

usuario al contexto hospitalario, ya que lo importante para ellos es diagnosticar la enfermedad e intervenir para eliminar la patología. Por lo tanto, desestiman, en cierta medida, el modelo biopsicosocial, por no conceder la suficiente importancia a la adaptación a la que debería someterse el medio para atender satisfactoriamente al usuario. Al mismo tiempo, que restan prioridad a los efectos positivos que puede aportar la presencia de una persona acompañante.

Conclusiones

Previo al desarrollo de este tipo de programas consideramos que para optimizar sus resultados tendríamos que tener en cuenta la opinión de los profesionales sanitarios y no-sanitarios, por ser estos los que tienen una relación directa con el niño.

Referencias bibliográficas

León Rubio, J.M.; Gómez Garrido, A. y Durán Pérez, C. (1991). Estrés ocupacional en profesionales de salud. *Revista de Psicología Social Aplicada*. 1 (1): 41-50.

León Rubio, J.M.; Jarana Expósito, L. y Blanco Abarca, A. (1991). Entrenamiento en habilidades sociales al personal de enfermería: efectos sobre la comunicación con el usuario de los servicios de salud. *Clínica y Salud*. 2 (1): 13-19.

Reig Ferrer, A. y Caruana López, A. (1990). Consumo de tabaco profesionales de la salud y su relación con el estrés ocupacional. *II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Comunicaciones. Psicología del Trabajo y las Organizaciones*.

Richart Martínez, M.; Cabrero García, J. y Reig Ferrer, A. (1993). Hospitalización y estrés en el paciente: percepción diferencial de estresores entre pacientes y personal de enfermería. *Análisis y Modificación de Conducta*. 63 (19): 75-89.

Rodríguez Marín, J. (1986). El impacto psicológico de la hospitalización. *Análisis y Modificación de Conducta*. 12 (33): 421-439.

Rodríguez Marín, J. (1988). El impacto psicológico de la hospitalización. En: S. Barriga et al (Coords.). *Psicología Social de los Problemas Sociales*. Granada: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Granada, 319-330.

Rodríguez Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.

Efectos sobre las conductas posthospitalarias de un programa de preparación psicosocial para la cirugía

Effects on the posthospitalarias behaviours of a program of psicosocial preparation for the surgery

Yolanda Troyano Rodríguez, José María León Rubio y Francisco Javier Cantero Sánchez
Universidad de Sevilla

Resumen: Se evaluó la eficacia de un programa de preparación psicosocial para la cirugía para reducir los problemas de comportamientos posteriores a la hospitalización e incrementar la calidad del servicio de cirugía pediátrica. Participaron 78 niños en lista de espera para que se les practicara una amigdalectomía, 46 eran varones y 32 mujeres, con una edad media de 7,02 años. Se empleó un diseño experimental con grupos aleatorios, con bloques y medidas repetidas de las principales variables dependientes. El programa estuvo conformado por los siguientes elementos: hospitalización domiciliaria, entrenamiento de habilidades de comunicación al personal sanitario, información al niño sobre el hospital, la cirugía y las personas que le atenderían, entrenamiento en estrategias de afrontamiento mediante modelado, y formación en grupos de apoyo con los padres. Los resultados permitieron confirmar que éste fue eficaz para reducir los problemas de comportamientos posteriores a la hospitalización y aumentar algunos parámetros habituales en la valoración de la calidad de los servicios de salud.

Palabras clave: Psicología Social de la Salud; hospitalización infantil; conductas posthospitalarias y recuperación quirúrgica.

Abstract: The effectiveness of a program of psicosocial preparation for the surgery was evaluated in order to reduce the problems of later behaviours to the hospitalisation and to increase the quality of the service of paediatric surgery. 78 scheduled-for-surgery children, participated, so that they are practiced an amigdalectomía, 46 were male and 32 female with a 7.02 year-old medium age. An experimental design was used with aleatory groups, with blocks and repeated measures of the main dependent variables. The program was conformed by the following elements: domiciliary hospitalisation, training the sanitary personnel in communication skills, information on the hospital to the child, the surgery to be performed and people that would assist him, training in coping strategies by means of modelling, and formation in support groups with the parents. The results allowed confirming that this was effective to reduce the later behaviour problems to the hospitalisation and to increase some habitual parameters in the assessment of the quality of the services of health.

Abstract: Social psychology of the Health; infantile hospitalisation; posthospitalarias behaviours; intervention programs and postquirúrgica recovery.

Planteamiento del problema

Se evaluó un programa de preparación psicosocial para la cirugía en régimen de hospitalización domiciliaria que consta de los siguientes componentes: entrenamiento en habilidades de comunicación al personal sanitario encargado de la atención y cuidado del niño. Información al niño sobre el medio en el que será atendido, las personas que se encargarán de sus cuidados y el tipo de servicios que le serán prestados. Entrenamiento en estrategias de afrontamiento mediante modelado. Formación de grupos de apoyo con los padres para que participen en el proceso de recuperación postquirúrgica.

Este programa pretende como objetivo prioritario promover cambios en el régimen hospitalario que reduzcan los efectos yatrogénicos de la hospitalización y faciliten la participación de los padres como apoyo del niño. En estudios previos este programa ha demostrado su eficacia para reducir los niveles subjetivos de ansiedad y de estrés fisiológico del niño previos a la intervención quirúrgica y la mejora de los signos clínicos (León, 1999; Cantero, 2000), así como la disminución del estrés de los padres ante la intervención de sus hijos (Cantero, 2000).

Quedando pendientes la evaluación de sus efectos a largo plazo sobre el comportamiento del niño y la calidad de los servicios. En consecuencia, se han planteado los siguientes objetivos e hipótesis.

Se pretende comprobar el valor de dicho programa para reducir los problemas de comportamiento posteriores a la hospitalización, así como incrementar la calidad de los servicios de salud.

Para lograr dicho objetivo, se pondrán a prueba las siguientes hipótesis:

1. Si reducimos el tiempo de hospitalización, ofrecemos información al paciente sobre la intervención quirúrgica a la que

Dirección postal de contacto: Dpto. Psicología Social. Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla. C/ Camilo José Cela, s/n. 41018 Sevilla
Número de teléfono: 954557702/954554434
Número de fax: 954557711
Correo electrónico:
ytroyano@us.es
jmleon@us.es
fjcantero@us.es

será sometido y le exponemos a modelos de afrontamiento de ésta. Entonces el impacto de este acontecimiento traumático será minimizado y los pacientes pediátricos expuestos a las mismas presentarán menos problemas de conducta durante el postoperatorio que aquellos no sometidos a ellas.

- Si la recuperación del paciente pediátrico se ve facilitada por la exposición a este tipo de programas. Entonces la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud será mayor.

Método

Participantes

En la investigación participaron setenta y ocho niños, 46 varones y 32 mujeres, con edades comprendidas entre los 6 y 8 años, de la lista de espera del Hospital del Tomillar (dependiente del SAS, ubicado en Dos Hermanas, Sevilla) para ser intervenidas de amigdalas y vegetaciones.

Se eligieron dichas intervenciones porque suelen constituir la primera experiencia de hospitalización para los niños y son problemas de otorrinolaringología (ORL) que con frecuencia presentan la misma causa y el mismo grado de gravedad, lo que permite controlar, en cierta medida, dichas variables extrañas.

Diseño

Se empleó un diseño experimental con grupos aleatorios con bloques y medidas repetidas de la variable dependiente que estuvo constituida por las distintas puntuaciones que es posible obtener mediante la aplicación del Cuestionario de Conductas Posthospitalarias. La variable dependiente grado de satisfacción de los padres con los servicios recibidos fue medida una sola vez, después de retirar el tratamiento.

Los sujetos fueron agrupados en bloques con valores similares en las variables edad, sexo y grado escolar. Seguidamente se asignaron al azar los sujetos de cada bloque a uno de los dos grupos, cada uno de ellos quedó conformado por 39 sujetos. La condición control y la condición experimental fueron también asignadas al azar a uno de estos dos grupos.

Instrumentos

Cuestionario de Conductas Posthospitalarias. Adaptación española de Palomo (1995), del Behavior after Hospitalization Scale de Vernon, Schulman y Foley (1966). Este cuestionario se utiliza para que los padres valoren los cambios de conducta de los niños en respuesta a la enfermedad y a la hospitalización. Se compone de 27 ítems, con 5 alternativas de respuesta que van desde "mucho menos que antes" hasta "mucho más que antes". La aplicación de este cuestionario permite obtener una puntuación general de comportamiento desadaptativo tras la hospitalización y puntuaciones específicas para las siguientes escalas o dimensiones: Miedos específicos, hábitos desadaptativos, ansiedad ante el castigo y falta de intereses (regresión). Ansiedad de separación. Ansiedad sobre el sueño o problemas para dormir. Problemas con las comidas y la alimentación. Rebelión activa contra los padres o agresividad frente a la autoridad. Apatía y encerrarse en sí mismo (repleción).

Escala de satisfacción con la atención recibida. Escala tipo Likert elaborada al efecto que se aplicó a los padres para que valorasen la atención recibida. Consta de 1 solo ítem con 7 opciones de respuesta que van desde "Muy insatisfecho" hasta "Muy satisfecho".

Procedimiento

La investigación constó de las fases que se detallan a continuación.

Fase de pre-anestesia. Un mes antes de la intervención todos los niños acudieron al Servicio ORL con para realizar las pruebas de anestesia. En este momento se les aplicó de forma individual la *Batería de Socialización* y se recabó de los padres información sobre la *experiencia anterior* del niño en hospitalización.

De forma individual el personal del ala A del Servicio de ORL, que tratarían con los niños asignados al grupo experimental, fue expuesto a la aplicación informática *Habilidades de información y comunicación en la atención al usuario*, durante 9 sesiones de 45 minutos a razón de 1 sesión por día. Con posterioridad y en grupo observaron las video cintas *Entrenamiento en Habilidades Sociales: Tres estilos de respuesta y comunicación no verbal en el marco hospitalario* y realizaron ejercicios de rol-play sobre los tópicos considerados en dichas video cintas. Para ello se emplearon 2 sesiones de 90 minutos cada una de ellas.

Fase de precirugía. Una semana antes de la intervención los fueron citados al Servicio de ORL para un chequeo médico. Durante esta consulta se informó a los padres, de forma verbal y por escrito, de los *cuidados de salud* que deberían prestar al niño antes, durante y después de la intervención.

Los padres de los niños asignados al grupo experimental fueron también informados de las *atenciones psicológicas* que deberían dispensar al niño. Además, padres y niños fueron expuestos a la video cinta *En el hospital*.

Fase de Consulta Externa. Dos semanas después de la intervención los niños acudieron a la consulta de ORL para un chequeo final y, si procedía, recibían el alta hospitalaria. Durante esta consulta, se le administró a los padres el Cuestionario de Conductas Posthospitalarias y la Escala de Satisfacción con la Atención Recibida. El médico, por su parte, cumplimentó el Informe de molestias físicas posthospitalarias. Con posterioridad, a los 30 y 60 días de alta un ATS visitaba cada uno de los hogares de los niños y aplicaba a los padres el Cuestionario de Conductas Posthospitalarias.

Resultados

Conductas Posthospitalarias

Los datos fueron las puntuaciones obtenidas por los sujetos en las distintas escalas del Cuestionario de Conductas Posthospitalarias, en los tres momentos en que se aplicó éste, a los quince, cuarenta y cinco, y setenta y cinco días de la intervención quirúrgica.

Con estos datos se realizaron distintos análisis de la varianza con dos factores (los distintos momentos en que fue medida esta variable dependiente y las condiciones a las que fueron asignadas los sujetos; control o experimental) con varias muestras por grupo. Los resultados obtenidos en cada una de las pruebas efectuadas se presentan seguidamente ordenados en función de las distintas escalas que conforman el Cuestionario de Conductas Posthospitalarias.

Tabla 1
Puntuaciones medias de las subescalas del Cuestionario de conductas Posthospitalarias

| Ansiedad General y Regresión | | | | |
|------------------------------|----------|----------|----------|-------|
| | Medida 1 | Medida 2 | Medida 3 | Total |
| Control | 39.78 | 38.51 | 37.85 | 38.71 |
| Experimental | 30.42 | 29.13 | 29.08 | 29.54 |
| Total | 35.10 | 33.82 | 33.46 | |
| Ansiedad por separación | | | | |
| Control | 10.08 | 9.38 | 9.30 | 9.59 |
| Experimental | 10.03 | 9.29 | 9.40 | 9.58 |
| Total | 10.05 | 9.34 | 9.35 | |
| Problemas para dormir | | | | |
| Control | 14.88 | 14.38 | 14.28 | 14.51 |
| Experimental | 11.68 | 10.58 | 10.82 | 11.03 |
| Total | 13.28 | 12.48 | 12.55 | |
| Problemas con las comidas | | | | |
| Control | 7.29 | 6.88 | 6.88 | 7.02 |
| Experimental | 6.53 | 5.87 | 6.12 | 6.18 |
| Total | 6.91 | 6.37 | 6.5 | |
| Agresividad | | | | |
| Control | 15.55 | 14.50 | 14.65 | 14.91 |
| Experimental | 12.10 | 11.66 | 11.71 | 11.83 |
| Total | 13.82 | 13.08 | 13.18 | |
| Apatía y Repleción | | | | |
| Control | 16.41 | 15.4 | 13.76 | 15.19 |
| Experimental | 14.46 | 13.53 | 12.37 | 13.45 |
| Total | 15.43 | 14.47 | 13.06 | |
| General o puntuación total | | | | |
| Control | 103.99 | 99.06 | 96.72 | 99.93 |
| Experimental | 85.21 | 80.07 | 79.52 | 81.60 |
| Total | 94.60 | 89.57 | 88.12 | |

Escala de Ansiedad General y Regresión. El análisis de la varianza reveló que los efectos principales de los grupos y las medidas fueron significativos. No así el efecto de la interacción.

El grupo control presentó significativamente más ansiedad y comportamientos de carácter regresivo que el grupo experimental y también se registraron disminuciones significativas de una medición a otra. Los valores de la razón de Fisher fueron $F(1,228)=368.65$; 4.32 ($p<0.001$), respectivamente.

El efecto del grupo se manifestó de forma significativa en las tres medidas que se efectuaron del mismo. El grupo control logró promedios más altos que el experimental en las tres medidas que se efectuaron, siendo los valores de significación, por orden, $t(76)=8.81$, 12.79 y 14.10 ($p<0.05$).

El grupo control presentaba en la Medida 1 un comportamiento significativamente más regresivo que en la Medida 2 y 3; con valores respectivos de $t(38)=3.60$ ($p<0.008$) y $t(38)=3.47$ ($p=0.01$) respectivamente. A su vez, en la Medida 2 el comportamiento desadaptativo era significativamente mayor que en la Medida 3, con $t(38)=2.72$ ($p<0.01$).

Por lo que respecta al grupo experimental, las fluctuaciones de los valores promedio de la escala fueron sólo significativas al comparar la Medida 1 con la Medida 2 y 3. En el sentido, de que en la Medida 1 los sujetos presentaban un comportamiento desadaptativo más significativo que en la Medida 2 y 3. En orden, los valores de la prueba fueron: $t(38)=3.61$ ($p<0.0008$) y $t(38)=3.45$ ($p<0.01$).

Ansiedad por separación. El análisis reveló que los efectos principales de tales factores no fueron significativos, al igual que la interacción de ambos factores.

Escala de problemas para dormir. El análisis desveló que el efecto principal de la condición a la que fueron asignados los sujetos fue significativo: $F(1,228)=64.85$ ($p<0.001$). Sin embargo, el efecto principal de las medidas y de la interacción entre ambos factores no fue significativo.

Escala de problemas con las comidas. Con las puntuaciones de dicha escala, se efectuó un análisis de varianza. Dicho análisis reveló que sólo fue significativo el efecto principal del grupo; la condición control obtuvo un valor promedio significativamente mayor que la condición experimental, con $F(1,228)=17.08$ ($p<0.001$).

El grupo experimental obtuvo en las tres medidas que se efectuaron de esta variable, puntuaciones medias más bajas que el grupo control, con valores de $t(76)=1.78$ ($p<0.03$); 3.40 ($p<0.01$) y 2.36 ($p<0.02$).

Escala de agresividad. Con las puntuaciones promedio de la escala se realizó un análisis de varianza que reveló que el único efecto significativo fue el del factor grupo. El grupo control obtuvo un promedio más alto que el grupo experimental, con $F(1,228)=59.15$ ($p<0.001$).

Los contrastes posteriores de medias que se realizaron mediante la prueba t Student para dos muestras, suponiendo varianzas iguales, revelaron $t(76)=4.01$; 4.79 y 4.95 ($p<0.001$) respectivamente.

Escala de apatía y repleción. En esta escala fueron significativos los efectos principales del grupo y de las medidas, pero no el de la interacción.

El grupo control obtuvo una puntuación promedio significativamente más alta que el grupo experimental, con $F(1,228)=15.90$ ($p<0.001$). También se registraron disminuciones significativas de una medición a otra, con $F(2,228)=9.97$ ($p<0.001$).

El efecto del grupo se manifestó de forma significativa en las tres medidas que se efectuaron del mismo. El grupo control logró una media más alta que el experimental en las dos primeras medidas. En orden, $t(76)=2.49$; y 3.05 ($p<0.003$).

Las puntuaciones medias grupo control discreparon de forma significativa. El grupo control presentaba en la Medida 1 un comportamiento significativamente más apático que en la Medida 2 y 3; con valores respectivos para la $t(38)=3.59$; 13.69 ($p<0.001$). A su vez, la Medida 2 era significativamente mayor que la Medida 3, con $t(38)=7.63$ ($p<0.001$).

Los promedios obtenidos por el grupo experimental fluctuaron entre medidas de forma significativa. En la Medida 1 presentaba un comportamiento significativamente más apático y de repleción que en la Medida 2 y 3; con valores $t(38)=4.15$ y 9.16 ($p<0.001$). A su vez, en el Momento 2 el comportamiento desadaptativo de estos sujetos era significativamente mayor que en el Momento 3, con $t(38)=4.04$ ($p<0.001$).

Escala general o puntuación total. Por último, en relación con los problemas de comportamiento posteriores a la intervención quirúrgica. Con las puntuaciones totales se realizó un análisis de varianza que reveló que el efecto principal de ambos factores fue significativo, no así el de la interacción de éstos.

En efecto, el grupo control presentó un promedio significativamente mayor que el grupo experimental, con $F(1,228)=288.72$ ($p<0.001$). Igualmente, las fluctuaciones de los promedios entre medidas fueron significativas, con $F(2,228)=13.27$ ($p<0.001$).

La comparación de los valores medios del grupo control y experimental en las tres medidas que se efectuaron indicó que el grupo control logró, en todas ellas, valores medios superiores significativamente a los alcanzados por el grupo experimental, con valores de $t(76)=8.06$; 12.28 y 10.56 ($p<0.001$).

Las fluctuaciones de los valores medios del grupo control entre medidas fueron estadísticamente significativas; así, al contrastar la media de la Medida 1, con la media de la Medida 2 y 3, se obtuvieron valores $t(38)=5.75$ y 7.68 ($p<0.001$). Por su parte, el valor de t resultante de la comparación de las medias de la Medida 2 y 3 fue $t(38)=7.36$ ($p<0.001$).

Las medias obtenidas por el grupo experimental fluctuaron entre medidas de forma significativa. Presentaba en la Medida 1 un comportamiento significativamente más desajustado y problemático que en la Medida 2 y 3, con valores respectivos para el contraste de medias, $t(38)=6.49$ y 6.89 ($p<0.001$). A su vez, en el Momento 2 el comportamiento desadaptativo era significativamente mayor que en el Momento 3, con $t(38)=1.72$ ($p=0.04$).

Grado de satisfacción con la atención recibida

Los datos fueron las respuestas de los padres al Cuestionario de Satisfacción con la atención recibida. Con estos datos se realizó una tabulación cruzada en función del tratamiento y se aplicó la prueba de significación de Ji cuadrado de Pearson, ésta reveló dife-

rencias estadísticamente significativas entre las condiciones control y experimental, con $J(6)=13.42$ ($p=0.04$). La proporción de padres cuyos hijos fueron asignados a la condición experimental que se mostraron satisfechos fue mayor que la de aquellos cuyos hijos fueron asignados a la condición control.

Discusión

Pasamos a la discusión de los resultados en función de las hipótesis planteadas.

En la literatura sobre el tema, se suele afirmar que los programas de preparación psicosocial para la cirugía contribuyen a que el sujeto presente un funcionamiento psicosocial más ajustado (Palomo, 1995; Valdés y Flórez, 1995; Rodríguez y Zurriaga, 1997).

Dicha hipótesis también ha sido confirmada, en gran medida, en este caso. Pues los sujetos experimentales presentaron significativamente un mejor funcionamiento psicosocial según los datos del Cuestionario de Conductas Posthospitalarias.

En relación con esto último, señalaremos que el programa de preparación influyó sobre la puntuación general o total del Cuestionario de Conductas Posthospitalarias, así como sobre las puntuaciones de cinco, de las seis subescalas que componen esta prueba. La única escala sobre la que no tuvo ningún impacto diferencial el programa de preparación fue la de ansiedad por separación.

Por tanto, en principio podríamos decir que el programa de preparación psicosocial puesto a prueba es eficaz para reducir los problemas de comportamiento posteriores a la hospitalización y para facilitar un mejor ajuste psicosocial.

Por otro lado, como apunta Salvador Peiró (1997), los resultados de la atención de salud también se miden desde el punto de vista de la satisfacción del usuario.

Una vez más los sujetos experimentales discreparon significativamente de los controles, en este caso en el grado de satisfacción con la atención de salud que se les dispensó. Sin duda alguna, el trato más humanizado y la participación activa que suponen estos procedimientos son razones suficientes para que los usuarios se sientan satisfechos con la atención recibida, pues ambas cosas son gratificadoras por sí mismas (León, Jarana y Blanco, 1991).

Lo cierto, sin duda alguna, es que nuestro programa de preparación fue eficaz para incrementar la satisfacción de éstos con la atención de salud recibida, confirmándose de esta forma lo previsto en nuestras hipótesis.

Conclusiones

Los resultados de la presente investigación permiten concluir, que el programa de preparación psicosocial para la cirugía puesto a prueba, es eficaz, eficiente y efectivo para: la mejora del ajuste psicosocial durante el postoperatorio; lo que supone una disminución importante de los problemas de conducta que suelen presentarse tras la intervención quirúrgica y, para el aumento de la satisfacción de los usuarios.

Referencias bibliográficas

Cantero, F.J. (2000). Psicología Social de la Salud en hospitalización infantil: Diseño, aplicación y evaluación de un programa de

preparación psicológica para la cirugía. Tesis Doctoral inédita. Universidad de Sevilla.

León, J.M.^a. (1999). Diseño, aplicación y evaluación de un programa de preparación psicosocial para la cirugía. *Investigación presentada en la oposición a cátedra*. Universidad de Sevilla.

León, J.M.^a; Jarana, L. y Blanco, A. (1991). Una perspectiva psicosocial. En J.M.^a. León y L. Jarana, *Psicología de la Salud: Aportaciones al trabajo de enfermería*. (págs. 13-52). Sevilla: Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla.

Palomo, M.^a.P. (1995). *El niño hospitalizado: Características, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.

Peiró, S. (1997). Evaluación y aspectos organizativos de las tecnologías sanitarias en los hospitales. En Asociación Española de

Evaluación de Tecnologías Sanitarias. *Medicina basada en la evidencia (MBE): Evaluación tecnológica y práctica clínica*. Madrid: MSD.

Rodríguez, J. y Zurriaga, R. (1997). *Estrés, enfermedad y hospitalización*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Valdés, C. y Flórez, J.A. (1995). *El niño ante el hospital. Programas para reducir la ansiedad hospitalaria*. Oviedo: Servicio de Publicaciones de Oviedo.

Vernon, D.T.; Schulman, J.L. y Foley, J.M. (1966). Changes in children's behavior after hospitalization. *American Journal Diseases Child*. 3: 581-593.