



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

Depresión y hospitalización infantil: resultado de un programa de intervención psicopedagógica

A. POLAINO-LORENTE *, O. LIZASOAIN RUMEU **

* *Catedrático de Psicopatología. Universidad Complutense.* ** *Doctora en Pedagogía. Profesora Ayudante del Dpto. de Didáctica y Orientación de la Universidad de Navarra.*

RESUMEN

El presente artículo se centra en el diseño y aplicación de un Programa de Intervención Psicopedagógica como recurso para mejorar la calidad de vida del niño hospitalizado y prevenir los posibles efectos psicopatológicos que dicha hospitalización comporta, como es el caso de la depresión infantil.

El análisis estadístico de los resultados obtenidos muestra la eficacia del programa en la reducción y/o prevención de la aparición de síntomas depresivos en los pacientes pediátricos en los que se aplicó el programa diseñado, por lo que se recomienda su aplicación institucional generalizada.

PALABRAS CLAVE: Hospitalización Infantil. Depresión. Programa de Intervención Psicopedagógica.

SUMMARY

A Psychopedagogic Intervention Program is used like a resource to improve children's life in hospital and preventing negative effects of hospitalization. One of those negative effects is the children's depression.

The statistic analysis showed the effectiveness of this programme in order to reduce and prevent the emergence of depression symptoms. Therefore, his generalization and use are recommended.

KEY WORDS: Pediatric Hospitalization. Depression. Psychopedagogical Intervention Programme.

INTRODUCCION

La situación por la que atraviesa un niño hospitalizado está cargada de factores negativos de todo tipo. Por un lado, los que se derivan de la misma situación de hospitalización, lo que conlleva la ruptura con los ambientes y círculos que rodean a todo niño: el familiar, el escolar y el social. Junto a esto, el ingreso brusco en un centro médico donde el niño se encuentra de pronto en un ambiente que no conoce y que por lo general, le aterroriza. Por otro lado, los que se derivan de la circunstancia anómala de la enfermedad en sí —con sus características propias y sus limitaciones naturales—, como el sufrimiento, el miedo y los temores de todo tipo, la depresión, la tristeza, la desesperanza o el aburrimiento.

Ciertos aspectos del ambiente hospitalario pueden evocar fuertes reacciones emocionales en los pacientes, afectando a sus estados de salud de forma positiva o negativa, pero debido a que son inherentes a la atmósfera del hospital se tiende a pasarlos por alto (Frank, 1988). Existen muchas causas de estrés emocional para un niño hospitalizado y su familia que pueden evitarse, como el desconocimiento acerca de las implicaciones de la enfermedad, de los procedimientos médicos precisos o de las normas y rutinas existentes en ese contexto hospitalario.

Una adecuada atención a todos los factores hasta ahora mencionados, puede transformar la hospitalización en una experiencia constructiva y no traumática ni negativa. El niño hospitalizado precisa de su familia, del juego, de la educación y de la atención individualizada de todas sus carencias, a fin de evitar el retraso en su desarrollo y procurar, en la medida de lo posible, una vida normal acorde con la etapa evolutiva en que se encuentra.

Estas circunstancias aconsejan la necesidad de elaborar y aplicar programas de preparación y seguimiento para la hospitalización infantil, a pesar de que supongan un cierto sobreesfuerzo personal, material y económico, pues según se infiere de todo lo anterior contribuyen a reducir los efectos psicológicos negativos que toda hospitalización conlleva, además de disminuir el tiempo de estancia en el hospital y, simultáneamente, su encarecimiento económico. Esta última propiedad es la que urgentemente debe demostrarse a través del estudio de ciertos indicadores como el coste/eficacia y el coste/beneficio de los programas de intervención psicopedagógica, pues dada la situación económica de muchos hospitales infantiles este argumento tendría un carácter prioritario sobre cualquier otro, incrementando la deseabilidad social de estos programas. Así pues, algunas investigaciones debieran comenzar por evaluar el impacto de las intervenciones psicológicas sobre el gasto hospitalario. Existe la necesidad de identificar y clarificar cuál es la relación coste/efectividad de estas intervenciones respecto del objetivo de reducir el coste médico y las futuras hospitalizaciones (Olson et al, 1988).

La importancia dada el tema de la hospitalización infantil en las últimas décadas y las diversas investigaciones realizadas han tenido un considerable impacto en las unidades pediátricas. La política actual de los hospitales tiende a defender los programas de preparación a la hospitalización infantil y a considerar el juego como un componente esencial de la experiencia hospitalaria (Thompson, 1985). Aunque han sido muchos los progresos conseguidos, hay todavía muchas áreas que precisan más investigación y realizar los cambios necesarios para reducir el sufrimiento psicológico del niño hospitalizado.

Aunque existe abundante literatura referente a la hospitalización infantil y a la aplicación de estrategias psicológicas de intervención en el ámbito hospitalario (Atkins, 1981; Carmel, 1990; Dahquist, 1986; Thompson, 1985), las investigaciones experimentales en torno a los efectos de la preparación psicológica y seguimiento pedagógico del niño hospitalizado son escasas y pocas exhaustivas y casi todas ellas están escritas en lengua inglesa.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El objetivo principal de esta investigación es ayudar al niño, mediante un programa de preparación a la hospitalización y seguimiento psicopedagógico, a la vez que colaborar en su adaptación a la clínica. Se asume que esta preparación puede contribuir a disminuir los efectos nocivos y/o iatrógenos que tradicionalmente vienen atribuyéndose a la hospitalización infantil.

DEFINICION DE LA MUESTRA

Cuarenta niños ingresados en la Clínica Universitaria de Navarra (CUN) entre 8-12 años, con una enfermedad crónica o aguda que requieran una hospitalización de media duración (mínimo una semana y máximo veinte días).

Los sujetos se dividen en dos grupos:

a) *Grupo experimental*: veinte niños no cancerosos (diez varones y diez hembras) sometidos al programa de Preparación a la Hospitalización y Seguimiento Psicopedagógico (PHSP) que cumplan los requisitos de inclusión.

b) *Grupo de control*: veinte niños no cancerosos (diez varones y diez hembras) no sometidos al programa PHSP, que cumplan los requisitos de inclusión.

Los probandos se distribuyen de forma aleatoria entre ambos grupos.

En función del problema aquí expuesto *la hipótesis* que se plantea es la siguiente:

— Si los niños sometidos a dicho programa se deprimen menos, tras el período de hospitalización, que los niños no sometidos al programa.

DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE BASICA: Depresión (Medida en fase pre y post).

VARIABLE INDEPENDIENTE: Administración del Programa PHSP.

VARIABLE ORGANISMICAS Y CONTEXTUALES: Edad, sexo, tipo de enfermedad, duración de la hospitalización, lugar de procedencia, tipo de tratamiento y permanencia o no de los padres en la clínica.

BREVE DEFINICION DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

En los niños hospitalizados la depresión se correlaciona positivamente con una baja autoestima y con un autoconcepto negativo (Saylor, 1984; McLennan, 1987; Polaino, 1988), con un *locus* de control externo (Moore y Paolillo, 1984), con un alto nivel de ansiedad (Kovacs, 1981-1985) y con una persistente expresión de tristeza (Rhyne et al, 1986). La depresión en los niños hospitalizados genera otros problemas respecto de la interacción social (Kuiper y Olinger, 1986), dificulta la implantación y el desarrollo de las habilidades sociales (Kazdin, 1987; 1989), y conduce a una disminución en la participación de otras actividades (Gotlib, 1985).

A pesar de los datos anteriores, es preciso diferenciar entre sentimientos depresivos —tal vez reactivos a las circunstancias de la hospitalización— y el diagnóstico clínico de síndrome depresivo. Este último es más severo y requiere tratamiento, mientras que los sentimientos depresivos pueden considerarse una respuesta general del organismo ante una situación estresante.

INSTRUMENTO DE EVALUACION EMPLEADO

El instrumento empleado para la evaluación de la depresión fue un inventario tradicional y muy utilizado en investigaciones como esta: el *Children's Depression Inventory* —*CDI*— (Kovacs, 1977; traducción de Polaino y col., 1988). Se trata de un cuestionario de 27 ítems elaborados con el fin de detectar la presencia y severidad del trastorno depresivo, de descubrir signos cognitivos, afectivos, conductuales y neurovegetativos de depresión en niños.

La edad de aplicación es de 8 a 17 años.

Cada ítem está compuesto por tres respuestas alternativas (valoradas con 0, 1, 2) de entre las cuales el niño elegirá la que mejor describa su situación en las dos últimas semanas (la puntuación 2 representa la sintomatología más severa). La puntuación del inventario puede oscilar entre 0 y 54 puntos. Una puntuación normal se considera entre 6-9 puntos. El tiempo de aplicación es de 10 a 20 minutos.

El CDI es una escala más apropiada para evaluar la sintomatología depresiva que como instrumento de diagnóstico para la depresión clínica (Stravakaki et al, 1987).

Este inventario, ha sido empleado en numerosas investigaciones (Kovacs, 1981-1985; Saylor, 1984; Kazdin, 1987).

El proceso de evaluación seguido en nuestra investigación fue el siguiente:

a) Al día siguiente del ingreso se aplicó al niño la escala de depresión.

b) En los niños del grupo experimental se inicia la fase de seguimiento del programa.

c) El día en que el niño es dado de alta se vuelve a evaluar (fase post) la depresión.

DESCRIPCION DEL PROGRAMA

El programa¹ del que se informa a continuación ha sido aplicado a un grupo de niños/as, de edades comprendidas entre los 8 y los 12 años.

El programa comienza por aplicarse al niño a las 10 h. de la mañana del día siguiente a su ingreso, teniendo en cuenta que la mayoría de los ingresos tienen lugar a partir de las 18 h. de la tarde anterior.

El primer propósito del programa es establecer un buen *rapport* entre el niño y la persona encargada de administrarlo y dirigirlo. El programa comienza con una *entrevista* a la que el niño acude solo, sin la compañía de sus padres, y cuya duración aproximada es de 15 minutos.

A continuación se realiza un *tour* por la clínica de aproximadamente 35 minutos de duración. El *tour* comienza en el vestíbulo principal de entrada a la clínica, visitando durante su recorrido la zona destinada a consultas y las oficinas de admisión.

Se enseña al niño la ubicación de los ascensores, el número de pisos de que consta la clínica y la especialidad a que se destina cada planta. Brevemente se le muestra cada una de las plantas, así como las salas de Rayos X, rehabilitación y quirófanos. Aprovechando esta breve visita se le muestran también algunos de los aparatos empleados en las exploraciones y se le explica la útil tarea que desempeñan.

La planta de Pediatría es objeto de una especial atención, como es lógico.

Este programa no se limita a trabajar únicamente con el niño, sino que pretende satisfacer otros aspectos relevantes —y con frecuencia descuidados en otros programas—, como es la *información a los padres*.

La persona responsable de la administración del programa informa a los padres de todas las normas y rutinas propias de la clínica. Se les anima a participar en la experiencia hospitalaria del niño y a tener un contacto constante con él, explicándoles que esto puede contribuir a reducir la ansiedad y las respuestas desadaptativas de su hijo —al menos durante los primeros días de su estancia en la clínica—, así como facilitar su posterior recuperación al abandonar la hospitalización.

También se entrega a los padres una copia de la Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado y, finalmente, se les presentan algunas de las enfermeras de la planta con las que su hijo tendrá un contacto más directo, y se les dan instrucciones para contactar diariamente, tanto al niño como a ellos, con la responsable del programa.

A todos los padres se les hace llegar una carta de presentación pidiendo su colaboración en el presente programa.

PLAN DE SEGUIMIENTO

Con el fin de reducir el estrés, la ansiedad y el dolor físico —eventos muy frecuentes en los niños hospitalizados— se aplicarán, exclusivamente a los niños sometidos al programa, las tres técnicas de intervención que a continuación se especifican:

a) Entrenamiento en relajación muscular.

b) Entrenamiento en estrategias cognitivas. Con estos programas se incide en la imaginación del niño, de forma que una vez que es controlada o guiada, el paciente aprende, por ejemplo, a reinterpretar el dolor como algo tolerable.

Estos dos procedimientos se aplican conjuntamente y cada día en sesiones que no superan nunca los 30 minutos de duración.

c) Tres veces a la semana se lleva a cabo un entrenamiento en habilidades sociales. Para cada niño, se seleccionan aquellas habilidades que parecen ser más deficitarias (dar quejas y recibirlas, pedir favores, dar una negativa, preguntar por qué, interacciones con otras personas de diferente estatus, iniciación de conversaciones, etc.).

El programa de seguimiento se acompaña de un entrenamiento en autocontrol. Para ello, se pide al niño que autoevalúe aquellos comportamientos específicos que pretendemos modificar, implantar o extinguir, de modo que no le pasen inadvertidas sus propias respuestas (adhesión al tratamiento, relajación, reducción de miedos, ejecución de habilidades sociales, etc.). Para tal fin se entrega a cada uno de los niños participantes en el programa, un papel impreso especialmente diseñado para el autorregistro de las conductas seleccionadas y su frecuencia, duración e intensidad.

El programa también se acompaña de la autoadministración de refuerzos —previamente elegido por cada niño— para gratificar sus conductas e incrementar las probabilidad y frecuencia de ocurrencia de aquellas. Para la aplicación de los refuerzos se estableció un sistema de economía de fichas. Por cada tres respuestas, consideradas como positivas que el niño haya anotado en su hoja de registro, recibe una ficha. Cuando consigue tres fichas puede canjearlas por uno de los reforzadores que haya elegido (golosinas, determinados objetos, actividades lúdicas, ciertos privilegios, etc.).

ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Realizamos a continuación un análisis de covarianza con la variable depresión. Se trataba de comprobar si había diferencias significativas entre el grupo de niños a los que se administró el programa PHSP y los niños del grupo control.

Las hipótesis nulas que planteamos en los diferentes análisis de covarianza establecían que la media de las puntuaciones obtenidas por los niños del grupo control sería igual a la media del grupo experimental; mientras que la hipótesis de trabajo sostenía que las medias de ambos grupos difieren significativamente.

Por consiguiente, de confirmarse nuestra hipótesis de trabajo en los resultados, habrá que concluir que hay diferen-

¹ Para una mayor información revisar Polaino y Lizasoain (1991).

cias significativas entre las puntuaciones obtenidas por el grupo control y el grupo experimental, debiéndose tales diferencias a la acción de la variable independiente, es decir, en nuestro caso a la administración del programa de intervención pedagógica.

TABLA DEL ANALISIS DE COVARIANZA

Regla de decisión estadística.

Para $\alpha = 0,05$, el valor crítico de F es 4,11 (para 1 y 37 gl) y para $\alpha = 0,01$, el valor crítico de F es 7,4 (para 1 y 37 gl).

TABLA I

ANALISIS DE COVARIANZA DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA VARIABLE DEPRESION TRAS LA ADMINISTRACION DEL PROGRAMA. SE REFLEJAN LAS FUENTES DE VARIACION (FV: DEBIDAS A LOS TRATAMIENTOS Y AL ERROR), LAS SUMAS CUADRATICAS (SC), LOS GRADOS DE LIBERTAD (GL), LOS CUADRADOS MEDIOS (CM) Y LA F DE SNEDECOR

Depresión				
FV	SC	GL	CM	F
Trat.	177,41	1	177,41	15,28
Error	429,7	37	11,61	

La F calculada es 15,28. Por lo tanto, con una probabilidad de $\alpha = 0,05$ y $\alpha = 0,01$, rechazamos la hipótesis nula y aceptamos nuestra hipótesis de trabajo: los niños sometidos al programa de intervención se deprimen menos, tras el período de hospitalización, que los niños a los que no se les administró el programa.

Del análisis de covarianza se desprende que las diferencias entre el grupo de niños que recibió el Programa de Preparación a la Hospitalización y Seguimiento Psicopedagógico (PHSP) y el grupo control fueron significativas, tanto al nivel de confianza del 95% como del 99%. Se rechaza así la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, lo que indica que las diferencias observadas entre los grupos se deben a la acción de la variable independiente, es decir, al programa de intervención.

Por lo tanto, podemos concluir que:

Los niños que recibieron el programa PHSP se deprimen menos durante el período de hospitalización que los niños a los que no se les administró el programa. En el grupo experimental la depresión se redujo mientras que el grupo mostraba puntuaciones superiores en depresión, al abandonar la clínica, que las observadas el día del ingreso.

Estos resultados son coherentes con los obtenidos por Bush y Hombeck (1987), Gull (1987), Oldham y Russakoff (1987), Field et al (1988) y muchos otros ya citados, quienes afirman que una hospitalización de media duración aumenta

los niveles infantiles de ansiedad y depresión.

Ya hemos afirmado que tanto la hospitalización como las intervenciones, exploraciones a que allí son sometidos, suponen una experiencia estresante para los pacientes pediátricos. El medio, los temores y la ansiedad son frecuentes compañeros de la hospitalización infantil. También la depresión suele acompañar a dicha hospitalización, ya que requiere que el paciente se enfrente con un entorno extraño y con la separación de su ambiente familiar, lo que puede conducirle a un sentimiento de tristeza e indefensión.

En nuestra investigación, el hecho de que el grupo control obtenga niveles más altos en la variable depresión, tras el período de hospitalización, está en consonancia con las conclusiones establecidas por los estudios realizados en este ámbito. Por su parte, los resultados del grupo experimental —donde se observa una reducción significativa de los niveles de depresión— arrojan un dato importante a favor del programa PHSP aplicado y, en concreto, a favor de las técnicas de intervención empleadas durante la fase de seguimiento: la relajación y el entrenamiento cognitivo. Los resultados aquí obtenidos suponen un tanto favorable para los procesos cognitivos, como herramienta eficaz para hacer frente a los conflictos psicológico derivados del ingreso hospitalario.

Este tipo de intervenciones tienen la ventaja de no precisar de un complicado ni costoso equipo como el que, por ejemplo, pueden precisar los modelos filmados. Sin embargo, estas técnicas precisan ser aplicadas individualmente, con el consiguiente coste de personal. No obstante, hay que tener en cuenta que en las diversas investigaciones llevadas a cabo sobre la eficacia comparativa de los diferentes programas para la preparación a la hospitalización infantil, se desprende que el contacto personal es un factor clave a tener en cuenta en la elaboración de cualquier programa, dado que resulta más efectivo que cualquier otro.

CONCLUSIONES

Se acepta la hipótesis de trabajo (con una probabilidad de 0,05 y 0,01): los niños sometidos al programa de intervención se deprimen menos, tras el período de hospitalización, que los niños que no participan en el programa. En el grupo experimental la depresión se redujo significativamente, mientras que los niños del grupo de control mostraron unas puntuaciones en depresión superiores al abandonar la clínica que las observadas el día del ingreso.

De los resultados aquí obtenidos se desprende que la administración de un programa de preparación al ingreso y seguimiento psicopedagógico a un grupo de niños hospitalizados disminuye los efectos psicológicos negativos que tiene la hospitalización de media duración sobre el niño enfermo.

Los resultados de la presente investigación son consistentes con los obtenidos en otras investigaciones previas y corroboran la necesidad de elaborar y aplicar programas de intervención en el ámbito de la hospitalización infantil, debido al impacto positivo que éstos tienen sobre el bienestar psicológico del niño.

BIBLIOGRAFIA

- Atkins DM. Evaluation of preadmission preparation program: goals clarification at the first step. *Fall* 1981; 10(2): 48-50.
- Bush JP y Holmbeck GN. Children's attitudes about health care. *Journal of Pediatric Psychology* 1987; 12(3): 429-443.
- Carmen S. Patient complaint strategies in a general hospital. *Hospital and Health Services Administration* 1990; 35(2): 277-283.
- Dahlquist LM, Gil KM. Preparing children for medical examination: the importance of previous medical experience. *Health Psychology* 1986; 5(3): 249-259.
- Field T, Alpert B, Vega-Lahr N et al. Hospitalization stress in children: sensitizers and repressor coping styles. *Health Psychology* 1988; 7(5): 433-445.
- Frank JD. Psychological and behavioral aspects of illness and treatment. *Revista Latinoamericana de Psicología* 1988; 20(1): 45-54.
- Gotlib IH. Negative responses to depression: the role of attributional style. *Cognitive Therapy and Research* 1985; 9(1): 91.
- Gull HJ. The chronically ill patient's adaptation to hospitalization. *Nursing Clinics of North America* 1987; 22(3): 539-601.
- Kazdin AE. Treatment of antisocial behavior in children. *Psychological Bulletin* 1987; 102(2): 187-203.
- Kazdin AE. Hospitalization of antisocial children: clinical course, follow-up status, and predictors of outcome. *Advances in Behavioral Research Therapy* 1989; 11: 1-67.
- Kovacs M. Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatrica* 1981; 46: 305-315.
- Kovacs M. The Children's Depression Inventory. *Psychopharmacologia Bulletin* 1985; 21: 995-998.
- Kuiper NA y Olinger LJ. Stress and cognitive vulnerability to depression: a self-worth contingency model. In R.W.J. Neufeld (edit.). *Avances in the Investigation of Psychological Stress* New York, Wiley 1986.
- McLennan JP. Irrational beliefs in relation to self-esteem and depression. *Journal of Clinical Psychology* 1987; 43(1): 89-91.
- Moore TW y Paolillo JGP. Depression-influence of hopelessness locus of control, hostility and length of treatment. *Psychological Reports* 1984; 54(3): 875-881.
- Oldham JM y Russakoff M. *Dynamic Therapy in Brief Hospitalization* Aronson, Northvale, New Jersey 1987.
- Olson RA, Holden EW, Friedman A et al. Psychological consultation in a children's hospital: an evaluation of services. *Journal of Pediatric Psychology* 1988; 13(4): 479-492.
- Polaino A. *Las depresiones Infantiles*. Ed Morata, Madrid 1988.
- Polaino A y Lizasoán O. Programas para la preparación a la hospitalización infantil. En: Buceta y Bueno (eds.). *Modificación de Conducta y Salud*. Eudema Universidad, Madrid 1990; 126-151.
- Saylor CF. Children's Depression Inventory. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 1984; 23(5): 626.
- Thompson RH. *Psychosocial Research in Pediatric Hospitalization and Health Care*. Charles C Thomas, Springfield, IL (1985).