

# PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN Y MODIFICACIÓN DEL AUTOCONCEPTO EN NIÑOS HOSPITALIZADOS

A. POLAINO-LORENTE; O. LIZASOAIN RUMEU  
*Universidad Complutense de Madrid*

## 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 devaluación del autoconcepto.

El análisis estadístico de los resultados obtenidos muestra la efectividad del programa en la reducción y/o prevención de los déficits en el autoconcepto en los pacientes pediátricos.

**Palabras clave:** Hospitalización infantil, autoconcepto, Programa de Intervención Psicopedagógica.

## Abstract

A Psychopedagogic Intervention Programme is used like a resource to improve children's life in hospital and preventing negative effects of hospitalization. One of those negative effects in the devaluation of the self-concept.

The statistic analysis showed the effectiveness of this programme in order to reduce and prevent the emergence of a poor self-concept. Therefore, his generalization and use are recommended.

**Key words:** Pediatric hospitalization, self-concept, psychopedagogical intervention programme.

## Introducción

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 descono-

cimiento 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, Holden y Friedman, 1988).

La importancia dada al 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; Dahlquist, 1986; Thompson, 1985), las investigaciones experimentales en torno a los efectos de la preparación psicológica y seguimiento pedagógico del niño hospitalizado son escasas y poco exhaustivas y casi todas ellas están escritas en lengua inglesa.

## Diseño de la investigación

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 iatrogénos que tradicionalmente vienen atribuyéndose a la hospitalización infantil.

## Definición 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 el autoconcepto de los pacientes pediátricos a los que se administra el programa de intervención no sufre devaluación alguna durante el tiempo de ingreso.

## Definición de variables

### Variable dependiente básica

Autoconcepto infantil (medida en fase pre y post).

### Variable independiente

Administración del programa PHSP.

### Variables orgánicas 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 definición de la variable autoconcepto

En términos generales, el autoconcepto o concepto de sí mismo (*self-concept*) hace referencia al conjunto de percepciones que una persona tiene de sí misma en diferentes áreas (física, social, intelectual, etc.). Estas percepciones, organizadas de manera más o menos consciente, se forman a través de las propias experiencias del sujeto y se hallan influidas por el ambiente en el que se desarrollan y por las personas que son para ellos significativas.

Entre la abundante literatura científica disponible sobre el término autoconcepto hay una tendencia generalizada a emplear los diferentes vocablos referidos al *self*, sin hacer distinción entre términos tales como autoestima, autoimagen, autopercepción, autoconciencia, etc., los cuales se consideran sinónimos de autoconcepto. Dichos términos, aunque estrechamente relacionados, no son idénticos. Todos son aspectos o dimensiones de un constructo que los engloba: el autoconcepto (Polaino-Lorente, 1988).

Las autovaloraciones de un sujeto dependen en

parte de sus experiencias previas de éxito o fracaso. Así, cabe suponer que la conducta de quien posee un alto autoconcepto fue reforzada casi siempre de forma positiva, mientras que las personas con un bajo autoconcepto han fracasado o han sido criticadas en muchas situaciones anteriores. Esta característica otorga al autoconcepto un alto grado de estabilidad que, una vez establecido, lo hace difícil al cambio.

Las personas con una alta autoestima están habituadas a experimentar situaciones exitosas y son tolerantes a la frustración, tienen gran confianza en su propia competencia, se responsabilizan de sus éxitos y fracasos dando siempre más importancia a los primeros; están seguros de sí mismos y, por tanto, de que los demás responderán positivamente ante el autoconcepto que les caracteriza. En contraste, los sujetos con baja autoestima se responsabilizan más de sus fracasos que de sus éxitos, con lo que demuestran no haber desarrollado estrategias adecuadas para proteger y ensalzar su autoconcepto. La preocupación por lo que los demás piensen de ellos será mayor, con lo que aumentará su ansiedad social, siendo más vulnerables a las críticas.

Rosenberg (1986) afirma que una baja autoestima suele asociarse a alteraciones psicológicas, tendencia a la tristeza y a la depresión y estados afectivos negativos como la irritabilidad, la agresión, un bajo nivel de satisfacción personal y ansiedad.

## Instrumento de evaluación empleado

El instrumento de evaluación aquí empleado fue el *Piers-Harris Children's Self-Concept Scale* —PHCSCS— (Piers y Harris, 1964; Piers, 1969; traducción de Fierro, 1976, facilitada por el autor), una escala que consta de 80 ítems y evalúa el autoconcepto infantil. La edad de aplicación es de 8 a 16 años, y el tiempo que se emplea en contestarla es de 10 a 15 minutos.

El modo de respuesta es sí/no y cada ítem contestado de forma adecuada se puntúa con un punto. A mayor puntuación, mejor autoconcepto. La puntuación total oscila entre 0 y 80. Así, una puntuación de 80 se considera como el resultado de un *self* muy positivo o del empleo sistemático de mecanismos de defensa.

La escala aporta un resultado global del autoconcepto infantil, si bien pueden diferenciarse seis factores: conducta, inteligencia/estatus escolar, apariencia física, ansiedad, satisfacción/felicidad y popularidad.

Los coeficientes de fiabilidad test-retest encontrados oscilan entre 0,78 y 0,93 para los niños de la población escolar, y entre 0,42 y 0,98 para los niños de educación especial. Los coeficientes de consistencia interna para el resultado global oscilan entre 0,88 y 0,92.

Algunas investigaciones en las que se ha empleado la escala son las de Hughes (1984), Janos, Fung y Robinson (1985), Coleman (1985) y Zimet y Farley (1986).

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

- a) Al día siguiente del ingreso se evalúa el autoconcepto.
- b) En los niños del grupo experimental se comienza con la aplicación del programa.
- c) El día en que el niño es dado de alta se vuelve a evaluar (fase post) el autoconcepto.

## Descripción del programa

El programa 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 horas 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 horas 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 tolerante.

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 elegidos por cada niño— para gratificar sus conductas e incrementar la probabilidad y frecuencia de ocurrencia de aquéllas. 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.).

### Análisis y discusión de los resultados

Realizamos a continuación un análisis de covarianza con las variables evaluadas antes de la intervención

(pretest). Se trata de comprobar si hay diferencias significativas entre el grupo de niños que recibió el programa PHSP y el grupo control.

Las hipótesis nulas ( $H_0$ ) que planteamos en los diferentes análisis de covarianza sostienen que la media de las puntuaciones obtenidas por los niños del grupo control ( $M_1$ ) es igual a la media del grupo experimental ( $M_2$ ); mientras que las hipótesis de trabajo ( $H_1$ ) plantean que las medias de ambos grupos difieren significativamente.

- $H_0: M_1 = M_2$
- $H_1: M_1 \neq M_2$

Por consiguiente, de confirmarse nuestra hipótesis de trabajo en los resultados, habrá que concluir que hay diferencias 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 al programa de intervención aplicado.

*Regla de decisión estadística:*

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

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

TABLA 1

*Análisis de covarianza de los resultados obtenidos en la variable autoconcepto tras la administración del programa. Se reflejan las fuentes de variación (FV; debidas a los tratamientos y al error), las sumas cuadráticas (SC), los grados de libertad (g.l.), los cuadrados medios (CM) y la F de Snedecor*

FV	SC	g.l.	CM	F
Trat.	474,85	1	474,85	25,3
Error	695,25	37	18,8	

La F calculada es 25,3. Por tanto, con una probabilidad de  $\alpha = 0,05$  y  $\alpha = 0,01$ , rechazamos  $H_0$  y aceptamos  $H_1$ : el autoconcepto de los pacientes pediátricos que recibieron el programa de intervención no ha sufrido devaluación alguna.

Del análisis de covarianza se desprende que las diferencias entre el grupo de niños que recibió el programa de preparación a la hospitalización y el seguimiento psicopedagógico (PHSP) y el grupo control son significativas, tanto al nivel de confianza del 95 por 100 como del 99 por 100. Se rechazan así las hipótesis nulas y se aceptan las hipótesis alternativas, lo que indica que las diferencias observadas entre los grupos se deben a la acción de la variable independiente, en nuestro caso a la administración del programa de intervención diseñado.

Por tanto, podemos concluir que, por lo que se refiere a la variable autoconcepto, hay que afirmar que en los niños hospitalizados sometidos al programa PHSP se experimentó un cambio positivo y significativo de mejora. No sucedió así en el grupo control,

que sufrió una ligera devaluación del autoconcepto, tras el período de ingreso en la clínica.

Esta observación está en la línea de otras diversas investigaciones (Billings et al., 1987; Susman et al., 1987; Barbero, 1988; Edwards y Endler, 1989, etc.), en las cuales se afirma que la hospitalización origina alteraciones psicológicas en los niños, lo que les lleva a tener una visión más negativa de sí mismos. Por otro lado, sabemos que la hospitalización tiende a ser vista por algunos niños como un castigo o un indicador de mala suerte, percepciones que también inciden directamente sobre su autoconcepto.

Paralelamente, los resultados aquí obtenidos confirman la eficacia generada por los programas de intervención en el ámbito de la hospitalización infantil. Dicha intervención contribuye a reducir en los niños los sentimientos de ansiedad y depresión, logrando así el restablecimiento de un autoconcepto positivo en el paciente, favoreciendo mejor su ajuste y funcionamiento psicosocial.

## Conclusiones

Aceptamos con una probabilidad de 0,01 la hipótesis formulada: en efecto, el autoconcepto de los pacientes pediátricos que recibieron el programa de intervención no ha sufrido devaluación alguna. Por otra parte, la variable *autoconcepto* experimentó un cambio positivo significativo y mejoró en los niños hospitalizados sometidos al programa PHSP. No sucedió así en los niños del grupo de control que sufrieron una ligera devaluación del autoconcepto, tras el período de ingreso.

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

Los resultados que hemos obtenido son consistentes con los de otras investigaciones previas, corroborando 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.

---

## Referencias

Atkins, D. M. (1981). Evaluation of preadmission preparation program: Goals clarification at the first step. *Fall, 10* (2), 48-50.

- Barbero, G. J. (1988). Hospitalization of children. En M. I. Gottlieb y J. E. Williams (eds.). *Developmental Behavioral Disorders* (vol. I). Plenum Publishing Corporation.
- Billings, A. G., Miller, J. J. y Gottlieb, J. E. (1987). Psychosocial adaptation in juvenile rheumatic disease: A controlled evaluation. *Health Psychology, 6* (4), 343-359.
- Carmel, S. (1990). Patient complaint strategies in a general hospital. *Hospital and Health Services Administration, 35* (2), 277-283.
- Coleman, J. M. (1985). Achievement level, social class and self-concept of mildly handicapped children. *Journal of Learning Disabilities, 18* (1), 26.
- Dahlquist, L. M. y Gil, K. M. (1986). Preparing children for medical examination: The importance of previous medical experience. *Health Psychology, 5* (3), 249-259.
- Edwards, J. M. y Endler, N. S. (1989). Appraisal of stressful situations. *Personality and Individual Differences, 10* (1), 7-10.
- Frank, J. D. (1988). Psychological and behavioral aspects of illness and treatment. *Revista Latinoamericana de Psicología, 20* (1), 45-54.
- Hughes, H. M. (1984). Measures of self-concept and self-esteem for children ages 3-12 years. A review and recommendations. *Clinical Psychology Review, 4* (6), 657-692.
- Janos, P. M., Fung, H. C. y Robinson, N. M. (1985). Self-concept, self-esteem and peer relations among gifted children who feel different. *The Gifted Child Quarterly, 29* (2), 78-82.
- Olson, R. A., Holden, E. W. y Friedman, A. (1988). Psychological consultation in a children's hospital: An evaluation of services. *Journal of Pediatric Psychology, 13* (4), 479-492.
- Piers, E. V. (1969). *Manual for the Piers-Harris Children's Self-Concept Scale*. Nashville, Tennessee. Counselor Recoding and test.
- Polaino-Lorente, A. (1988). El tema del autoconcepto y sus implicaciones en las investigaciones clínicas, en V.V.A.A.: *Identidad, normas y diversidad* (pp. 29-52). San Sebastián: Ed. Universidad del País Vasco.
- Polaino-Lorente, A. y Lizasoain, O. (1990). Programas para la preparación a la hospitalización infantil. En Buceta y Bueno (eds.), *Modificación de Conducta y Salud* (pp. 126-151). Madrid: Eudema Universidad.
- Rosenberg, M. (1986). Self-concept from middle childhood through adolescence. *Psychological Perspectives on the Self, Vol. 3*, pág. 107.
- Susman, E. J., Dorn, L. D. y Fletcher, J. C. (1987). Reasoning about illness in ill and healthy children and adolescents: Cognitive and emotional developmental aspects. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 8* (5), 266-273.
- Thompson, R. H. (1965). *Psychosocial Research in Pediatric Hospitalization and Health Care*. Charles C. Thomas, Springfield, IL.
- Zimet, S. G. y Farley, G. K. (1986). Four perspectives on the competence and self-esteem of emotionally disturbed children beginning day treatment. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 25* (1), 76-83.