

LA ENTREVISTA A NIÑAS Y NIÑOS QUE SE SOSPECHA O SON VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL

Msc. Lidia Salas Chavarria¹

INTRODUCCIÓN

La violencia intrafamiliar como problema de Salud Pública, se constituye en factor de deterioro de la calidad de vida de las personas afectadas dadas las consecuencias en la salud mental e implicaciones en los costos y recursos que amerita para la adecuada y oportuna atención.

El abuso sexual como una forma de expresión de la violencia intrafamiliar, requiere del recurso humano capacitado y entrenado para su intervención en la prevención, detección y atención especializada.

La entrevista a niñas y niños víctimas de abuso sexual, se constituye en una técnica valiosa en el proceso de investigación social, máxime cuando la situación abusiva trasciende la esfera legal.

LA ENTREVISTA INICIAL

Es importante que personal y profesionales en salud conozcan y utilicen técnicas básicas para apoyar la entrevista que se aplica a niñas y niños que se sospecha o son víctimas de abuso sexual, en virtud de que el primer contacto que se establezca es determinante tanto para las víctimas como para el proceso de intervención social que amerita cada situación concreta. Asimismo el dominio y entrenamiento que posea el o la entrevistadora va a determinar la calidad de la información recolectada.

La entrevista inicial se realiza a fin de: determinar si el abuso sexual ha ocurrido, apoyar el o los relatos que brinde, y valorar si el niño-a necesita protección. Paralelamente permite a los menores afectados por situaciones abusivas comunicar sentimientos, inquietudes, preocupaciones, percepciones.

FACTORES A CONSIDERAR EN UN ENTREVISTA

Algunas recomendaciones básicas respecto a conductas específicas que debe asumir el entrevistador-a y técnicas para aplicar en la entrevista a menores víctimas de abuso sexual son las siguientes:

1. Posicionamiento:

El profesional debe posicionarse de manera tal que logre provocar sentimientos positivos y maximizar el bienestar del menor. Las formas de posicionamiento incluyen:

¹ Licenciada en Trabajo Social, Master en Salud Pública, Servicio de Trabajo Social Clínica Marcial Fallas.

- Sentarse al lado del menor
- Utilizar un tono y timbre de voz moderado.
- Mantener contacto visual frecuente, aunque no continuo.

2. Proveer información:

A la niña-niño se la debe proveer la información necesaria para darle seguridad y tranquilidad:

- Informe con lenguaje claro y sencillo quién es usted, por ejemplo “Mi nombre es Yamileth Rojas. Mi trabajo es hablar con niños-as acerca de sus pensamientos y sentimientos”.
- Dé al niño-niña la oportunidad de hacer preguntas.
- Solicite al niño-niña clarificar las palabras que emplea y usted no entiende.
- Es recomendable explicarle al niño-niña el propósito de la entrevista.
- No le prometa al niño-niña que nadie lo va a saber.
- No crear falsas esperanzas a lo que podemos hacer por él o ella.
- Si el niño-niña debe hospitalizarse o reubicarse como medida de protección, es importante explicarle el por qué de la medida, para que no la interprete como un castigo, como una prueba de su culpabilidad.

3. Ganarse la confianza:

La confianza es un aspecto importante durante la realización de la entrevista; cuando hay amistad, es posible hablar y escuchar.

Las personas menores de edad necesitan adquirir confianza, y tratan de buscar a una persona que les crea y les ayude a construir una decisión.

- Acérquese al niño-niña con una actitud tranquila.
- Infórmele que usted trabaja con niños-as que han tenido este tipo de experiencias.

4. Solicitar información:

Las preguntas abiertas generan mayor información, no obstante las preguntas cerradas son más útiles para obtener información específica.

Cuando se hacen las preguntas el menor tiende a reaccionar menos defensivamente si:

- Se empieza con Qué en vez de Por qué, por ejemplo ¿Qué te hizo decidirte a contarle a alguien sobre eso? En de decir ¿Por qué decidiste contarle a alguien sobre esto?

Si las preguntas comienzan con yo en vez de usted, por ejemplo “no entendí lo que me dijiste, podrías hablarme más sobre este asunto” y NO “usted no contestó mi pregunta claramente, podría repetirme lo que acaba de decir”

- Comience con preguntas no amenazantes, por ejemplo:

¿En qué grado estas? ¿Qué juegos te gustan más?

5. Determinar aspectos claves sobre el contexto en que ocurrió el evento abusivo:

Es importante recordar que las memorias de hechos en los niños y niñas que realmente ocurrieron, tiene más información temporal y espacial, que los sueños y fantasías. Es y recomendable ubicar los eventos que relatan los menores a partir de las siguientes preguntas:

- **CUANDO...**
- **DONDE:** Lugar-tiempo día / noche
- **ROPA:** removida / por quién
- **UBICACIÓN:** de otros miembros de la familia durante el evento
- **PALABRAS:** utilizadas por el victimario

Un relato completo es un apoyo fundamental en el proceso legal que genera cada situación según su especificidad.

6. Espacio Físico:

El ambiente físico donde se efectúe la entrevista influye en el estado anímico de los menores, por lo que debe ofrecer un espacio adecuado que facilite el logro de los objetivos de la misma, y sobre todo la tranquilidad de los niños y niñas.

- Es recomendable proveer el niño-niña de un ambiente seguro y comfortable.
- Realizar la entrevista en un contexto no amenazante (en una sala de emergencias, un lugar donde no estén presentes figuras de autoridad policías, directora de la escuela, etc.), por ejemplo en una sala de juegos que contenga juguetes y muebles de tamaño infantil.
- Realizar la entrevista a un nivel visual.
- Sentarse preferiblemente al lado del niño-niña en vez de enfrente de él o ella, o tras un escritorio o mesa. Para el personal que utiliza gabacha blanca es recomendable no usarla durante la entrevista, debido a que según la experiencia de cada menor puede resultar amenazante y una limitación para realizar la entrevista.
- La entrevista debe llevarse a cabo sin interrupciones: entrada de diferentes personas, llamadas telefónicas.

7. Facilite la expresión de sentimientos:

- Provea al niño-niña de estímulos que le permitan describir los que ha sucedido por ejemplo: el uso de muñecas, casa de muñecas, ofrezca papel y lápices para que dibuje mientras habla y así lograr mayor tranquilidad.
- Evite reaccionar en exceso o reaccionar poco o hacer juicios de valor sobre la situación de abuso vivida. Se debe mantener una neutralidad emocional, abordar la situación con una mentalidad abierta y no perjudicial para los afectados.
- Cualquier reacción podrá interpretarla el niño-a como un refuerzo o rechazo a lo que él o ella mencionó.

8. Buscar sentimientos:

Se refiere a provocar afirmaciones que verbalicen las conductas no verbales del menor, por ejemplo “usted cada vez que habla de su tío parece hacer un gesto de

enojo”. Estas afirmaciones son útiles cuando el menor no expresa verbalmente sus emociones.

9. Familiarizándose con los sentimientos:

Cuando el niño o niña ha expresado sus sentimientos, el profesional debe hacer una afirmación congruente que le permita saber que es comprendido, por ejemplo: “Entiendo que te enojaste cuando eso sucedió”. Una afirmación incongruente se debe evitar por ejemplo decirle al niño o niña “Entiendo cómo te sentís”.

10. Esperar:

Luego de una afirmación que busca el provocar la expresión de sentimientos, entrevistadora debe permanecer en silencio un breve periodo de tiempo de manera de dar espacio al niño -niña para que libere emociones.

11. Refuerzo de sentimientos:

Los menores victimizados sexualmente se sienten con frecuencia responsables de haber participado de los actos abusivos, confundidos, con sentimientos de traición y dolor por ello es recomendable.

- Aliviar sentimientos de culpa.
- Reafirmar que no es responsable del abuso ocurrido. Que él-ella no es malo.
- Expresar su fe en que él o ella está diciendo la verdad.
- Reafirmar al niño-niña que es bueno contrario.
- Disminuir el sentimiento de ser único a respecto al abuso.
- Orientar y capacitar para que sea capaz de responder ante conductas sexuales inapropiadas.

12. Entrenamiento:

Es importante que el o la profesional que entrevista a menores víctimas de abuso sexual posea las destrezas requeridas, el entrenamiento básico, y los conocimientos necesarios para cumplir con la investigación a saber:

- Estar familiarizado con los indicadores físicos y de comportamiento del abuso sexual, dinámicas familiares alrededor del abuso sexual.
- Ser capaz de reconocer e interpretar las claves verbales como no verbales.
- Ser capaz de utilizar el juego como medio para estimular un lenguaje de comunicación.
- Tener la habilidad de averiguar las palabras específicas que el niño-niña usan para referirse a las partes anatómicas privadas del cuerpo.

13. Interrogar a los menores las menos veces posibles:

El niño-niña deber ser entrevistado-a el menor número de veces y por el menor número de personas. Es recomendable que los profesionales, las instituciones encargadas de la atención de los menores compartan información para evitar: la revictimización de los-as menores, duplicación de esfuerzos. Cuando el niño-a es entrevistado muchas veces puede percibirlo como una demanda por más información, y correrse el riesgo de estimular la confabulación.

El menor debe contar la historia con sus propias palabras, el profesional debe prestar atención y enfatizar descripciones detalladas de eventos tales como: tiempo, lugar, frecuencia en que ocurrieron eventos abusivos.

Es recomendable que el profesional plasme literalmente, tal y como el menor lo narra los eventos, con las palabras que utiliza. Refuerza el relato el acompañar de gestos, expresiones no verbales.

14. Determinar la credibilidad del niño-niña:

Los factores que aumentan la credibilidad del niño incluyen:

- Descripciones detalladas en las propias palabras y lenguaje del niño-a.
- Un lenguaje y conceptos adecuados para su edad y desarrollo intelectual. La espontaneidad.
- Grado apropiado de ansiedad. Los niños-as cuando revelan historia de abuso sexual, expresan emociones congruentes con la historia: lloran, sienten vergüenza, temor, disgusto, etc.
- Inclusión de detalles idiosincráticos. Al revelar abuso sexual los niños-as describen asuntos de naturaleza sexual que difícilmente podrían aprender de otra manera.
- Consistencia de las acusaciones a través del tiempo. Detalles pequeños y términos descriptivos pueden cambiar, pero la historia del niño-a no.
- Los cambios en la conducta consistentes con el abuso aumenta la credibilidad.
- Si él o la profesional es dominante o sugestivo el niño-niña puede tratar de complacerla diciéndole o que quiere oírle decir.
- Ante tanta demanda de información puede exagerar la victimización, llegar a confabular o inventar una historia; lo que por ende disminuye la confiabilidad del relato.
- Es recomendable explorar en el niño-niña el concepto de realidad y fantasía.
- Tener presente que los niños excepcionalmente acusan falsamente de haber sido abusados. Lo contrario es muy cierto: los niños a menudo niegan haber sido abusados cuando en realidad si lo fueron.

Es recomendable la utilización de las técnicas de arte: dibujo de la familia, figura humana, en niños y niñas muy pequeños-as y/o poco verbales. Sin embargo la revelación explícita, verbal o simbólica, dibujos o juegos se constituyen en la fuente primaria, a partir de la cual se debe valorar la veracidad de una revelación de abuso sexual.

Es importante reiterar a personal y profesionales en salud, que cuando se entrevista a los presuntos ofensores, victimarios; se debe estar consciente de la reacción subjetiva hacia éstos, mantener la neutralidad emocional, evitar los juicios de valor y abordar la situación con una mentalidad abierta.

ENTREVISTAS COLATERALES

1. Obtener información por parte de los padres, de las personas que cuidan al niño-a, de familiares con un grado importante de acercamiento afectivo, maestros-as, entre otros; es relevante para completar la investigación social: historia de desarrollo, historia de abuso previo u otro tipo de traumas, cambios conductuales

- del niño-a, historia de los padres en cuanto a abuso a los niños, actitudes de la familia hacia el sexo y la pudorocidad.
2. Las alianzas entre los padres proveen de información clave para recopilar y establecer el plan de tratamiento social.
 3. Los padres inicialmente deben ser interrogados individualmente, para conocer, confrontar y reforzar relatos que pueden dar mayor credibilidad a la historia proporcionada por las víctimas.
 4. Las posibilidades de falsas acusaciones deben ser consideradas particularmente si los padres están involucrados en una disputa de custodia o de visitas del niño-a. En estas circunstancias es recomendable observar el comportamiento del niño-a separadamente con cada uno de los padres.
 5. Es importante buscar información con personas cercanas a los niños y niñas a nivel escolar.
 6. Conocer antecedentes de atención social del niño o niña, a nivel de otras instituciones gubernamentales, permite ampliar y profundizar la investigación que al momento se realiza.

CONSIDERACIONES GENERALES

La entrevista se constituye en una herramienta fundamental en el proceso de investigación social de situaciones de abuso sexual, de aquí que su adecuada aplicación, va a permitir recolectar información de calidad, orientar el tratamiento social dirigido a niños y niñas abusadas, como a los familiares; y como soporte al proceso legal que derive la situación concreta.

Paralelamente el primer contacto que establezca la niña-o va a ser determinante para el proceso de recuperación, razón de peso para capacitar y entrenar a funcionarios-as hacia una intervención eficaz en las situaciones de abuso sexual. Se requiere de conocimiento básico en la temática de la violencia intrafamiliar, conocer indicadores físicos y de comportamientos en niñas-os y familiares, identificar dinámicas familiares alrededor del abuso sexual, tener capacidad para reconocer e interpretar claves verbales y no verbales, y sobre todo, la motivación personal de trabajar con esta problemática.

BIBLIOGRAFÍA

DURRANT, MICHAEL, WHITE CHERYL. (sf) Poner sin al secreto (por Lesley Laing y Amanda Kamsier). En *terapia para el abuso sexual*. Cap. VI, pág. 218 a 250.

NORIEGA DE SANTA, CARMEN. (1971) Un modelo de intervención profesional para situaciones de crisis. Folleto mimeo Universidad de Puerto Rico.

GONZALEZ, CAROLINA. (1990) El abuso sexual y su tratamiento. Santo Domingo, República Dominicana.

SALAS, LIDIA. (1994) "Estrategias de intervención de Trabajo Social ante la victimización sexual a menores" Revista de Trabajo Social. Caja Costarricense de Seguro Social (No.41): 463-479.

SLAIKEU, KARL (1998) "Intervención en crisis". Editorial Manual Moderno, México.

ANEXO NO. 1
GUIA DE EXPLIRACIÓN PARA DETERMINAR LA EXISTENCIA DE ABUSO
SEXUAL EN NIÑAS Y NIÑOS

- ¿Tienes algún problema que te hace sentir mal?
- ¿Me podrías decir que fue lo que pasó?
- ¿Alguna vez alguien te ha tocado de una forma que te hiciera sentir mal o que no te gustara?
- ¿Quién es esa persona?
- ¿Cómo empezó, qué pasó después?
- ¿Con qué parte de su cuerpo tocó el tuyo (mano, boca, pene)?
- ¿Dónde puso él-ella sus manos, dedos, boca, pene?
- ¿Cómo te tocó?
- ¿Cómo te sentiste?
- ¿Uso algo más para tocar tu cuerpo?
- ¿Cómo estabas vestida-vestido?
- ¿Tenías ropa puesta?
- ¿Tenía él-ella ropa puesta?
- ¿Estabas de pie, sentada –o, o cómo?
- ¿Te beso, dónde?
- Si nos dice que vio el pene del ofensor, preguntar
- ¿Cómo se veía?
- ¿Era como el tuyo? ¿Qué tamaño tenía? ¿Salió algo de ahí? ¿Cómo se sentía? ¿Lo limpió? ¿Qué le hizo? ¿A donde cayó lo que salió de ahí?
- ¿Te mostró libros, fotos, revistas, dibujos?
- ¿Qué te dijo que estaba haciendo contigo?²

ANEXO NO.2
EVALUANDO LA CREDIBILIDAD

NIÑA-NIÑO	AUMENTA LA CREDIBILIDAD	DISMINUYE LA CREDIBILIDAD
LENGUAJE	Utiliza vocabulario propio, dicho después su punto de vista, no cambio de hechos	Terminología de adultos, las mismas frases memorizadas

² Estructura con base en la charla, sobre Abuso Sexual, por Lic. Lorena Rojas. Hospital Nacional de Niños, 3-7-92/Lidia M. Salas Chavarría.

JUEGO, DIBUJO	Pueden recrear el trauma. Temas sexuales presentes	Temas sexuales ausentes
AFECTO	Consonante con la acusación	Inapropiada para la edad
CONDUCTA	Puede ser seductor-a, regresivo-a	Posible ganancia secundaria para algún padre del niño. Manipulador, con necesidad de complacer a madre-padre
MOTIVOS	Ausencia de ganancias secundarias	Recuerdos vagos, evasivos
MEMORIA	Buen recuerdo de detalles, incluyendo seso motores e indio sincráticos (mal oliente, lunar, cicatriz	Deteriora la capacidad para distinguir
DESARROLLO COGNITIVO	Diferencia la fantasía de la realidad	

Estructura con base en charla sobre "Abuso sexual", a cargo de la Lic. Lorena Rojas, Hospital Nacional de Niños 3-7-92/ Lidia Salas Chavarría.

OPINION DE LOS PADRES SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA A LOS NIÑOS Y NIÑAS EN LA CLÍNICA DE ESPINA BÍFIDA HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS

Msc. Rosario González Brenes¹

INTRODUCCIÓN

El presente documento expone los resultados en la Investigación sobre la Satisfacción del Usuario de la Clínica de Espina Bífida del Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera", realizada en 1996 y concluido su análisis en 1997; la misma se ejecutó con la colaboración del equipo de trabajo de esa Clínica, con el propósito de implementar mejoras y lograr calidad en la atención integral de los pacientes portadores de esta malformación congénita.

La Espina Bífida es la malformación congénita más común del sistema nervioso central, es conocida desde hace 3000 años, va desde la ausencia del proceso espinoso de la vértebra, hasta la anomalía de múltiples vértebras con trastornos en la función y anatomía del cordón espinal. (Clínica de Espina Bífida; 1995: 1).

Se manifiesta en diferentes formas, entre las más comunes está la Mielomeningocele que se produce durante los días 26 a 28 de gestación; se asocia a múltiples patologías como cifoescoliosis, pie equinovaro, luxación de caderas, hidrouretero, defectos cardiacos paladar hendido y otros, pero la más frecuente es la hidrocefalia, la cual puede presentarse hasta en un 95% de las personas con Mielomeningocele, solo el 10% de éstas no necesitan derivación de líquido cefalorraquídeo. (Clínica de Espina Bífida; 1995: 2).

Actualmente en Costa Rica hay más niños y niñas discapacitados físicamente por Mielomeningocele, que por polio, distrofia muscular o por trauma y produce en las personas secuelas como la incontinencia fecal y urinaria y la discapacidad en miembros inferiores, lo que conlleva a una serie de limitaciones no solo físicas, sino sociales y psicológicas.

Por mes hay un promedio de seis nacimientos de niños y niñas portadores de esta malformación y es en el Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera" donde tanto ellos como sus padres tienen el primer contacto con los profesionales que durante muchos años les brindarán tratamiento. (Clínica de Espina Bífida; 1995-1996).

En las últimas tres décadas se ha demostrado que el abordaje temprano del mielomenigocele lleva una mayor sobrevida y es necesario la atención oportuna para bajar la morbilidad y mejorar la calidad de vida; el tratamiento en equipo es el indicado, pues no solamente están involucradas las limitaciones físicas, sino que las implicaciones psicosociales, tanto en la persona portadora de la malformación

¹ Trabajadora Social, Máster en Salud Pública, Servicio Trabajo Social Hospital Nacional de Niños.

como en su familia; razón por la que desde el mes de setiembre de 1995 se integró en el Hospital Nacional de Niños, la Clínica de Espina Bífida (Clínica de Espina Bífida; 1995: 2).

En esta Clínica participan especialidades como Pediatría, Ortopedia, Neurocirugía, Urología, Trabajo Social, Enfermería y Psicología, en coordinación con la Escuela de este Hospital y el Centro Nacional de Rehabilitación. Funciona los días miércoles desde las siete de la mañana en el consultorio No. 12 del Hospital Nacional de Niños. “Dr. Carlos Sáenz Herrera”, organizándose el trabajo de la siguiente forma: entre 7 AM y 10 AM los niños y niñas citados son atendidos por las diferentes especialidades médicas, Trabajo Social, Enfermería y Psicología; 10 a 11 AM Pediatría, Trabajo Social, Psicología y Enfermería realiza una sesión socio-educativa con los padres y madres que acompañan a los niños y niñas, donde se les aclara dudas y se comparte diversas experiencias que les permite la realimentación y el auto apoyo.

Conscientes de que todo trabajo en equipo requiere la evaluación constante, sobre todo cuando se trata de experiencias multidisciplinarias, se planteó la necesidad de evaluar la Clínica de Espina Bífida en su primer año de funcionamiento, por medio de la opinión de los usuarios a través de sus padres o encargados, para conocer cómo se ha dado la prestación de los servicios. Es por esta razón que se realizó una investigación de satisfacción del usuario, se entrevistó a la población de padres y madres de los niños y niñas que asistieron a cita a la Clínica de Espina Bífida entre los meses de setiembre y diciembre de 1996.

MATERIALES Y METODOS

El objetivo de este trabajo fue conocer el grado de satisfacción de los padres y madres de los niños y las niñas que reciben tratamiento en la Clínica de Espina Bífida, con el propósito de mejorar la atención integral de los pacientes.

Se realizó un estudio descriptivo, con una población de 26 personas que constituye la población de niños y niñas que asistieron a cita de esta Clínica entre los meses de setiembre y diciembre de 1996 y que ya habían asistido a otras citas en la misma Clínica, a sus padres se les aplicó un cuestionario que contenía cuatro variables:

Oportunidad, con la cual se pretendió evaluar el tiempo de espera para la primera cita después del egreso del Servicio Social de Neonatología y el aprovechamiento de la misma por el usuario.

Accesibilidad, consistió en el análisis de la respuesta al apoyo solicitado por los padres extra cita y el tiempo de espera por recibirlo, el número de citas a las que habían asistido según edad y la opinión de los padres sobre las actividades socio-educativas en los grupos de padres.

Comunicación, evaluada a través de las explicaciones que habían recibido los padres sobre la enfermedad del niño o la niña y las orientaciones recibidas para el cuidado de éstos en aspectos específicos.

Satisfacción, con la que se pretendió conocer directamente el grado de satisfacción de los padres con los servicios que la Clínica había prestado a sus hijos.

Resultados, los resultados del estudio se analizaron de acuerdo a las variables estudiadas.

Oportunidad, el siguiente cuadro muestra los resultados en lo referente al tiempo de espera en meses entre el egreso del Servicio de Neonatología y la primera cita en la Clínica de Espina Bífida.

Cuadro No. 1
Distribución del Tiempo de Espera en meses desde el egreso de Neonatología y hasta la primera cita en la Clínica de Espina Bífida. 1996.

Tiempo en meses	Número	%
<u>Total</u>	<u>26</u>	<u>100</u>
1 mes	7	26.92
2 meses	11	42.31
3 meses	5	19.23
4 meses	2	7.70
Más de 4 meses	1	3.84

Fuente: Instrumento de Evaluación Clínica de Espina Bífida. HNN. 1996.

Estos datos reflejan que pese a que la mayoría esperó menos de tres meses, hay un grupo que tuvo su primera cita en un plazo mayor a tres meses, lo que hace necesario revisar la periodicidad de las citas que reflejen mayor equidad en los tiempos de espera y sobre todo para que estos niños y niñas puedan contar con la valoración y atención integral en forma oportuna que favorezca su calidad de vida. En lo que respecta a la asistencia a la primera cita en la Clínica de Espina Bífida se obtuvo la siguiente información:

Sí asistió=88.46%

No asistió= 11.54% motivo olvidado, confusión de fecha

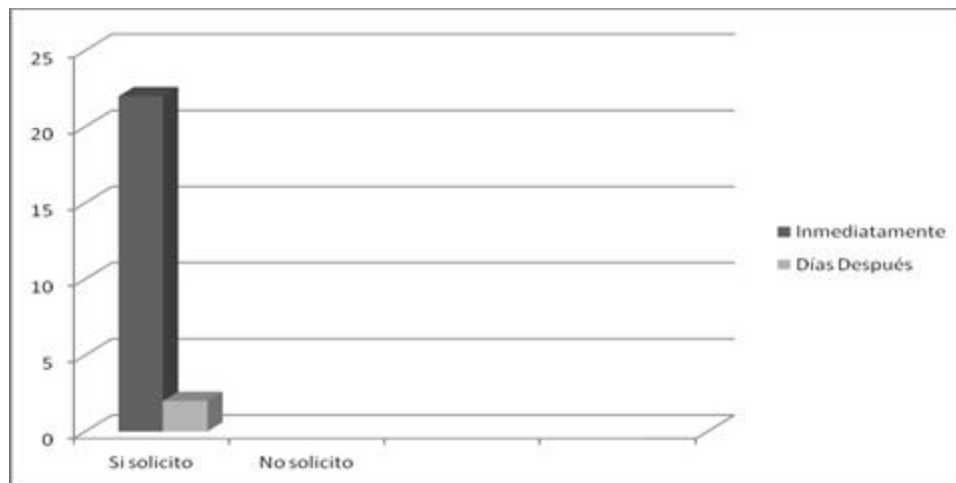
En el porcentaje de los que no asistieron a la primera cita, podrían encontrarse los que fueron atendidos después de tres meses de haber egresado de Neonatología o bien aquellos niños y niñas que tuvieron una primera estancia hospitalaria mayor al promedio registrado de 10 días.

Accesibilidad:

Sobre la cantidad de citas a las que habían asistido en la Clínica a las que habían asistido a un mínimo de 3 citas, de los cuales el 40% tenían entre 10 y 12 meses de edad. El 30.76% habían asistido a un mínimo de 3 citas, de ellos el 50% tenían entre 4 y 6 meses y el restante 50% eran menores de 1 año de edad. De los niños y niñas mayores de 1 año de edad que eran 7 en total, todos habían asistido a un mínimo de 3 citas y a un máximo de 6.

Referente al apoyo solicitado extra cita y el tiempo de espera en recibirlo, el siguiente gráfico muestra la opinión de los entrevistados:

GRÁFICO NO. 1
Solicitud de apoyo extra cita y tiempo transcurrido para recibirlo



Según la cantidad de citas por niño o niña según edad, y el apoyo solicitado extra cita, se puede afirmar de que sí hay accesibilidad en la Clínica de Espina Bífida por cuanto en el primer año de edad de estos niños y niñas ya habían asistido a un mínimo de 3 citas y los mayores de un año máximo de 6 citas, es importante destacar que la población atendida en esta Clínica no tiene más de tres años de edad, puesto que la misma empezó a funcionar en 1995 con los niños y niñas nacidos a partir del mes de setiembre que fue cuando se inició esta metodología de atención.

De igual forma se puede observar en el apoyo solicitado extra cita de 26 personas entrevistadas solo 2 no habían solicitado este tipo de apoyo y de las 24 que sí lo hicieron 22 contestaron que lo recibieron inmediatamente y únicamente 2 manifestaron que si lo obtuvieron pero días después.

La accesibilidad también se evaluó a través de las actividades socio-educativas realizadas con los padres y las madres, el 100% de los entrevistados las considero importantes porque:

- 42.3% Aclaran dudas
- 26.92% Reciben información sobre el Mielomeningocele
- 15.38% Reciben apoyo psicológico y moral 11.54% Les ayuda a disminuir ansiedad, obtener mayor confianza, expresar sentimientos y les ayuda a prevenir otros problemas.
- 3.85% Les permite la relación con otros padres y madres.

También se les preguntó sobre la necesidad de tratar otros temas en estas actividades y el 42.31% no mencionó otros temas y el 15.38% manifestó que en las sesiones se cubre todo. El restante consideró importante que se hablara sobre el pronóstico, cateterismo y temas que se les proporcione más confianza.

Este estudio ha reflejado que la accesibilidad a la Clínica no solo se ha dado a nivel individual, sino que ha trascendido a lo grupal por medio de actividades socio-educativas, las cuales realizaron en conjunto personal de Pediatría, Trabajo Social, Psicología y Enfermería.

Comunicación: Esta variable se analizó a través de la opinión de los padres acerca de las explicaciones que les habían brindado a la Clínica, sobre el problema del niño (a) y las orientaciones recibidas sobre el cuidado en aspectos específicos. El 100% de los entrevistados manifestaron que sí les habían explicado sobre la enfermedad de su hijo (a); de éstos, el 88.76% mencionaron que las explicaciones se referían al Mielomeningocele, el 15.38% a los ciudadanos del niño (a) y el 4.14% que estaban relacionadas con el estimulación, terapia y seguimiento.

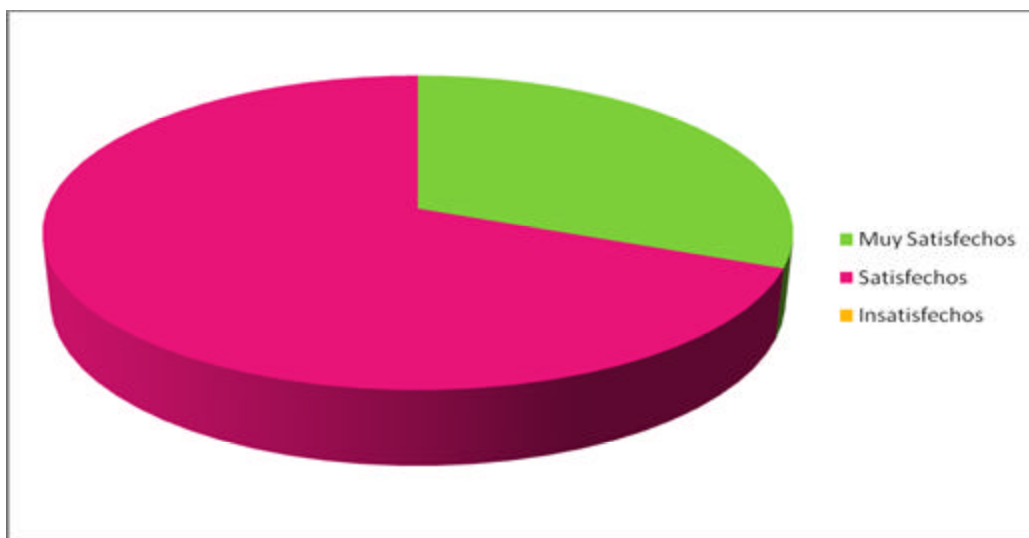
El 100% de los entrevistados informaron que las explicaciones recibidas en la Clínica de Espina Bífida, les había permitido conocer más sobre la enfermedad del niño (a).

La información mencionada refleja que la comunicación que ha existido en la Clínica de Espina Bífida-Padres ha sido adecuada, pues les ha permitido obtener mayor conocimiento de la situación de enfermedad de sus hijos (as) y sobre los cuidados y atención que estos requieren.

Satisfacción: Al plantear esta pregunta se pretendió finalmente, resumir la opinión de los entrevistados en un aspecto concreto, estaban o no satisfechos con la atención brindada a sus hijos (as) en la Clínica de Espina Bífida. Las respuestas obtenidas se ilustran en el siguiente gráfico:

GRÁFICO NO.2

Opinión de los padres sobre la satisfacción con la atención recibida por sus hijos(as) en la Clínica de Espina Bífida HNN.



Como lo demuestra el gráfico, el 100% de los entrevistados manifestó satisfacción por los servicios que han recibido sus hijos en la Clínica de Espina Bífida, pese a que no hay insatisfacción se hace necesario cerrar la brecha entre los satisfechos y los muy satisfechos, la calidad se manifiesta cuando el cliente se muestra totalmente satisfecho por los servicios.

DISCUSIÓN

Dentro del marco de modernización institucional, el Hospital Nacional de Niños ha iniciado un proceso de autonomía en su gestión, esto con el propósito de brindar servicios con eficiencia y eficacia, maximizando los recursos dirigidos al logro de la calidad total en la atención del cliente externo, que es la razón de ser de la Institución.

Como parte del nuevo enfoque de gerencia que se está implementando, el cliente externo (usuario-asegurado-paciente) ocupa un lugar de suma importancia, se constituye en el sujeto al cual se debe brindar servicios donde la calidad esté presente en cada acción y se ha venido planteando como prioridad la satisfacción de las necesidades de salud de la población infanto-juvenil, con oportunidad, adecuación, accesibilidad y satisfacción del usuario, bajo criterios de productividad y eficacia.

Un grupo de clientes externos del Hospital Nacional de Niños lo constituyen los niños y niñas portadores de Mielomeningocele, que es una de las enfermedades crónicas de gran demanda de atención y de elevada inversión de recursos, tanto para la familia como para la institución y, para que esta última pueda cubrir la

demanda de servicios de una manera congruente con sus propios recursos y con las necesidades de esta población, se necesita la atención desde una perspectiva integral por medio del trabajo en equipo, entendiendo éste como un grupo de personas que trabajan hacia una meta común, con interdependencia y una razón o un propósito para trabajar juntos, donde cada uno necesita la experiencia, la habilidad y el compromiso de los otros para el logro de esas metas (CENDEISS; 1997:4)

Con la intención de brindar a esta población una atención integral de calidad, se creó y funciona la Clínica de Espina Bífida del Hospital Nacional de Niños, al cual se encuentra en un proceso de construcción como equipo de trabajo.

La integralidad con que sean tratados estos niños y niñas, coadyuvará directamente en una mayor participación de éstos (as) en el grupo social inmediato que es la familia y en la sociedad en general y como tal en el mejoramiento de su calidad de vida.

Para lograr esos propósitos, se debe conocer qué necesitan estos niños y niñas y cuáles son las expectativas y mantener su satisfacción, lo que se puede conocer al tomar en cuenta su opinión sobre los servicios que están recibiendo (Pérez; 1998: 2-14)

El estudio realizado refleja la necesidad de la revisión de plazos de espera, tomando en cuenta la incidencia y la prevalencia y así garantizar cada vez más servicios oportunos de acuerdo a las necesidades de los usuarios.

En la variable accesibilidad se observa como los padres consideraron que sí la hay, esto refleja un gran esfuerzo por parte de las disciplinas que integran la Clínica, pues pese a que no se cuenta con el espacio físico necesario para la atención, ni el suficiente recurso humano, se están haciendo esfuerzos para que los padres, los niños y niñas cuenten con el apoyo necesario en el momento que lo requieran.

La relación interpersonal que establece el personal de salud con los padres y los niños y niñas portadores de Espina Bífida y la forma como son atendidos, es de suma importancia para que la familia tenga claridad de la situación del niño (a) y pueda brindar una atención adecuada en el hogar como resultado de una comunicación asertiva personal de salud-familia.

Finalmente, pese a que los entrevistados manifestaron estar satisfechos con la atención que brinda la Clínica de Espina Bífida, la tarea está en cerrar la brecha que hay entre los padres que mencionaron solo estar satisfechos con los que dijeron estar muy satisfechos, para lo cual se debe reforzar el trabajo en equipo y movilizar otros recursos institucionales para atender las necesidades de esta población oportuna.

BIBLIOGRAFÍA

CENDEISS. (1997) Curso de Supervisión para el Mejoramiento Continuo. “Cuaderno de Trabajo No 1. Qué es un Equipo”. San José, Costa Rica.

Clínica de Espina Bífida. Hospital Nacional de Niños. (1995-1996) “Protocolo de Manejo en Equipo”. San José, Costa Rica.

Clínica de Espina Bífida. Hospital Nacional de Niños. (1995) “Protocolo de Manejo de Equipo.” San José, Costa Rica.

PÉREZ, RICARDO y otros. (1998). “Satisfacción del Usuario”. Internet 2.htm. México.