hill.
- Ministerio de Salud-CCSS (2002). *Normas de Atención en Salud a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar*. San José, Costa Rica.
- _____. (2002). *Reglamento para los Comités de Estudio del Niño, Niña y Adolescente Agredido*. San José, Costa Rica.
- Polaino, Adams (1987). *La Conceptualización de la Salud en el Modelo de Atención del Sistema Nacional de Salud. II Módulo del Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención*. San José, Costa Rica: Cendeiss.
- Secretaría de salud de Santander. (1998). *Conocimientos, tendencias actitudinales y prácticas de violencia y maltrato en Santander*. Informe final. En: www.fungamma.org/santander2.htm.
- Sauceda-Valenzuela, Alma Lucila et al. (2000) *Evaluación de un programa de monitoría de la calidad de los servicios otorgados por una Organización no Gubernamental*. En: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000599>
- Ulate Mora, Freddy (2001). *Antología para ser usada por los funcionarios de la CCSS en la atención integral de niños, niñas y adolescentes abusados*. San José: CCSS, Dirección desarrollo servicios de salud.
- Unicef (2008). *IV Estado de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia*.