



Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización

Antonio Fernández-Castillo¹ (*Universidad de Granada, España*) e
Isabel López-Naranjo (*Hospital Comarcal de Antequera, España*)

(Recibido 19 de mayo 2005 / Received May 19, 2005)

(Aceptado 18 de enero 2006 / Accepted January 18, 2006)

RESUMEN. En este estudio descriptivo transversal se han examinado diversos aspectos relacionados con el estrés en la infancia durante la hospitalización en una muestra de 85 niños y sus correspondientes 85 padres, durante estancias breves en dos centros hospitalarios. Nuestra investigación ha intentado constatar la importancia mediadora de diversas variables de índole personal y familiar: la edad infantil, la valoración paterna de los miedos infantiles, la presencia de experiencias de hospitalización y la valoración cualitativa de éstas. Se han hallado evidencias de una menor presencia de estrés en los niños de más edad, así como de la transmisión de emociones entre padres e hijos durante la hospitalización. En nuestro estudio no se han encontrado diferencias significativas en estrés por hospitalización, ni en relación con la presencia o no de experiencias previas, ni en función de la valoración cualitativa de las mismas. El estudio de miedos específicos ha señalado el miedo al daño corporal y el miedo a la muerte como los más generadores de estrés. La afectación y la percepción mutua de alteraciones emocionales podría generar una mayor presencia de miedo y estrés en padres e hijos.

PALABRAS CLAVE. Hospitalización infantil. Transmisión de emociones. Miedo. Estudio descriptivo transversal.

ABSTRACT. In this descriptive transversal study, several aspects related to stress during childlike hospitalization have been examined. A sample of 85 children and their

¹ Correspondencia: Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Ciencias de la Educación. Campus de Cartuja s/n. 18071 Granada (España). E-Mail: afcastil@ugr.es

85 parents during brief stays in two hospitals was used. Our investigation tried to verify the importance of diverse family and personal mediator variables: childlike age, parents' childlike fears valuation, prior hospitalisation experiences and their qualitative assessment. Evidence of smaller stress in older children has been found, as well as the transference of emotions between parents and children during the childlike hospitalization. Significant differences in stress of hospitalization, neither in prior hospitalisation experiences, neither in qualitative assessment of these experiences, have not been supported here. The study of specific fears indicated fear of bodily injury and fear of death as the major sources of stress. The mutual perception of emotional alterations would be able to generate a greater presence of fear and stress in parents and children.

KEYWORDS. Childlike hospitalization. Transmission of emotions. Fear. Descriptive transversal study.

RESUMO. Neste estudo descritivo transversal examinaram-se diversos aspectos relacionados com o stresse na infância durante a hospitalização numa amostra de 85 crianças e seus correspondentes 85 pais, durante permanências breves em dois centros hospitalares. A nossa investigação tentou constatar a importância mediadora de diversas variáveis de índole pessoal e familiar: a idade infantil, a valoração paterna dos medos infantis, a presença de experiências de hospitalização e a valoração qualitativa destas. Encontrou-se evidência de uma menor presença de stresse nas crianças mais velhas, assim como da transmissão de emoções entre pais e crianças durante a hospitalização. No nosso estudo não se encontraram diferenças significativas em stresse por hospitalização, nem em relação com a presença ou não de experiências prévias, nem em função da valoração qualitativa das mesmas. O estudo de medos específicos indicou o medo ao dano corporal e o medo da morte como os mais geradores de stresse. A afectação e a percepção mútua de alterações emocionais poderiam gerar uma maior presença de medo e stresse nos pais e crianças.

PALAVRAS CHAVE. Hospitalização infantil. Transmissão de emoções. Medo. Estudo descritivo transversal

Introducción

En la infancia, de forma similar a lo contrastado en otras franjas evolutivas, la valoración del impacto, así como el afrontamiento de acontecimientos estresantes, parece diferir en función de una amplia gama de variables y circunstancias (Méndez-Carrillo, Orgilés-Amorós y Espada-Sánchez, 2004; Sandín, 2003; Valencia-García y Andrade-Palos, 2005). Una de las situaciones que ha merecido la atención de los investigadores en este ámbito desde hace ya algún tiempo ha sido la hospitalización y sus posibles consecuencias estresantes, tanto en la infancia (López-Naranjo y Fernández-Castillo, 2004; Méndez y Ortigosa, 1997; Small, 2002) como en adultos (Hughes, 2001). Diversas investigaciones se han centrado en el estudio del contexto hospitalario y la hospitalización infantil como un ámbito donde el estrés en sus diferentes vertientes puede ser observado. La hospitalización representa una situación donde el sujeto percibe un in-

crecimiento de su propia vulnerabilidad, al tiempo que se da la presencia de gran cantidad de estímulos estresantes e incluso amenazantes de la propia integridad física. A tenor de diferentes investigaciones, resulta en ocasiones difícil separar el estrés derivado de la enfermedad del que genera la propia hospitalización y las circunstancias asociadas a ella (Serras, 2002), más aún si consideramos la gran diversidad de fuentes de estrés posibles (Sandín, 2003). A lo largo de estas experiencias pueden analizarse los efectos de factores específicos que podrían influir en el proceso y que funcionarían como estresores. Entre ellos (Aho y Erickson, 1985; López-Naranjo y Fernández-Castillo, 2004; Quiles, Ortigosa, Méndez y Pedroche, 2000), variables tales como la edad o el sexo del paciente pediátrico, la duración del ingreso, la presencia de miedos ante las pruebas médicas, la presencia de experiencias previas o la comprensión del acontecimiento por parte del sujeto, han sido algunas de las más estudiadas.

Según diversos autores, la hospitalización podría provocar en los más pequeños inquietud y ritmos alterados, llantos, problemas con las comidas, conductas regresivas, ansiedad de separación; mientras que en niños de edad preescolar y escolar puede producir tristeza y depresión como síntomas más generalizados (Del Barrio y Mestre, 1989). Posiblemente, gran parte de estas reacciones podrían deberse al miedo (Méndez, Inglés Saura, Hidalgo Montesinos, García-Fernández y Quiles Sebastián, 2003; Pérez Grande, 2000). El estudio de miedos específicos (Pelechano, 1981, 1984; Valiente, Sandín, Chorot y Tabar, 2003) nos induce a pensar que los miedos a sufrir daños físicos y corporales, a los lugares cerrados, al peligro o la muerte, o los relacionados con la enfermedad, podrían estar asociados con mayor intensidad al estrés infantil por hospitalización. Para Quiles *et al.* (2000), en la adolescencia los miedos más relevantes serían el propio miedo a la estancia hospitalaria, el miedo a los procedimientos médicos (inyecciones, dolor, entre otros) y el miedo a la enfermedad y sus posibles repercusiones. Según Valiente *et al.* (2003), el miedo al peligro y a la muerte es una de las categorías más comunes, incluyéndose en ella el miedo a una enfermedad grave como uno de los cinco tipos más frecuentes en la infancia y la adolescencia.

La aplicación de procedimientos médicos percibidos como amenazantes, dolorosos o peligrosos, unida al propio malestar causado por la enfermedad, podrían originar consecuencias inmediatas durante el tiempo de estancia en el hospital, así como después de la misma. Algunas de estas manifestaciones, además de estrés, incluirían pesadillas, trastornos de sueño, cambios de conducta o temores y miedos (Trianes, 2002). Existen evidencias de que los niños pequeños (entre 6 meses y 4 años de edad) con varias estancias hospitalarias, están en riesgo de presentar problemas de conducta y dificultades de aprendizaje en la edad escolar y la adolescencia. Además, existe riesgo de alteraciones emocionales debidas a las hospitalizaciones repetidas en la infancia (Trianes, 2002).

Los progenitores pueden entender la enfermedad y la hospitalización de un hijo de diversas formas: como un cambio, un enemigo que invade el cuerpo del niño, un castigo por una falta cometida, un signo de debilidad o fallo personal, evitación de la escuela por parte del niño, una estrategia de captación de afecto o atención, una pérdida irreparable o disfuncionalidad irreversible o, incluso, como una oportunidad para el crecimiento moral y el desarrollo personal (Trianes, 2002). La percepción de estrés en

la infancia podría estar estrechamente afectada por estados de alteración emocional en los padres. En general, se considera positiva la presencia de los padres junto al niño hospitalizado, aunque en ocasiones conlleve ciertos inconvenientes (López de Dicastillo y Cheung, 2004). En este sentido, la percepción de miedo, ansiedad o estrés en los padres, podría estar vinculada a la aparición de estas sensaciones en sus hijos. La afectación mutua nos conduce a pensar en la importancia de la transmisión de emociones en la adaptación a las circunstancias amenazantes y estresantes inherentes a la hospitalización. Las repercusiones que sufren los padres por la hospitalización de un hijo pueden incluir ansiedad, temores, indefensión, alteración del ritmo de trabajo normal y, en general, de la vida diaria (Fernández-Castillo y López-Naranjo, 2006; Ochoa y Polaino-Lorente, 1999; Polaino-Lorente, Repáraz Abaitua y Ochoa Linacero, 1997). Todas estas circunstancias podrían influir sobre la propia respuesta adaptativa del niño o su estado de temor y estrés, el cual, a su vez, incrementaría potencialmente la alteración paterna, derivando en un proceso de transmisión mutua de emociones negativas.

En referencia a los estresores hospitalarios, derivados del problema de salud que ha motivado el ingreso del paciente pediátrico, destacan entre otros los relacionados con la enfermedad, el dolor y sobre todo el riesgo a la muerte como una amenaza latente, consecuencia de una potencial complicación de la dolencia (Méndez y Ortigosa, 1997). La duración de la estancia en el hospital podría tener una gran importancia. Una hospitalización media de más de una semana o repetidas readmisiones de pequeña duración podrían asociarse con un considerable aumento de las alteraciones conductuales del paciente pediátrico y con un aumento de su estrés y el de sus padres (Lizasoáin y Polaino-Lorente, 1992). En la actualidad, las actuaciones hospitalarias persiguen la mínima estancia hospitalaria posible. De hecho, según el Instituto Nacional de Estadística (2003), la estancia media de un paciente pediátrico hospitalizado es de cinco días.

En relación a las hospitalizaciones previas, se ha observado que los pacientes hospitalizados por primera vez podrían presentar mayores niveles de estrés e incluso mayores alteraciones emocionales, en general, que aquellos hospitalizados previamente con cierta frecuencia (Lizasoáin y Polaino-Lorente, 1992). Algo semejante señalan otros autores de forma específica con respecto a la ansiedad y el miedo a la hospitalización cuando no han existido intervenciones quirúrgicas y estancias hospitalarias previas (Quiles *et al.*, 2000); en estos casos, también los niveles encontrados serían mayores en comparación con los de aquellos que cuentan con experiencias anteriores. Sin embargo, y dado que otros autores han señalado la tendencia inversa, apuntando una sensibilización y una mayor afectación emocional negativa a mayor número de experiencias (Melamed, Dearborn y Hermech, 1983), parecen cobrar relevancia aspectos cualitativos de la experiencia previa de hospitalización. En ese sentido, cuando la experiencia previa ha sido negativa los niveles de estrés aumentan significativamente con respecto a los de aquellos pacientes sin ninguna experiencia anterior (Bolig, Brown y Kuo, 1992). Estos datos inducen a pensar en un efecto de paulatina habituación, así como en un mejor afrontamiento de la situación de hospitalización conforme las experiencias van siendo más numerosas, aunque con matices y siempre que la experiencia no sea valorada o vivenciada como negativa.

El objetivo general de este estudio descriptivo transversal (Montero y León, 2005) es contrastar el papel que ciertas características del paciente pediátrico podrían desempeñar en la apreciación de estrés infantil durante la hospitalización. Entre los factores moduladores que pueden estar implicados, vamos a examinar la edad del niño, los principales miedos detectados por los progenitores en sus hijos, la duración de la estancia y las valoraciones de las experiencias previas, cuando existen. Para la redacción de este trabajo se han tomado como referente las directrices propuestas por Ramos-Álvarez y Catena (2004).

De forma más específica y en relación con la edad, estudiaremos si esta variable puede relacionarse con variaciones en el padecimiento de estrés durante la hospitalización en la infancia.

En segundo lugar, nos centraremos en el estudio de los miedos infantiles y su relación con el estrés durante la estancia en el hospital. La sensación de amenaza ante la permanencia en un contexto extraño puede manifestarse en miedo por parte del sujeto. En este punto, tres son las novedades que implica nuestro planteamiento: a) intentaremos valorar en qué medida la percepción general de amenaza y miedo se asocian con el estrés durante la hospitalización; b) el análisis de distintos tipos de miedos nos permitirá discernir cuales de ellos pueden asociarse con mayor intensidad al estrés infantil durante la estancia hospitalaria; c) nuestra investigación estima en todo momento la percepción de miedo a través de los progenitores de los niños ingresados, entendiéndose que esta perspectiva nos aproxima a una visión externa del miedo infantil; pero, sobre todo, este abordaje nos permitirá detectar en qué medida el miedo percibido por los padres en sus hijos podría relacionarse con el estrés que éstos expresan y, por tanto, poner de manifiesto una afectación emocional mutua o transmisión de emociones entre padres e hijos durante la hospitalización.

Por último, nos parece interesante indagar en qué medida la duración de la estancia hospitalaria, así como la presencia de hospitalizaciones previas y la valoración de las mismas, puede asociarse a la presencia de estrés en niños hospitalizados.

Método

Participantes

Participaron un total de 85 niños hospitalizados y sus correspondientes 85 progenitores. De la muestra de niños, 38 eran varones (45,2%) y 46 de sexo femenino (54,8%). Sus edades estaban comprendidas entre 4 y 16 años ($M = 9,15$; $DT = 3,42$). Fueron escogidos al azar, de entre los pacientes ingresados en dos centros del Sistema Andaluz de Salud, en la provincia de Granada (Hospital Clínico Universitario San Cecilio) 68 casos (80%) y Málaga (Hospital Comarcal de Antequera) 17 casos (20%). Se clasificaron en tres grupos por edades: a) 28 niños pequeños (33%), con edades comprendidas entre 4 y 6 años; b) 33 niños mayores (38,8%), de entre 7 y 11 años de edad; c) 24 adolescentes (28,2%), de edades entre 12 y 16 años. Al mismo tiempo, participaron los progenitores de los 85 pacientes pediátricos hospitalizados, concretamente 60 mujeres (70,6%) y 25 hombres (29,4%), con edades entre 24 y 56 años ($M = 38,8$; $DT = 7,12$).

Respecto a la duración de la estancia hospitalaria, se asume como unidad para esta variable la pernoctación en el hospital. De la totalidad de los participantes, 28 niños pernoctaron de 2 a 3 noches (32,9%), 54 de 4 a 6 noches (63,5%) y, del resto, un 3,5% pasaron en el hospital una noche. La estancia media hospitalaria fue de 2,6 noches ($DT = 0,56$).

De los 85 niños participantes en el estudio, para 44 se trataba de la primera vez que eran hospitalizados (51,8%). El resto (41 niños), desde un mínimo de 1 hasta un máximo de 30 ingresos, quedaron representados en: a) 21 niños (51,2%) institucionalizados 1 vez; b) 14 niños (34,2%) institucionalizados 2 veces; c) 6 niños (14,6%) institucionalizados 3 o más veces. Los valores máximos, de 30 y 20 ocasiones, correspondieron a dos casos diagnosticados de inmunodeficiencia congénita, que necesitaban tratamientos periódicos e ingresaban un día cada cierto tiempo.

Procedimiento

Los criterios de inclusión de los participantes infantiles fueron: a) edad comprendida entre 4 y 16 años; b) hospitalización en los centros sanitarios ya mencionados; c) estancias no superiores a seis noches (es decir, una semana) ni inferiores a una pernoctación (o sea, dos días); d) admisión en plantas pediátricas de cuidados medios; e) voluntariedad en la participación en el estudio, con firma de consentimiento informado; f) encontrarse en situación de pre-alta, esto es, finalizando su ingreso. Con respecto a los criterios de exclusión de los participantes infantiles, se tuvo en cuenta la presencia de algunas circunstancias que desaconsejaran o impidiesen la recogida de información, como por ejemplo fiebre, vómitos, dolor, inmovilidad, aislamiento preventivo, discapacidad mental, incapacidad para hablar, recuperación postquirúrgica y/o realización de una prueba complementaria antes de la entrevista.

La recogida de datos se llevó a cabo por los propios investigadores a través de una entrevista conjunta con el niño y el progenitor en la que se aplicaron los instrumentos psicológicos de evaluación. El entrevistador iba leyendo los ítems y anotando las contestaciones, tanto en el caso de los niños con el cuestionario de estrés, como en el de los padres con el cuestionario de miedos. El lugar elegido fue la habitación del paciente y/o la sala de juegos. En todos los casos se pidió la participación exclusiva de uno solo de los progenitores. El soporte de estudio se cumplimentó por las tardes, en horario de 15 a 22 horas y durante un tiempo máximo de una hora. Para lo cual, acudimos al servicio de pediatría de los hospitales referidos, previa autorización y permisos. Junto con las pruebas psicológicas elegidas, se recopilamos algunos datos de carácter general que se detallan en el siguiente apartado.

Instrumentos

En primer lugar se recabó la siguiente información de todos los participantes: edad del niño hospitalizado, duración de la estancia hospitalaria expresada en noches de pernoctación en el centro hospitalario, número de experiencias previas de hospitalización y valoración de las mismas. Esta última cuestión dirigida a los niños se determinó mediante una escala analógica visual con tres opciones de respuesta (bien, regular-indiferente, mal): “¿Cómo fueron las anteriores veces en el hospital? ☺ ☹ ☹”.

- Inventario de Miedos Infantiles (Pelechano, 1981, 1984). La versión revisada (Pelechano, 1984) dispone de 100 ítems, comprendiendo siete clases de miedos infantiles. De los instrumentos validados en nuestro idioma para esta franja de edad, este inventario ofrece una fiabilidad y consistencia interna excelentes, siendo ampliamente conocido y utilizado (Méndez, 2002; Moreno, Blanco y Rodríguez, 1992a, 1992b; Peña, 1995). Se trata de un instrumento pensado para ser cumplimentado por los padres de niños desde 4 a 9 años, si bien en otros estudios (Moreno, Párraga y Rodríguez, 1987) el umbral superior de edad se ha subido hasta la adolescencia. Este inventario ha sido objeto de depuración empírica y análisis factoriales por parte de su autor (Pelechano, 1984). En función de los objetivos pretendidos en nuestra investigación, se han seleccionado solo cuatro subescalas de la versión revisada del inventario: a) subescala de miedos relacionados con el daño corporal, amenazas de personas y enfermedades; b) subescala de miedo a la muerte; c) subescala de miedo a lugares cerrados o desconocidos; y d) subescala de miedos relacionados con la violencia física real o imaginada. En la Tabla 1 pueden observarse los datos relativos a la consistencia interna de los cuatro factores escogidos, tanto en el estudio original como en nuestra investigación.

TABLA 1. Consistencia interna del Inventario de Miedos Infantiles.

<i>Factores</i>	<i>Valores alfa de Cronbach obtenidos</i>	
	(Pelechano, 1984)	Presente estudio
Miedos relacionados con el daño corporal, amenazas de personas y enfermedades	0,80	0,84
Miedos a la muerte	0,82	0,82
Miedos a lugares cerrados o desconocidos	0,69	0,35
Miedos relacionados con la violencia física real o imaginada	0,74	0,72
Total de la escala	-	0,87

- Índice de Reactividad al Estrés Infanto-Juvenil (IRE-IJ); (Pedreira-Massa, 1995). Se trata de una versión adaptada para la infancia del Índice de Reactividad al Estrés (IRE) de González de Rivera (1990). El cuestionario puede aplicarse desde los 5-7 años hasta los 15-16 años de edad y suministra, mediante la suma de los ítems correspondientes, el conjunto de pautas habituales de respuesta cognitiva, emocional, fisiológica y conductual ante situaciones percibidas como potencialmente nocivas, peligrosas o desagradables. Conceptualmente, el Índice de Reactividad al Estrés se considera como un rasgo relativamente estable, forma parte del conjunto de variables propias del individuo que condicionan su respuesta ante los acontecimientos estresantes o factores externos (González de Rivera, 1989). En diversos estudios se ha corroborado que el IRE mide una variable rasgo (Bulbena, Martín-Santos, González de Rivera y González-Pinto, 1991; Henry, De las Cuevas y González de Rivera, 1992). El instrumento está compuesto por 35 ítems (32 si tenemos en cuenta que tres de ellos saturan en

dos subescalas y se contestan solo una vez) tipo Likert con tres opciones de respuesta: 0 (nunca), 1 (a veces o pocas veces) y 2 (siempre o casi siempre). A través del IRE-IJ, las formas de expresión del estrés en la infancia se pueden agrupar en torno a tres factores (Pedreira-Massa, Borrero y Rodríguez-Sacristán, 1996): a) Expresión conductual, compuesto por 7 elementos en torno a cuestiones como la sensación de necesitar hacer cosas, encontrarse más activo, no tener ganas de jugar, sentirse más irritable, entre otras; b) Expresión somatizada, integrado por 17 ítems referidos a no tener ganas de comer, sentir sensación de ahogo, percibir palpitaciones, dolor de tripa, notar cansancio y agotamiento, entre otros; c) Expresión emocional, integrado por 11 enunciados que evalúan la necesidad de pensar en otra cosa, intento de echar la culpa a otros de lo que ocurre, aparición de miedos y temores sin causa aparente, realización de esfuerzos por mantener la calma, búsqueda de acompañamiento, entre otros. Los análisis llevados a cabo sobre las propiedades psicométricas del instrumento con muestras infantiles ofrecen resultados satisfactorios. Pedreira-Massa *et al.* (1996) obtienen un alfa de Cronbach de 0,78. En nuestro caso, el valor del coeficiente fue 0,74.

Resultados

Los porcentajes relativos a la valoración cualitativa de las experiencias previas de hospitalización, cuando existen dichas experiencias, mostraron la distribución siguiente: 17 niños (41,4%) informaron de experiencias previas negativas, 15 de ellos (36,6%) indicaron indiferencia o que las experiencias habían sido regulares, mientras que solo 9 participantes (22%) valoraron sus experiencias anteriores como buenas o positivas.

Con objeto de conocer la relación entre el estrés infantil y la edad, en primer lugar, se estimó la correlación entre la puntuación total en el Índice de Reactividad al Estrés y la edad infantil, resultando ésta significativa e inversa ($r = -0,33$; $p = 0,002$). Para conocer esta asociación con mayor detalle, se realizó a continuación un contraste de medias para muestras independientes, tomando las puntuaciones medias en el IRE-IJ de los tres grupos de edad que habían sido acotados. Los resultados para la prueba t de Student se recogen en la Tabla 2. Como puede observarse, solo las diferencias entre el grupo de preescolares y el de adolescentes resultaron significativas ($t_{(50)} = 3,32$; $p = 0,002$).

TABLA 2. Diferencias de medias en percepción de estrés según la edad.

<i>Edad</i>	<i>n</i>	<i>Media IRE-IJ</i>	<i>DT IRE-IJ</i>	<i>t-Student</i>
(4-6 años)	28	66,35	8,37	$t_{(59)} = 1,83$; $p = 0,07$
(7-11 años)	33	62,60	7,57	
(4-6 años)	28	66,35	8,37	$t_{(50)} = 3,32$; $p = 0,002$
(12-16 años)	24	58,83	7,84	
(7-11 años)	33	62,60	7,54	$t_{(55)} = 1,82$; $p = 0,07$
(12-16 años)	24	58,83	7,84	

Respecto a la relación entre el miedo infantil percibido por los padres y el estrés infantil por hospitalización, la correlación significativa indicó una asociación positiva entre ambas ($r = 0,25$; $p = 0,02$). En relación con el objetivo de indagar cuales de las dimensiones del miedo infantil podrían tener mayor relevancia en el estrés, se llevó a cabo un análisis de regresión. Para ello, se tomó como criterio la puntuación total en el IRE-IJ y como variables predictoras los totales de las cuatro subescalas del Inventario de Miedos de Pelechano. El modelo explicó el 88% de la variabilidad del estrés infantil por hospitalización, según la R^2 corregida (0,88), ($F_{(4, 81)} = 166,81$; $p < 0,001$). Los resultados, tal como se detalla en la Tabla 3 y de acuerdo con los coeficientes beta estandarizados, revelan que la dimensión miedo al daño corporal ($\beta = 0,73$, $p < 0,001$) es la que más carga explicativa presenta sobre el estrés por hospitalización, seguida por miedo a la muerte ($\beta = 0,34$, $p = 0,001$).

TABLA 3. Resultados de análisis de regresión para explicar la percepción de estrés (IRE-IJ).

<i>Predictores</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Miedo al daño corporal, amenazas y enfermedad	0,73	5,99	0,000
Miedo a la muerte	0,34	3,43	0,001
Miedo a los lugares cerrados o desconocidos	0,04	0,66	0,512
Miedo a la violencia física	-0,14	-1,28	0,206

El tercero de nuestros objetivos planteaba discernir si la estancia hospitalaria podría asociarse también al padecimiento de estrés durante la hospitalización infantil. Para ello, se tuvieron en cuenta los tres grupos según la estancia hospitalaria fuese de una noche, dos a tres noches, y cuatro a seis noches, respectivamente. Los resultados del contraste arrojaron diferencias significativas en la percepción de estrés (IRE-IJ) entre el grupo que permaneció una noche y el de 2 a 3 noches ($U = 5,00$; $p = 0,007$), por una parte, y entre el grupo de una noche y el de 4 a 6 noches ($U = 17,50$; $p = 0,01$), por otra. Estos resultados se detallan en la Tabla 4.

TABLA 4. Diferencias en percepción de estrés según la duración de la estancia hospitalaria.

<i>Duración estancia</i>	<i>n</i>	<i>Media IRE-IJ</i>	<i>DT IRE-IJ</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>U de Mann-Whitney</i>
Una noche	3	51,33	4,50	3,67	$U = 5,00$; $p = 0,007$
De 2 a 3 noches	28	64,35	7,57	17,32	
De 2 a 3 noches	28	64,35	7,57	45,57	$U = 642,00$; $p = 0,26$
De 4 a 6 noches	54	62,59	8,49	39,39	
Una noche	3	51,33	4,50	7,83	$U = 17,50$; $p = 0,01$
De 4 a 6 noches	54	62,59	8,49	30,18	

En relación a la presencia de experiencias previas, se dividió a los sujetos en dos grupos en función de la existencia o no de hospitalizaciones anteriores y se llevó a cabo un nuevo contraste de las medias en el IRE-IJ con el estadístico *t*. Nuestros resultados indicaron que no había diferencias significativas en cuanto a estrés durante la hospitalización entre estos dos grupos. Por último, se llevó a cabo otra prueba adicional, con objeto de determinar si podría esperarse variabilidad en el estrés infantil por hospitalización en función de que las experiencias anteriores hubiesen sido negativas, regulares o positivas. Para relacionar las experiencias previas de los sujetos con la puntuación en el IRE-IJ se cotejaron las valoraciones de los sujetos. Como se detalla en la Tabla 5, los resultados no indicaron diferencias significativas en estrés en función de que los participantes valoraran sus experiencias previas como negativas, indiferentes o positivas.

TABLA 5. Diferencias en percepción de estrés según la valoración de estancias anteriores.

<i>Valoración estancia previa</i>	<i>n</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>U de Mann-Whitney</i>
Mal	17	16,18	<i>U</i> = 122,00; <i>p</i> = 0,63
Indiferente	16	17,88	
Mal	17	12,50	<i>U</i> = 59,50; <i>p</i> = 0,36
Bien	9	15,39	
Indiferente	16	12,63	<i>U</i> = 66,00; <i>p</i> = 0,76
Bien	9	13,67	

Discusión

Las circunstancias asociadas al ingreso y permanencia en un centro hospitalario, suelen incrementar la exposición a una amplia gama de estresores a los que se han de enfrentar los sujetos durante dicha experiencia. Algunas de estas circunstancias se relacionan con la propia estancia en un entorno desconocido y con normas de funcionamiento particulares, la separación del contexto familiar, la ruptura del ritmo cotidiano de vida, la pérdida de autonomía e intimidad o el temor a la separación de los padres, además de las inherentes a la propia enfermedad que se padece, entre otras (López-Naranjo y Fernández-Castillo, 2004). En nuestra investigación, ha resultado interesante constatar que la mayor parte de los niños participantes valoraron como regulares o malas sus experiencias anteriores de hospitalización, cuando las tuvieron.

En cuanto a la asociación de la edad con la percepción de estrés, nuestros datos reflejan una tendencia a la disminución del estrés conforme aumenta la edad, aunque con matices. De hecho, aunque la correlación entre ambas variables es significativa, al relacionar los grupos de edad de los pacientes infantiles (4-6 / 7-11 / 12-16 años) con la puntuación total obtenida en el Índice de Reactividad al Estrés se hallaron diferencias significativas en la apreciación de malestar entre preescolares y adolescentes, con una paulatina tendencia hacia la disminución en los niños mayores. Estos datos reflejan

una propensión inversa a la encontrada por otros autores en estudios afines. En ese sentido, Quiles *et al.* (2000) obtuvieron que, a mayor edad, más preocupaciones sobre las intervenciones quirúrgicas y la hospitalización se producían. Posiblemente, el mayor desarrollo cognitivo de los adolescentes podría explicar en ese estudio una interpretación diferente de los acontecimientos relacionados con las intervenciones quirúrgicas. En nuestro estudio, y puesto que, en general, el afrontamiento del estrés podría considerarse más desarrollado en niños mayores y adolescentes, los resultados siguen siendo coherentes dadas las variables estudiadas. En todo caso, las discrepancias podrían merecer una atención futura más detallada.

Tengamos presente que un mismo acontecimiento estresante no tiene las mismas repercusiones en todos los niños. Es más, aún tratándose del mismo niño, las consecuencias en su estado psicológico dependerán, en gran medida, de las circunstancias en las que se halle el sujeto en un momento determinado (García-Martín y Jiménez Hernández, 1997), así como de sus posibilidades y recursos para hacer frente a dicha situación. Según los hallazgos de nuestro estudio, podríamos interpretar que una mayor edad cronológica del sujeto enfermo, puede influir positivamente en la capacidad de adaptación a la situación de enfermedad, al mismo tiempo que mejorar los recursos de afrontamiento en la experiencia de hospitalización. La percepción de la realidad como menos amenazante en los niños mayores podría ser otro aspecto implicado. En resumen, un factor mediador del estrés infantil por hospitalización sería por tanto la edad, en la medida en que las diferencias en función de esta variable podrían deberse a dos aspectos: la valoración del estresor y el afrontamiento del mismo.

En relación con los factores de miedo infantil detectados por los padres y la percepción de estrés en los niños, los resultados, además de señalar una posible relación entre ambas variables, sugieren la posible transferencia de emociones entre padres e hijos en estas valoraciones, que podría ser objeto de mayor atención en estudios futuros. Un objetivo de estas investigaciones podría centrarse, por ejemplo, en la estimación de la posible interacción bidireccional entre los miedos y el estrés de padres e hijos hospitalizados o en qué medida un mayor estrés en los padres podría estar asociado a mayor estrés en los hijos.

Adicionalmente, los resultados indican de forma más concreta, que el factor de miedo más influyente en la percepción de estrés infantil es el daño corporal y la enfermedad, seguido del miedo a la muerte. Este resultado concuerda con las conclusiones de Méndez (2002), quién destaca que la naturaleza y severidad de la enfermedad que padece el niño puede ser para él un acontecimiento especialmente traumático. No en vano, su concepto de sufrimiento y su interpretación de los procedimientos médicos están cargados de tintes emocionales, y podrían ser aspectos importantes en la generación de miedo. A estas conclusiones podríamos adjuntar la consideración de que, con frecuencia, en la infancia encontramos ideas confundidas sobre las funciones corporales, fantasías sobre la muerte, entre otras, que en calidad de pensamientos irracionales, bien podrían contribuir al incremento de la alteración emocional. Pensamos que, aunque el simple hecho de ingresar en el hospital se puede relacionar con el miedo a la invalidez y a la muerte, la sensación de miedo podría maximizarse si nos atenemos a la gravedad y las limitaciones que pueda imponer la patología u otros determinantes (si

es aguda o crónica, dolorosa o no, incapacitante, deformante o solo disfuncional; etc.). De nuevo, estos aspectos quedan relegados a futuras investigaciones que se centren en ellos.

El miedo que perciben los progenitores en sus hijos no parece ser un obstáculo para el afrontamiento de la pérdida de salud, aunque si podría relacionarse con una mayor sensación de amenaza tanto en el propio niño como en los padres. De hecho, si un niño precisa intervención médica, a pesar de que sea temida, peligrosa y amenazadora, los padres suelen adoptar una actitud firme, porque consideran que el beneficio para la salud de su hijo prevalece sobre el miedo que éste pueda sentir (Méndez, 2002).

Por lo que se refiere a la duración de la estancia hospitalaria, los resultados obtenidos indican que el nivel de estrés percibido por los niños aumenta a medida que nos situamos en la permanencia de grado medio (2 a 3 noches), sin encontrar variación significativa al ampliar la duración de la estancia entre 4 y 6 noches. Según nuestros datos, no existirían diferencias en cuanto al nivel del estrés apreciado por los sujetos a partir de las dos noches de experiencia hospitalaria. Según estos resultados, dado que en nuestro país la estancia media hospitalaria de un paciente infantil es breve (Instituto Nacional de Estadística, 2003), podríamos concluir que aunque se trate de estancias no superiores a la semana, podrían ser suficientes para que el niño se mantenga en contacto con un conjunto amplio de estresores hospitalarios y perciba malestar por este motivo. Sería deseable llevar a cabo estudios con muestras cuyas hospitalizaciones sean más prolongadas, con objeto de determinar la evolución de la percepción de estrés, así como de las estrategias para el afrontamiento del mismo.

Por último, pretendíamos sondear la posible relación entre el estrés infantil por hospitalización y las experiencias anteriores de la misma. A tenor de la literatura revisada algunos autores destacan que los niños hospitalizados por primera vez muestran mayores alteraciones emocionales, frente al hecho de la hospitalización, que los que han sido previamente ingresados con cierta frecuencia (Lizasoáin y Polaino-Lorente, 1992), mientras que otros han encontrado contrariamente una mayor afectación emocional a mayor número de experiencias anteriores (Melamed *et al.*, 1983). Para otros investigadores (Quiles *et al.*, 2000), no sería tanto la ocurrencia de hospitalizaciones previas, sino la valoración de las mismas, lo que podría mediatizar el estrés infantil durante hospitalizaciones posteriores. Específicamente se ha apuntado que la existencia de experiencias médicas anteriores, valoradas como negativas, podría verse asociada con mayores niveles de ansiedad y de estrés percibidos por el paciente (Bolig *et al.*, 1992). Nuestros resultados no se adhieren a ninguna de estas consideraciones, puesto que en la valoración de la situación de hospitalización actual no aparecieron diferencias significativas según los niños considerasen las estancias anteriores malas o buenas, ni tampoco según la mera presencia o ausencia de hospitalizaciones previas. Ante la discrepancia de nuestros resultados, hay que tener en cuenta que, en edades inferiores a los 6 y 7 años, los niños podrían presentar una menor capacidad cognitiva para tener un recuerdo exacto de experiencias anteriores, y podrían distorsionar el recuerdo fácilmente en aspectos como la intensidad o el dolor de procedimientos médicos padecidos, el riesgo o la peligrosidad de su estado de salud, así como presentar creencias infundadas e inexactas. Igualmente, en nuestro estudio no se han tenido en cuenta otras

variables, como por ejemplo la amplitud de la experiencia previa, el tiempo transcurrido desde la última hospitalización, el motivo de la misma, las pruebas o intervenciones llevadas a cabo, entre otros aspectos. Por estos motivos, entre otros, hay que ser precavidos a la hora de generalizar deducciones en muestras infantiles. Y en nuestro caso, los resultados habrían de ser interpretados especialmente con cautela, dado que en la muestra con la que se trabajó, el número reducido de sujetos que habían tenido experiencias previas de hospitalización.

Entre otras posibles limitaciones de nuestro estudio, comentar la relacionada con el momento concreto de evaluación. El haber desarrollado nuestra investigación en situación de pre-alta de los sujetos matizaría nuestros resultados, que eventualmente podrían haber sido distintos en función de otros momentos potenciales de valoración como, por ejemplo, el propio momento de ingreso hospitalario. La situación de ingreso, así como otras posibles situaciones asociadas a la realización de pruebas médicas (invasivas, dolorosas, amenazantes, etc.) o intervenciones quirúrgicas pueden ser entendidas como momentos críticos de exposición a estímulos y eventos estresantes. En tales circunstancias, sería posible la intensificación de algunos de nuestros resultados. Sin embargo estas suposiciones deberán ser constatadas a través de la realización de investigaciones específicas ulteriores.

Para concluir, insistir en la importancia de la atención clínica al padecimiento de estrés tanto en padres como en hijos durante la estancia hospitalaria. Parece importante trabajar en el contexto sanitario, no solo en la dirección de propiciar un bienestar suficiente de cara a una valoración positiva de la experiencia actual, sino también en el sentido de reducir el miedo y otras emociones negativas. Tales extremos deberían ser aspectos a tener en cuenta en la atención cotidiana de estos pacientes.

Referencias

- Aho, A.C. y Erickson, M.T. (1985). Effects of grade, gender and hospitalization on children's medical fears. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 6, 146-153.
- Bolig, R., Brown, R.T. y Kuo, J.H. (1992). A comparison of never-hospitalized and previously hospitalized adolescents: Self-esteem and locus of control. *Adolescence*, 27, 227-234.
- Bulbena, A., Martín-Santos, R., González de Rivera, J.M. y González-Pinto, A. (1991). Factores de estrés y ansiedad. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barna*, 18, 295-304.
- Del Barrio, V. y Mestre, V. (1989). Evaluación psicológica en niños hospitalizados. *Revista de Psicología de la Salud*, 1, 83-103.
- Fernández-Castillo, A. y López-Naranjo, I. (2006). Estrés parental en la hospitalización infantil. *Ansiedad y Estrés*, 12, 1-17.
- García-Martín, M.A. y Jiménez Hernández, M. (1997). El estrés infantil. En M. Jiménez Hernández (Ed.), *Psicopatología infantil* (pp. 75-87). Granada: Aljibe.
- González de Rivera, J.L. (1989). Factores de estrés y enfermedad. *Psiquis*, 10, 11-20.
- González de Rivera, J.L. (1990). *El índice de reactividad al estrés*. Madrid: Inteva.
- Henry, M., De las Cuevas, C. y González de Rivera, J.L. (1992). Cuantificación de la reactividad al estrés en pacientes psiquiátricos ingresados en una unidad de agudos. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 20, 76-80.

- Hughes, B.M. (2001). Psychology, hospitalization, and some thoughts on medical training. *European Journal of Psychotherapy, Counselling, and Health*, 4, 7-26.
- Instituto Nacional de Estadística (2003). *Encuesta de morbilidad hospitalaria 2000*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Lizasoáin, O. y Polaino-Lorente, A. (1992). Efectos y manifestaciones psicopatológicas de la hospitalización infantil. *Revista Española de Pediatría*, 48, 52-60.
- López de Dicastillo, O. y Cheung, P. (2004). La enfermería infantil y los cuidados centrados en la familia. *Enfermería Clínica*, 14, 83-92.
- López-Naranjo, I. y Fernández-Castillo, A. (2004). Aspectos psicosociales y evolutivos en la hospitalización infantil. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 14, 5-27.
- Melamed, B.G., Dearborn, M. y Hermecz, D. (1983). Necessary considerations for surgery preparation: Age and previous experience. *Psychosomatic Medicine*, 45, 517-525.
- Méndez, F.X. y Ortigosa, J.M. (1997). Estrés y hospitalización infantil. En M.I. Hombrados (Ed.), *Estrés y salud* (pp. 523-545). Valencia: Promolibro.
- Méndez, F.X. (2002). *Miedos y temores en la infancia: Ayudar a los niños a superarlos*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, F.X., Inglés Saura, C.J., Hidalgo Montesinos, M.D., García-Fernández, J.M. y Quiles Sebastián, M.J. (2003). Los miedos en la infancia y la adolescencia: un estudio descriptivo. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 13.
- Méndez-Carrillo, X., Orgilés-Amorós, M. y Espada-Sánchez, J.P. (2004). Escenificaciones emotivas para la fobia a la oscuridad: un ensayo controlado. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 505-520.
- Montero, I. y León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Moreno, I., Blanco, A. y Rodríguez, L. (1992a). Análisis de la bibliografía sobre estrategias conductuales de intervención en miedos infantiles y juveniles. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, 181-199.
- Moreno, I., Blanco, A. y Rodríguez, J.M. (1992b). Instrumentos psicométricos de evaluación de miedos infantiles. *Psicothema*, 4, 365-396.
- Moreno, I., Párraga, J. y Rodríguez, L. (1987). Miedos infantiles: un estudio sobre la población sevillana. *Análisis y Modificación de Conducta*, 13, 471-492.
- Ochoa, B. y Polaino-Lorente, A. (1999). El estrés de los padres como consecuencia de la hospitalización de sus hijos: una revisión. *Estudios de Psicología*, 63/64, 147-161.
- Pedreira-Massa, J.L. (1995). *Protocolos de salud mental infantil para atención primaria*. Madrid: Ela-Arán.
- Pedreira-Massa, J.L., Borrero, J. y Rodríguez-Sacristán, J. (1996). El índice de reactividad al estrés en la infancia y la adolescencia (IRE-IJ). *Psiquis*, 17, 33-44.
- Pelechano, V. (1981). *Miedos infantiles y terapia familiar-natural*. Valencia: Alfaplús.
- Pelechano, V. (1984). Programas de intervención psicológica en la infancia: miedos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 10, 1-124.
- Peña, A. (1995). La importancia de la edad en la evolución de los miedos infantiles. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 48, 365-375.
- Pérez Grande, M.D. (2000). El miedo y sus trastornos en la infancia: prevención e intervención educativa. *Aula: Revista de Enseñanza e Investigación Educativa*, 12, 123-144.
- Polaino-Lorente, A., Repáraz Abaitua, C. y Ochoa Linacero, B. (1997). Validación de la entrevista EPH, sobre efectos de la hospitalización infantil en los padres. *Bordón: Revista de Orientación Pedagógica*, 49, 393-411.

- Quiles, M.J., Ortigosa, J.M., Méndez, F.X. y Pedroche, S. (2000). The child surgery worries questionnaire adolescent form. *Psychology in Spain*, 4, 82-87.
- Ramos-Álvarez, M.M. y Catena, A. (2004). Normas para la elaboración y revisión de artículos originales experimentales en Ciencias del Comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 173-189.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 141-157.
- Serras, M. (2002). El aula hospitalaria como agente reductor de la ansiedad del niño hospitalizado. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 33, 27-31.
- Small, L. (2002). Early predictors of poor doping outcomes in children following intensive care hospitalization and stressful medical encounters. *Pediatric Nursing*, 28, 393-401.
- Trianes, M.V. (2002). *Estrés en la infancia*. Madrid: Narcea.
- Valencia-García, M.R. y Andrade-Palos, P. (2005). Validez del Youth Self Report para problemas de conducta en niños mexicanos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 499-520.
- Valiente, R.M., Sandín, B., Chorot, P. y Tabar A. (2003). Diferencias según la edad en la prevalencia e intensidad de los miedos durante la infancia y la adolescencia: datos basados en el FSSC-R. *Psicothema*, 15, 414-419.