

Primeros resultados de una experiencia en estimulación hospitalaria

Montserrat GOMEZ DE TERREROS
Natividad SALAZAR ESPADERO
Ignacio GOMEZ DE TERREROS
Manuel NIETO BARRERA
Hospital Infantil «Virgen del Rocío». Sevilla

Desde febrero de 1984, el Servicio de Lactantes del Hospital Infantil Virgen del Rocío de Sevilla viene desarrollando un programa en torno al niño hospitalizado, dirigido a prevenir los efectos de la hospitalización y de la enfermedad en general. La primera de las actividades que se pusieron en marcha fue la Unidad de Estimulación Hospitalaria, cuyos resultados iniciales quedan expuestos en este trabajo.

Actualmente, dentro de la concepción de atención sanitaria, el hospital debe dirigir sus actividades de acuerdo con la programación del área a la cual está vinculado, realizando además de las acciones asistenciales otras de promoción de la salud, preventivas, de investigación y docencia y de formación e información.

Dentro de este nuevo marco de salud, y coincidiendo con Guerin (1977), tal vez se podría conseguir una hospitalización mejor concebida y menos «frustrante» para los niños. De sobra sabemos que no es tarea fácil, pues existen demasiados factores que intervienen en este proceso. Todos los niños no «viven» por igual la hospitalización. El motivo de ingreso y el tiempo de permanencia hacen ya que la estancia sea percibida de manera muy distinta por cada niño; las actitudes de los padres, las relaciones que éstos mantienen con el personal sanitario, las actitudes de este mismo personal, etc., son factores influyentes en la hospitalización del niño y controlarlos es muy difícil.

El niño hospitalizado presenta en múltiples ocasiones un retraso madurativo que puede ser debido a diversas patologías frecuentemente neurológicas o a que, por su enfermedad o por otras causas, el entorno no haya sido suficientemente estimulante.

A esto debemos añadir la problemática que puede derivarse de la hospitalización y que, sin llegar al hospitalismo descrito por Spitz (1945) realmente difícil de encontrar en nuestros hospitales (Jaso y cols., 1968) puede aparecer como trastornos más o menos graves de conducta, no sólo durante el periodo de estancia en el hospital, sino cuando se produce la vuelta a casa (Vernon, 1966; Guerin, 1977). Pueden verse los estudios efectuados con lactantes por Douglas (1975) y por Quinton y Rutter (1976) en los cuales se muestran las consecuencias a largo plazo derivadas de hospitaliza-

ciones prolongadas y repetidas, estudios que manifiestan que tales permanencias en los hospitales son acompañadas por alteraciones en el comportamiento y pobres resultados escolares.

El objetivo fundamental que persigue la Unidad de Estimulación Hospitalaria es facilitar el desarrollo del niño ingresado, evitando la deprivación afectiva y la falta de estimulación que conlleva la hospitalización.

Se pensó en principio que esta Unidad atendiera a los niños ingresados por el Servicio de Neurología, por ser éstos quienes presentan los retrasos madurativos más graves. Con posterioridad, debido a los logros que iban obteniéndose y a la transitoriedad de esta estimulación, se abrió la Unidad a los niños con sospecha de déficits afectivos, generalmente traídos a consulta por retraso psicomotor. En muchos de estos casos, la hospitalización adquiere ciertos aspectos positivos al modificar determinadas pautas de conducta dirigidas al niño y al facilitarle una estimulación plurisensorial de la que muchos carecen, educando a su vez a los padres, haciéndoles tomar conciencia de que al niño no sólo hay que lavarle, alimentarle y abrigarle, sino que hay que dedicarle horas de juego y estimulación, enseñándoles las pautas apropiadas para la edad de cada niño.

Actualmente nuestro concepto de los niños que deben acogerse en esta Unidad sigue evolucionando, ampliándose a aquellos lactantes para los que se prevea un tiempo de hospitalización largo, tanto si presentan retraso madurativo como si no, y entre los cuales destacan los lactantes sometidos a recuperación nutricional por la Unidad de Gastroenterología y Nutrición. Algunos resultados (Winter y cols., 1986) señalan una mejor recuperación ponderal cuando a los tratamientos nutricionales se les añade el programa de estimulación apropiado para cada caso.

A partir de la experiencia en torno a la Unidad de Estimulación Hospitalaria, y tras las reformas habidas en el Servicio de Lactantes, se han puesto en marcha una serie de recursos para potenciar la estimulación plurisensorial tales como hilo musical, paneles de dibujos, distribución de juguetes, etc.; incluso la admisión de madres para que puedan estar junto a sus hijos hasta veinte horas diarias, con el objetivo de paliar las consecuencias de la separación madre-hijo durante este periodo de lactancia (de 1 a 24 meses) y favorecer la estimulación del niño.

El segundo objetivo que se persigue al establecer esta Unidad es el incrementar la formación del personal sanitario (ATS y auxiliares) en las nociones concernientes al desarrollo madurativo en cada una de sus áreas: social, psicomotriz, etc., con el objeto de que ello repercuta en que el trato que reciba el niño sea más humano y personalizado que simplemente profesional. Para ello se les ha facilitado información acerca de las metas, objetivos a conseguir y conductas que deben estimularse en estos niños, organizando conferencias y cursos a cargo de especialistas para que actualicen sus conocimientos.

Todo ello llevó a pensar cómo en el concepto actual de salud comunitaria (San Martín y Pastor, 1984) la familia debe ser igualmente atendida en un momento de especial predisposición como es la estancia en el hospital de su hijo. Así surgió el Aula de Salud, cuyo objetivo fundamental es educar a los padres en el trato y manejo de los niños, así como proporcionarles conocimientos en temas básicos de educación sanitaria. Para ello no sólo están presentes en las sesiones que se llevan a cabo en la Unidad de Estimulación Hospitalaria, donde aprenden, entre otros, ejercicios de estimulación, sino que pueden asistir a las sesiones de proyección de vídeos seguidos de coloquios y a grupos de información con personal especializado encaminados a que la educación y la formación para la salud lleguen de forma sencilla e interesante a todos los padres. Esta actividad del Aula de Salud, a la que ya han asistido desde noviembre de 1985 en que se creó aproximadamente un millar de madres, no sólo ha sido llevada a cabo en el hospital, sino que se ha desplazado también parte del equipo cuando otras entidades han solicitado su colaboración.

No se puede olvidar la importancia que cobra dentro de las funciones del hospital la investigación; por ello no se debe olvidar que actualmente vienen realizándose varios trabajos encaminados fundamentalmente a evaluar las intervenciones que se están llevando a cabo (encuestas, entrevistas, etc.).

Resumiendo, el hospital debe cumplir las siguientes funciones (Cabrero y cols., 1985):

1. Funciones de recuperación de la salud.
2. Funciones de prevención.
3. Funciones educativas y de formación.
4. Funciones de investigación.

Funciones que se procura no sólo no olvidar, sino potenciar para hacer realidad un nuevo concepto de salud integral, superador del criterio exclusivo de ausencia de enfermedad, que engloba aspectos psíquicos y

sociales de los individuos y sus colectividades. Se trata de potenciar la promoción de la salud, así como la humanización de la asistencia, de tal manera que el sistema sanitario se acerque a la comunidad.

Dada la importancia de la labor que está realizando este equipo, quizá deberíamos ir tomando conciencia de las aportaciones que el profesional de la psicología debe realizar en los hospitales infantiles y en las unidades de pediatría, lo que será objeto de un próximo trabajo.

Casuística

El número de niños que han sido atendidos por la Unidad de Estimulación Hospitalaria desde febrero de 1984 a abril de 1986 es de 86. La patología que presentaron fue: cardiológica (19%), respiratoria (3%), gastroenterológica (19%), neurológica (56%) y general (3%).

La media de edad de los niños fue de 10 meses, distribuida según los intervalos siguientes: 0-6 meses (16%), 7-12 meses (51%), 13-18 meses (30%) y más de 19 meses (3%).

Un 49% de estos niños recibió cuatro sesiones de estimulación o menos, lo cual supone que solamente se ha realizado una labor parcial con ellos. El resto (51%) son los niños con quienes hemos investigado los resultados producto de la estimulación ya que han recibido una media de 16 sesiones.

Método

La metodología que se sigue cuando un niño llega a la Unidad de Estimulación Hospitalaria es la siguiente: previa valoración del nivel de desarrollo madurativo del niño mediante el DDST (Frakenburg y cols., 1967 y 1970), se recomienda la pauta de estimulación a seguir utilizando los programas de la Universidad de Washington¹, que contemplan los niveles motor, social-adaptativo y lenguaje, especificándose los logros a alcanzar en cada nivel, el modo de llevarlos a cabo y el material necesario para ello. Esta información se facilita al personal sanitario y a los padres del niño, los cuales se encargarán de realizar el programa prefijado, con la supervisión periódica de la ATS estimuladora.

Resultados

El programa general de estimulación consta de 36 ítems, divididos en cinco etapas que corresponden a distintas edades; de manera que, una vez valorado el nivel de desarrollo madurativo del niño, se elige la etapa conveniente en función de su edad madurativa.

La media de ítems superados ha sido de cinco, siendo el intervalo de edad de los siete a los doce meses la etapa en la que se consiguen mayores éxitos, le sigue el intervalo de 13 a 18 y, detrás queda el de cero a seis meses. Estas diferencias no son significativas, como tampoco lo son si comparamos los resultados obtenidos distribuyendo a la muestra según su patología.

¹ Programas de la Unidad de Educación Experimental. Colegio de Educación y Desarrollo Infantil y Centro de Retraso Mental de la Universidad de Washington (adaptados por la Unidad de Neuropediatría del hospital donde se desarrolla la experiencia).

Otro dato importante es el coeficiente de correlación lineal entre el número de sesiones recibidas y el número de ítems superados, el cual es igual a 0,33, lo cual implica que el número de ítems superados no está significativamente en función del número de sesiones recibidas. Debido a la diversidad de causas que pueden aparecer asociadas a un retraso madurativo, este dato no nos llama la atención, pues los niños infraestimulados o deprivados afectivamente superan muchos ítems en poco tiempo, mientras que algunos enfermos neurológicos avanzan poco tras muchas sesiones de estimulación.

Si queremos ver cuál es el área de estimulación en que se consiguen mejores resultados, la distribución es la siguiente: la media de ítems superados en el área motriz es de 16%, en la social-adaptativa del 12% y en la del lenguaje del 10%.

En resumen:

1. Todos los niños comenzaron con programas para edades inferiores a las edades cronológicas que tenían y ninguno de ellos consiguió al final del periodo de estimulación equipararse a ella.

2. Sólo el siete por ciento de los niños han superado uno o ningún ítem del programa. De ellos, cuatro son enfermos neurológicos, dos son gastroenterológicos y uno cardiológico.

3. Ningún niño hospitalizado, cualquiera que haya sido su patología o la duración del ingreso, ha dejado de conseguir algún ítem que poseía el primer día que acudió a la Unidad de Estimulación, dato que permite valorar nuestro trabajo como positivo.

Recordamos una vez más que estos resultados corresponden a una actividad más de las varias que se incluyen dentro del programa de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud desarrollado por el Servicio de Lactantes con resultados esperanzadores.

Anexo

Programa nº 1. De 0 a 3 meses

Area Motora:

1. El niño manifestará el reflejo ambulatorio.
2. El niño controlará la cabeza estando sujeto en la posición de sentado.
3. Estando boca abajo, el niño alzarla la cabeza como mínimo 45° del plano del cuerpo.

Area Perceptivo-Cognitiva:

1. El niño fijará su visión en objetos o personas.
2. El niño seguirá con la visión un objeto situado a unos 15 ó 20 cms. de distancia de sus ojos.

Area del lenguaje

1. El niño emitirá sonidos guturales.

Programa nº 2. De 3 a 6 meses

Area Motora:

1. Ayudando al niño a sentarse, la cabeza no caerá hacia atrás.
2. El niño podrá rotar sobre su cuerpo.
3. El niño se sentará con mucho soporte.
4. El niño soportará con sus pies su propio peso.

Area Perceptivo-cognitiva:

1. El niño retendrá en su mano un objeto durante un mínimo de 15".
2. El niño será capaz de coordinar la prensión con la succión.
3. Aparecerá la prensión voluntaria.

Programa nº3 . De 6 a 9 meses

Area Motora:

1. El niño se sentará con un mínimo de apoyo.
2. Aparecerá la respuesta de paracaída.
3. El niño se sentará sin apoyo.
4. Aparecerá el reflejo de apoyo lateral.
5. Acostumbrarle a estar de pie.
6. El niño soportará su peso sobre las manos cuando esté tumbado boca abajo.
7. El niño se arrastrará sobre una superficie plana hasta conseguir un objeto.

Area Perceptivo-cognitiva (Psicomotricidad fina):

1. El niño sostendrá y golpeará dos objetos.
2. El niño empleará el dedo índice.
3. Buscará objetos.

Area del lenguaje:

1. El niño emitirá sonidos dentales y labiales.
2. El niño responde a su nombre.

Programa nº 4. De 9 a 12 meses

Area Motora:

1. El niño pasará sin ayuda de la posición boca abajo o boca arriba a sentado y viceversa.
2. El niño andará a gatas.
3. El niño permanecerá en pie sin apoyo.

Programa nº 5. De 12 a 15 meses.

Area motora (Psicomotricidad global):

1. El niño permanecerá de pie sin apoyo.
2. El niño dará sus primeros pasos.
3. El niño equilibrará su peso cuando camine.

Area perceptivo-cognitiva adaptativa. (Psicomotricidad fina):

1. Agarrará objetos con el pulgar y el índice.
2. Rodará una pelota y la esperará a su vez.

Referencias

- Cabrerizo Portero, González Murga y Milano Manso: El hospital en el concepto integral de salud. *Todo Hospital*, 1985, 13: 23-46.
- Douglas, J.W.B.: Early hospital admissions and later disturbances of behavior and learning. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 1975, 17:456-480.
- Frankenburg, W.K. y Dodds, J.B.: *The Denver Developmental Screening Test*. The Journal of Pediatrics, 1967, 71:181-191.
- Frankenburg, W.K.; Dodds, J.B. y Fandal, A.W.: Manual del Desarrollo del niño de Denver. *Denver: DDM Inc., 1970*.
- Guerin, L.S.: *Hospitalization as a positive experience for poverty children*. Clinical Pediatrics, 1977, 16:509-513.
- Jaso, E. y cols.: Mesa redonda sobre problemas psicológicos de la hospitalización del niño. *Madrid: Clínica Infantil de la Ciudad Sanitaria «La Paz», 1968*.
- Quinton, D. y Rutter, M.: *Early hospital admission and later disturbances of behavior: an attempted replication of Douglas' findings*. Developmental Medicine and Child Neurology, 1976 18:447-459.
- San Martín, H. y Pastor, V.: Salud Comunitaria. *Madrid: Ed. Díaz de los Santos, 1984*.
- Spitz, R.: El primer año de la vida del niño. *Madrid: Aguilar, 3ª ed., 1981*.
- Vernon, D.T.; Schulman, J.L. y Foley, J.M.: *Changes in children's behavior after hospitalization*. American Journal of Diseases in Childhood, 1966, 111:581-593.
- Winter, A.; Puentes, R.; Olbrich, S.; Díez, I.; Penna, V.; Mateluna, E. y Manzi, J.: *Estimulación psicomotora en desnutridos, evaluación del desarrollo psicomotor y relación madre-hijo*. XVIII Congreso Internacional de Pediatría. *Honolulu, Hawaii, 1968*.