

ESTRÉS PARENTAL EN LA HOSPITALIZACIÓN INFANTIL

A. Fernández Castillo* e I. López Naranjo**

*Universidad de Granada, **Hospital Comarcal de Antequera

Resumen: Este trabajo tiene como objetivo desarrollar un estudio empírico sobre el estrés experimentado por padres de hijos enfermos hospitalizados. Concretamente se estudian algunas de las variables que han sido relacionadas con el estrés paterno en estas circunstancias, con el fin de establecer cuales de ellas son las más intensamente asociadas al estrés. Nuestros resultados demuestran que la observación de los síntomas de la enfermedad del hijo, las relaciones con el personal sanitario y las demandas del hijo enfermo, son los tres aspectos más estresantes en los padres. Resultados adicionales se ofrecen tras el análisis de variables sociodemográficas tales como la edad o el sexo del paciente, así como otras características de los padres. Todos ellos, aspectos potencialmente mediadores del padecimiento de estrés durante la hospitalización infantil.

Palabras Clave: Hospitalización infantil, Estrés parental, Aspectos psicosociales.

Abstract: The aim of this article is to carry out an empirical study on the stress experienced by parents of sick children admitted to hospital. Concretely, we study some of the variables that have been related to the paternal stress in these circumstances in order to establish which of them are the more intensely associated with stress. Our results demonstrate that the observation of the disease symptoms of the son, the relations with the sanitary personnel and the demands of the sick son, are all three aspects more generator of stress in the parents. Additional results are provided in relationship with the analysis of social and demographics variables such as the age or the sex of the patient, as well as other characteristics of the parents. All of them are potentially mediating aspects of stress suffering during the infantile hospitalization.

Key words: Infantile hospitalization, Parental stress, Psycho-social aspects.

Title: *Parental stress during infantile hospitalization*

Introducción

La hospitalización infantil presenta habitualmente repercusiones negativas, no sólo en el paciente pediátrico, sino también en la familia y especialmente en los padres (Lizasoain y Polaino-Lorente, 1992). El conocimiento por parte de éstos de la enfermedad de un hijo y su posterior hospitalización, puede suponerles un impacto psicológico con consecuencias afectivas, emocionales y comportamentales, que pueden en algunos casos incluso interferir so-

bre su adaptación socio-emocional y su salud, tanto física como psicológica (Méndez y Ortigosa, 1997; Polaino-Lorente y del Pozo, 1996; Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 2001; Latorre y Montañés, 2004). La importancia e incluso la gravedad de estas repercusiones variarán en función de muchas variables, entre las que se incluirían algunas como la naturaleza y curso de la enfermedad del niño, el hecho de que existan hospitalizaciones previas o no (Fernández y López, en prensa), la dinámica familiar anterior, los recursos materiales y personales previos, las ayudas de que se dispongan (médicas, psicológicas o educativas), etc. Eso por no hablar de factores sociales

* Dirigir la correspondencia a Dr. A. Fernández Castillo Dpto de Psicología Evolutiva y de la Educación, Facultad de Ciencias de la Educación. Campus de Cartuja S/nº, 18071 Granada
E-mail: aecastil@ugr.es

(Sandín, 2003) o de otros que han sido estudiados dentro de una amplia diversidad, como por ejemplo circunstancias geográficas (Yantzi, Rosenberg, Burke y Harrison, 2001).

Los progenitores están expuestos, en el contexto hospitalario, a estresores que pueden generar intranquilidad e incertidumbre sobre su papel, sentimientos de incompetencia ante el desconocimiento de las labores de cuidado de sus hijos enfermos e inquietud ante la interacción con los procedimientos e instrumentos terapéuticos aplicados a sus hijos como pacientes pediátricos. Todas estas circunstancias, entre otras, conducen en ocasiones al incremento de expresiones de miedo e incluso ira, componentes de una emoción negativa más intensa (Pérez y González, 2005). Como consecuencia podemos encontrar altos niveles de ansiedad que afectarían negativamente por otra parte, al niño (Ortigosa y Méndez, 2000; Trianes, 2002). Las reacciones infantiles ante los acontecimientos vividos durante la hospitalización, pueden verse mediatizadas por la propia capacidad de reconocimiento de emociones (del Barrio, 2000), pero sobre todo por la percepción de las reacciones de alteración emocional de los padres (Ochoa y Polaino-Lorente 1999), siendo posible por tanto un efecto de transferencia de emociones (Fernández y López, en prensa) con consecuencias potencialmente negativas sobre el ajuste a la hospitalización e incluso en la recuperación del niño (del Barrio, 2003; Blanco, Cano-Vindel, Camuñas, Mioguel-Tobal, Salayero y Pérez, 2001).

Es bien conocida, en el ámbito clínico, la idea de que la forma como la familia responde a la enfermedad, crónica o no, y al proceso de hospitalización, cuando éste existe, es un importante factor a tener en cuenta para el buen estado psicosocial del paciente pediátrico (Lizasoáin y Polaino-

Lorente, 1992; Ochoa, Repáraz y Polaino-Lorente, 1996 y 1997a; Small, 2002).

Los estresores percibidos por los progenitores en el contexto hospitalario, sus expresiones emocionales negativas ante los mismos, además de otros aspectos inherentes al propio proceso de hospitalización del niño, son variables moduladoras que pueden ejercer gran influencia sobre sus hijos enfermos y hospitalizados (Ortigosa y Méndez, 2000; Ortigosa, Quiles, Carrillo y Pedroche, 2000)). Parece evidente que si los padres logran adaptarse eficazmente, influirán favorablemente sobre el niño. Si por el contrario, se muestran ansiosos o preocupados, contribuirán a incrementar los niveles de ansiedad del hijo.

La influencia parental puede ser un factor decisivo en la experiencia de la hospitalización infantil. La revisión de la literatura pone de manifiesto la importancia de las actitudes y los comportamientos de los padres para aliviar su propia ansiedad y para ayudar a sus hijos a afrontar adecuadamente la experiencia (Ortigosa y Méndez, 2000; López de Dicastillo y Cheung, 2004).

Entre las principales variables asociadas al estrés parental durante la hospitalización infantil, que han sido consideradas por diversos autores (Ochoa, Reparaz y Polaino-Lorente, 1997b; Carter y Miles, 1982), se encontrarían, por ejemplo, la apariencia física del niño durante la enfermedad y la estancia hospitalaria, los tratamientos que el niño recibe, algunos de los cuales pueden ser invasivos o presentar riesgos asociados, las interacciones y comunicación con el personal sanitario, el comportamiento observable y las verbalizaciones del niño durante la experiencia, sobre todo aquellas que se relacionan con expresiones emocionales. El comportamiento específico del personal sanitario así como la alteración de los roles paternos como consecuencia de las demandas que manifiesta el niño, las expectativas de seguimiento o la alteración

de la vida diaria y los cambios en la costumbres e interacciones familiares, han sido también aspectos que han merecido la atención de los investigadores.

Los padres de niños hospitalizados suelen percibir el surgimiento de limitaciones y cambios en el ejercicio de sus roles de cuidadores habituales. La hospitalización de un hijo les suele obligar a suspender las actividades de la vida diaria, para atender de forma prioritaria las exigencias médicas y sintomatología clínica que puedan surgir en el niño enfermo. Es poco común que los progenitores estén inicialmente preparados para llevar a cabo las modificaciones en las rutinas familiares que una enfermedad seria y un ingreso sanitario implican, ocasionándoles sentimientos de desesperanza e impotencia (Berenbaum y Hatcher, 1992; Ochoa y Polaino-Lorente, 1999).

Algunos autores concluyen que podrían ser tres las categorías de factores que inciden en el estrés paterno durante la hospitalización de un hijo. Así, se destaca (Ochoa y Polaino-Lorente, 1999) la gravedad de la enfermedad infantil, la calidad de la comunicación entre el personal sanitario y los padres y por último las circunstancias familiares previas a la hospitalización, entre las que se incluyen la estabilidad o la calidad de las interacciones familiares, como los aspectos más relevantes. De hecho, entre las opciones de intervención práctica, siempre se incluye la facilitación de una información de calidad y eficaz a la familia, junto con iniciativas más diversas dirigidas a reducir efectos emocionales e incluso psicopatológicos como consecuencia de la enfermedad y la hospitalización (Méndez, Ortigosa y Pedroche, 1996; Silvero y Ochoa, 2001; Ochoa, 2003).

En otra amplia línea de estudios se ha prestado atención a variables sociodemográficas. En ese sentido, algunas investigaciones (por ejemplo Báguena y Chisbert, 1998) han determinado que el sexo del hijo

podría ser una variable moduladora del desarrollo de alteraciones emocionales. Algunos autores constatan, por ejemplo, que tener una niña con una alteración física o con una enfermedad crónica, en lugar de un niño, se asocia con niveles más bajos de estrés por parte de los padres (Frey, Fewell y Vadasy, 1989). En relación con la hospitalización infantil, ésta podría implicar igualmente efectos diferenciales acerca del grado de estrés y ajuste de los padres a la enfermedad y la hospitalización de un hijo.

La edad de los pacientes pediátricos hospitalizados también parece tener efectos diferenciales en el grado de estrés y en el impacto de la experiencia. La etapa comprendida entre los cuatro meses y los seis años es la que parece provocar, con respecto a la hospitalización, mayor grado de preocupación, ansiedad y estrés en los padres (Schechter, 1993). Sin dejar de tener en cuenta que una intensa preocupación podría ser un componente involucrado en la ansiedad (Prados, 2005).

Por otra parte, Patrick, Padgett, Schlesinger, Cohen y Burns (1992) establecen que los padres jóvenes de niños con enfermedades crónicas que están además hospitalizados, muestran una mayor inclinación a presentar estrés, siendo ésta una tendencia mucho más moderada en padres más mayores. Particularmente ésta predisposición puede considerarse lógica debido a que la madurez y la capacidad de afrontar las situaciones, por lo general, aumentan con la experiencia y están correlacionadas, en la mayoría de las ocasiones, con el aumento de las vivencias. Al igual que se puede esperar que los padres jóvenes perciban diversos aspectos implicados en la estancia hospitalaria, como más amenazantes.

Las estrategias de afrontamiento utilizadas con más frecuencia por los padres durante la hospitalización de sus hijos son la búsqueda de información, la identifica-

ción de los recursos propios sobre el reconocimiento de las causas y pronóstico de la enfermedad, el uso de las redes de apoyo social (Krohne y Slangen, 2005) y la racionalización para comprender la experiencia que están viviendo (Melamed, 1993). Algunos estudios han demostrado que, en general, los padres con niveles educativos más bajos tienden a demostrar tasas superiores de estrés con la hospitalización de sus hijos, que aquellos padres con niveles educativos más elevados (Patrick et al., 1992). Sin embargo, estos mismos estudios hablan de una mayor intransigencia, crítica y desconfianza por aquellos padres con niveles educativos más altos.

El objetivo primordial de este estudio descriptivo transversal (Montero y León, 2005), estriba en contrastar algunos de los aspectos más relevantes que influyen en el grado general de estrés percibido en los padres como consecuencia de la hospitalización de sus hijos.

Más específicamente intentamos dilucidar con mayor concreción, qué aspectos de la hospitalización infantil, de los más frecuentemente considerados según la bibliografía revisada, suponen realmente un mayor estrés para los padres.

En segundo lugar se estudiarán diversas variables de carácter sociodemográfico que podrían mediatizar dicha asociación. Entre ellas podemos diferenciar las infantiles por un lado, y las paternas por otro. Entre las primeras atenderemos al sexo y la edad de los niños de la muestra como variables moduladoras asociadas al estrés paterno en nuestra muestra. Entre las relativas a los padres, estudiaremos la edad paterna, el sexo y el nivel educativo o formación académica con objeto de determinar si también puede ser una variable implicada en la percepción del estrés.

Método

Sujetos

En esta investigación se contó con una muestra de sujetos compuesta por 85 niños hospitalizados y sus 85 progenitores. Se les propuso la participación a más de 130 familias en total, más de 45 declinaron por tanto el ofrecimiento.

La muestra infantil la constituían 38 niños (45,2%) y 46 niñas (54,8%). Sus edades estaban comprendidas entre 4 y 16 años ($M=9,15$; $DT=3,42$). Fueron escogidos al azar, 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: un primer grupo de 28 preescolares, (33%) de edades entre 4 y 6 años, un segundo grupo de 33 escolares (38,8%), de entre 7 y 11 años de edad y por último otro grupo de 24 adolescentes (28,2%), de edades entre 12 y 16 años.

La muestra de padres estaba formada por 60 mujeres (70,6%) y 25 varones (29,4%). Sus edades oscilaban entre los 24 y los 65 años ($M=38,8$; $DT=7,12$).

Instrumentos

La recogida de información se llevó a cabo a través de una entrevista, durante la cual, se aplicó un instrumento dirigido a recabar datos socio-demográficos, concretamente la edad de los sujetos, el sexo y la duración de la estancia hospitalaria. Paralelamente se procedió a la aplicación de una escala de valoración del estrés paterno, la cual se detalla a continuación.

Se utilizó la Escala de Estrés Parental (Ochoa, Reparaz y Polaino-Lorente, 1997b), traducción y adaptación al castellano de la Parental Stressor Scale (PSS), desarrollado por Carter y Miles (1982). Esta escala reúne un conjunto de ítems representativos de las posibles circunstancias

hospitalarias susceptibles de generar estrés parental durante la hospitalización infantil. Por experiencia estresante se entiende aquí una experiencia o vivencia que causa ansiedad o tensión.

Se trata de un cuestionario que consta de 36 ítems tipo Likert con un espectro de respuesta de cinco opciones que oscilan desde 1 “no estresante” a 5 “extremadamente estresante”, dividido en 6 subescalas o categorías de estrés paterno (aparición física del niño, tratamientos recibidos, comunicación con el personal sanitario, conductas y respuestas emocionales del niño, comportamiento del personal sanitario y alteración de los roles de los padres/expectativas de seguimiento). Además de esta estructuración, el instrumento incluye un último ítem (Nº 37), que pretende evaluar el impacto general causado por la hospitalización pediátrica en los padres investigados. Este ítem no forma parte de ninguna subescala, se trata de una puntuación de estrés paterno independiente.

El cuestionario puede puntuarse de dos maneras tomando en cuenta cada subescala por separado; o todo el cuestionario constituyendo un solo índice. Además el ítem 37, como se ha indicado, ofrece una valoración adicional del estrés.

Cuando se toma en consideración cada escala por separado, se divide la suma de los resultados obtenidos en esa escala, entre el número de ítems que la componen y que han sido valorados del 1 al 5. Desde este modo, pueden obtenerse 6 índices de estrés en distintas situaciones.

Si se desea atender a todo el cuestionario constituyendo un solo índice; entonces, se divide la suma de todas las contestaciones entre el número de ítems. De esta forma se obtiene una expresión general de estrés en los padres, como consecuencia de la hospitalización de su hijo.

La puntuación general máxima que un sujeto podría obtener en el cuestionario sería de 5 puntos y la mínima de 1, al igual que en cada una de las subescalas y en el ítem 37.

El coeficiente α global de este instrumento ofrecido por sus autores (Carter y Miles, 1982) es de .99, el global obtenido por los autores de la adaptación española (Polaino-Lorente y Ochoa, 1992) alcanza un valor de .92.

Los índices de consistencia para cada una de las subescalas del cuestionario en otros estudios, son también excelentes (Polaino-Lorente y Lizasoain, 1992; Ochoa, Repáraz y Polaino-Lorente, 1997b).

En nuestro caso, los resultados tanto por subescalas como en relación con la puntuación global, son satisfactorios. Se detallan en la Tabla 1.

Procedimiento

Los criterios de inclusión para la muestra infantil contemplaron: hospitalización en los centros sanitarios descritos, edad comprendida entre 4 y 16 años, permanencia en el hospital no superior a una semana ni inferior a un día, admisión en plantas pediátricas de cuidados medios, voluntariedad en la participación en el estudio, (con firma de consentimiento informado) y encontrarse en situación de pre-alta. Con respecto a los criterios de exclusión de los sujetos infantiles, se tuvo en cuenta la presencia de dolor, fiebre, vómitos, incapacidad para hablar, inmovilidad, aislamiento preventivo, discapacidad mental, recuperación postquirúrgica y/o realización previa de una prueba complementaria antes de la entrevista, entre otras circunstancias que desaconsejaran o impidiesen la recogida de información.

Tabla 1.- Consistencia interna del cuestionario en nuestro estudio.

Subescalas	α
Sub. 1.- Apariencia física del niño	.75
Sub. 2.-Tratamientos recibidos	.75
Sub. 3.-Comunicación con el personal sanitario	.80
Sub. 4.-Conductas y respuestas emocionales del niño	.89
Sub. 5.-Comportamiento del personal sanitario	.70
Sub. 6.-Alteración de los roles de los padres / expectativas de seguimiento	.70
Puntuación global.	.89

Se comprobaba, en el listado de admisión de pacientes ingresados, los datos personales y de filiación; a su vez, ya en la planta pediátrica, recogíamos las observaciones médicas y de hospitalización de las historias clínicas. Una vez valorados los casos y considerando los criterios de inclusión establecidos para formar parte de la muestra, procedíamos a la entrevista de todos los individuos disponibles y que quisieran colaborar ese día.

Al contactar con la familia, nos presentábamos, explicando la finalidad de nuestro trabajo y el contenido de la entrevista. En todos los casos, los instrumentos de medida utilizados fueron aplicados por los autores en presencia conjunta del niño y el progenitor y el lugar elegido fue la habitación del paciente y/o la sala de juegos.

El soporte de estudio se cumplimentó, en todos los casos, de 15 a 22 horas, en los hospitales citados.

Resultados

El análisis descriptivo de las puntuaciones generales obtenidas en la PSS, reflejan una distribución por encima de la media. En la Figura 1 puede observarse, teniendo en cuenta una puntuación media en el instrumento de 3, cómo la mayoría de los sujetos se ubica por encima de este número, lo que supone valoraciones altas o muy altas de estrés.

Con objeto de determinar qué aspectos de la hospitalización infantil predicen en mayor medida la percepción de estrés en los padres, se llevó a cabo un análisis de regresión, en el cual se introdujo como criterio la puntuación total del impacto general causado por la hospitalización pediátrica en los padres investigados (media total del ítem número 37, recordemos que este indicador puede ser utilizado como índice independiente de las subescalas del instrumento) y como variables predictoras: la puntuación total de la subescalas de Estrés Parental (PSS). Los resultados se muestran en la Tabla 2.

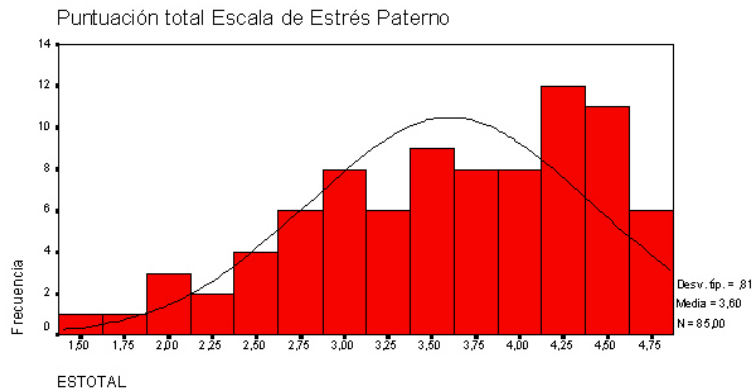


Figura 1.- Distribución de puntuaciones generales en la Escala de Estrés Parental (PSS)

Tabla 2. Resultados del análisis de regresión
(siendo la Variable Criterio el Impacto del estrés parental)

Predictores	β	t	p
Sub. 1.- Apariencia física del niño	0,443	4,074***	0,000
Sub. 2.-Tratamientos recibidos	-0,004	-0,040	0,968
Sub. 3.-Comunicación con el personal sanitario	0,344	2,736**	0,008
Sub. 4.-Conductas y respuestas emocionales del niño	-0,003	-0,020	0,984
Sub. 5.-Comportamiento del personal sanitario	-0,170	-1,426	0,158
Sub. 6.-Alteración de los roles de los padres / expectativas de seguimiento	0,476	3,994***	0,000

F (6,74)=373,856; p<0,000

El modelo explica el 96% de la variabilidad del impacto general causado por la hospitalización pediátrica en los padres, según la R^2 corregida.

Los factores generadores de estrés parental que se muestran como más importantes durante la hospitalización son: la observación de sintomatología en el niño, la atención a las demandas del hijo enfermo y las relaciones con el personal sanitario.

Nuestro segundo objetivo era indagar la posible influencia del sexo de los hijos sobre el estrés en los padres. Para determinar esta relación se trabajó con la puntuación

total del cuestionario, o índice de estrés general de los padres (media de los resultados obtenidos en las seis subescalas que los componen) y el impacto general causado por la hospitalización pediátrica en los padres investigados (media total del ítem número 37).

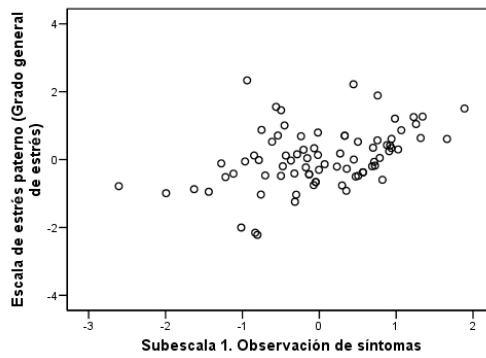


Figura 2. Gráfica de regresión parcial. Predictor: observación de síntomas.

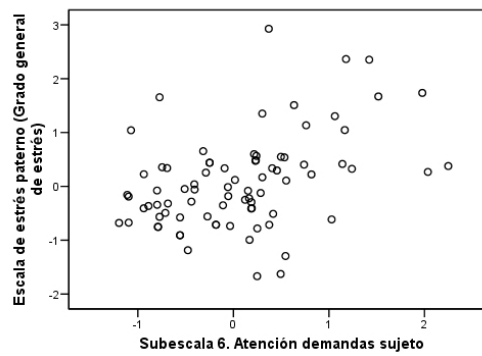


Figura 3. Gráfica de regresión parcial. Predictor: atención a las demandas del sujeto.

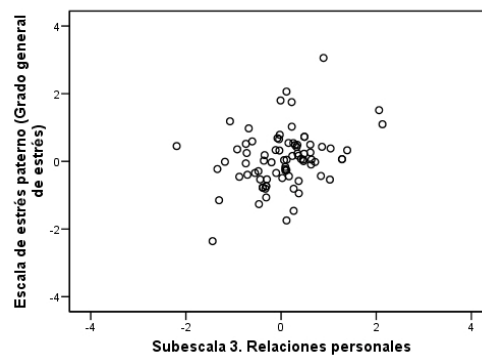


Figura 4. Gráfica de regresión parcial. Predictor: relación con el personal sanitario.

Un análisis t para muestras independientes llevado a cabo, arrojó los resultados que se detallan en la Tabla 3.

Así pues, en nuestra muestra no existen diferencias significativas en la apreciación de estrés paterno según el sexo del paciente pediátrico.

Resultados similares se obtuvieron al estudiar la asociación entre la edad infantil

y el estrés paterno. Para ello se dividió a los sujetos en tres grupos según su edad y se trabajó de nuevo con la puntuación total del PSS, y con el índice de impacto general causado por la hospitalización pediátrica en los padres investigados.

Se llevaron a cabo los correspondientes análisis t para muestras independientes, cuyos resultados se detallan en la Tabla 4.

Tabla 3. Diferencias en estrés paterno según el género del hijo.

Comparación totales PSS	Sexo	Media	t
P. total Escala de Estrés Paterno	Varón	3,58	t (1,82)= -0,112; p=0,911
	Mujer	3,60	
Impacto G. de Estrés Paterno	Varón	4,18	t (1,82)= -0,247; p=0,805
	Mujer	4,23	

Tabla 4. Resultados del análisis para muestras independientes según los grupos de edad infantil.

Comparación totales PSS	Grupos de edad	Media	t
P. total Escala de Estrés Paterno	4-6 años	4,35	t (1,59)= 0,095; p=0,9
	7-11 años	4,33	
Impacto G. de Estrés Paterno	4-6 años	3,78	t (1,59)= 1,079; p=0,3
	7-11 años	3,58	
P. total Escala de Estrés Paterno	4-6 años	4,35	t (1,50)= 1,493; p=0,14
	12-16 años	3,91	
Impacto G. de Estrés Paterno	4-6 años	3,78	t (1,50)= 1,534; p=0,13
	12-16 años	3,41	
P. total Escala de Estrés Paterno	7-11 años	4,33	t (1,55)= 1,610; p=0,11
	12-16 años	3,91	
Impacto G. de Estrés Paterno	7-11 años	3,58	t (1,55)= 0,758; p=0,45
	12-16 años	3,41	

Ninguno de los análisis resultó significativo por lo que podemos concluir que en nuestra muestra, y en los rangos de edad estudiados, no aparecen diferencias en la apreciación de estrés paterno según la edad del paciente pediátrico.

Paralelamente tampoco se obtuvieron diferencias significativas en la percepción de estrés, entre padres y madres.

Otro de nuestros objetivos era determinar si en efecto y de acuerdo con otros investigadores (Patrick et al, 1992), la percepción de estrés paterno podría oscilar en función de la edad paterna. Al efecto se

distribuyó a los padres en grupos según su edad (diferenciando entre “jóvenes”: intervalo de edad de 18 a 39 años y “mayores”: intervalo de edad de 40 a 65 años), y se procedió a buscar diferencias significativas.

Al relacionar esta variable con la puntuación total en la Escala de Estrés Parental, no se observaron diferencias significa-

tivas. Sin embargo, cuando se analizaron pormenorizadamente las subescalas del instrumento, nos encontramos con diferencias significativas de interés. Como se puede apreciar en la tabla 5, se encontraron divergencias entre padres jóvenes y mayores en dos variables: el comportamiento del personal sanitario así como las demandas del sujeto enfermo.

Tabla 5.- Diferencias en percepción de estrés según la edad paterna.

Puntuaciones PSS	Edad del progenitor	Media	Análisis t
Sub. 1. Observación de síntomas	18-39 años	3,73	t (1,82)= 1,592; p=0,115
	40-65 años	3,35	
Sub. 2. Tratamientos recibidos	18-39 años	3,07	t (1,82)= 0,263; p=0,793
	40-65 años	3,01	
Sub. 3. Relaciones personales	18-39 años	3,97	t (1,80)= 0,808 ; p=0,421
	40-65 años	3,78	
Sub. 4. Conductas emocionales	18-39 años	3,75	t (1,83)= 1,265; p=0,265
	40-65 años	3,51	
Sub. 5. Comportamientos del personal sanitario	18-39 años	3,67	t (1,80)= 2,353; p<0,021*
	40-65 años	3,07	
Sub. 6. Atención demandas del sujeto	18-39 años	4,19	t (1,51)= 1,785; p=0,05*
	40-65 años	3,81	
P. total Escala de Estrés Paterno	18-39 años	3,72	t (1,83)= 1,63; p=0,11
	40-65 años	3,43	

Por último nos propusimos determinar si el nivel educativo de los padres podría asociarse al estrés que estos percibían en relación con la hospitalización de sus hijos. De nuevo se tuvo en cuenta tanto la puntuación global de la Escala de Estrés Parental (PSS), como las puntuaciones parciales en las diferentes subescalas. Previamente se establecieron grupos de niveles formativos de los padres (sin estudios, primarios, medios y superiores).

Tras un pormenorizado ANOVA inicial de un factor, en que se tomaron como variables dependientes, la puntuación total en el instrumento y sucesivamente todas las

puntuaciones parciales de las subescalas, y como factor en todos los casos el nivel de formación de los sujetos, solamente resultaron significativas, la subescala 1, observación de síntomas, (F (3,80)= 4,47; p=,006); y marginalmente la puntuación total en el cuestionario (F (3,81)= 2,27; p=,056).

A continuación y con referencia a estas dos variables, se llevaron a cabo diversos análisis t para muestras independientes, cuyos resultados precisaron y matizaron los anteriores. Los resultados significativos se resumen en la Tabla 6.

De forma gráfica, la tendencia implícita en los resultados puede observarse en la Figura 5.

De forma resumida y para concluir, los resultados encontrados inciden en la tendencia de que mayores niveles de forma-

ción, se asocian a menor estrés. Y que estas diferencias son más significativas entre los extremos, esto es entre padres sin estudios o con estudios primarios y aquellos que tienen estudios superiores.

Tabla 6. Diferencias en percepción de estrés según el nivel de formación de los padres.

Puntuaciones PSS	Formación del progenitor	Medias	Análisis t
Observación de síntomas	Sin estudios/Superiores	3.81 / 2.20	t (1,11)=2,603; p=0,02
Observación de síntomas	Primarios/Medios	3.80 / 3.27	t (1,69)=1,997; p=0,04
Observación de síntomas	Medios/Superiores	3.27 / 2.20	t (1,24)=2,119; p=0,04
Observación de síntomas	Primarios/Superiores	3.80 / 2.20	t (1,53)=3,360; p=0,01
P. total del cuestionario	Sin estudios/Superiores	3.79 / 2.96	t (1,11)= 1,423; p=0,01
P. total del cuestionario	Primarios/Superiores	3.73 / 2.96	t (1,53)= 2,274; p=0,02

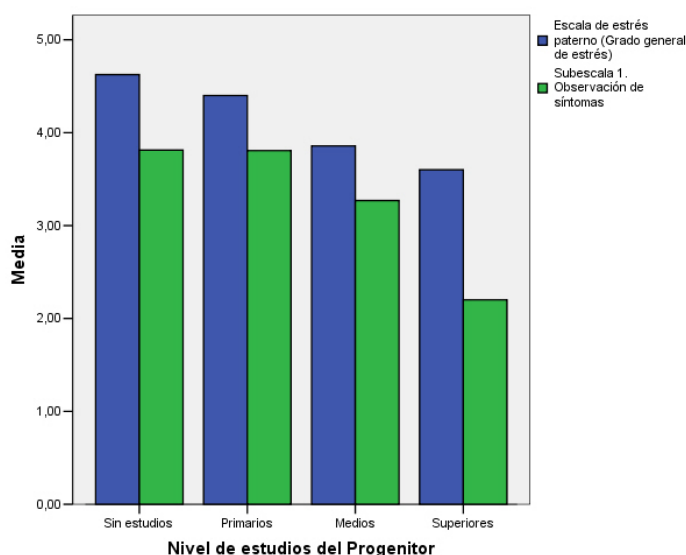


Figura 5.- Diferencias en percepción de estrés según el nivel de formación de los padres.

Con respecto a la única dimensión específica de estresores que resultó signifi-

cativa, la observación de los síntomas de la enfermedad en el hijo se impone como una

variable que explica las diferencias encontradas entre todos los niveles de formación estudiados. Concretamente, a menor nivel de estudios o formación, esta variable se asocia con mayores niveles de estrés en los padres.

Discusión y conclusiones

El objetivo de éste trabajo ha consistido en analizar algunas variables que podrían presentar una asociación con el ajuste emocional paterno y concretamente, influenciar el grado general de estrés percibido, como consecuencia de la hospitalización de sus hijos. La importancia de la afectación de los progenitores durante este tipo de situaciones, es clara si tenemos en cuenta que los padres desempeñan un doble papel en la experiencia, funcionando como figuras de apoyo y como modelos que sus descendientes imitan (Berenbaum y Hatcher, 1992). En éste sentido, inicialmente pensamos que las distintas reacciones emocionales y comportamentales de los progenitores son importantes, no sólo, para la consecución del equilibrio preciso en la protección de todo el sistema familiar, sino que también caracterizan las actitudes y los sentimientos del paciente pediátrico, e incluso inciden en su recuperación.

El principal de nuestros resultados deriva del análisis de diversos aspectos específicos de la hospitalización infantil y su influencia sobre la percepción de estrés paterno. De las variables estudiadas, las relaciones con el personal sanitario, la necesidad de atender las demandas de un hijo enfermo y sobre todo los cambios en la apariencia física del niño debidos a la enfermedad que padece, han sido las más intensamente relacionadas.

De estos tres aspectos, las circunstancias relativas a los cambios físicos obser-

vables (color, delgadez, temperatura, textura de la piel, apariencia física, etc.) que sus hijos pueden experimentar con motivo de la enfermedad y la hospitalización, sería la primera cuestión más estresante en la muestra estudiada.

El segundo aspecto, la atención a las demandas del hijo hospitalizado, podría cobrar protagonismo por lo que implica de alteración de los roles de los padres así como cambios no deseados en la vida diaria. En esta variable se incluyen circunstancias tales como las alteraciones de las rutinas y costumbres de la vida familiar, e incluso las repercusiones sobre la vida profesional, ocasionados por la necesidad de atender las demandas de un hijo enfermo. Aspectos que inciden en este contexto, circunscriben cuestiones tales como el no poder cuidar todo el tiempo de su hijo, no saber ayudar ante las crisis y empeoramientos, no poder visitarlo cuando se quiere, etc.

Estos dos aspectos destacan también en el trabajo de otros autores. Así, Polaino y Lizasoain (1992) encuentran que el factor "síntomas" del hijo enfermo es el que más alto puntúa en la muestra estudiada, mientras que la alteración de los roles paternos es el factor que más correlaciona con el resto de los factores estudiados. En nuestra investigación, aparte de estas dos dimensiones, un aspecto adicional también ha resultado significativo. Éste tercero incluiría cuestiones como las explicaciones demasiado rápidas por parte de los profesionales, el empleo de palabras que no entienden, apreciaciones contradictorias respecto del niño, la amabilidad, la falta de atención cuando es demandada, etc.

Otras variables estudiadas parecen tener menor importancia en relación con el estrés paterno durante la hospitalización. Concretamente los comportamientos y respuestas emocionales del niño, el detectar cambios en la conducta y la personalidad de los

hijos atribuibles a la enfermedad y la hospitalización, manifestaciones como confusión, quejas y lloros, sensación de cansancio, demostración de reacciones de ira, problemas de comportamiento, etc., no resultaron tan importantes. Tendencia similar a la encontrada en relación con los tratamientos recibidos así como el comportamiento del personal sanitario. En estas dimensiones se incluían por ejemplo aspectos como la peligrosidad potencial de las intervenciones médicas, o variables relacionados con la atención hospitalaria y la labor sanitaria como el recibir poco interés, la posible diversidad de profesionales que tratan al niño, falta de intimidad, omisión de nombres, dejadez percibida en las funciones, no atención inmediata a demandas específicas, etc.

De forma general, los factores derivados de la enfermedad infantil: inmovilidad, limitaciones funcionales, padecimiento de dolor, incapacidad, cambios de temperatura, impotencia, debilidad fisiológica, etc., suelen ser los aspectos más alarmantes para los progenitores. De hecho es lógico pensar que cuanto más severa y más grave sea la dolencia mayor será el grado de estrés experimentado por los padres ante la vivencia de dicho evento. Los padres suelen necesitar razones y respuestas que puedan comprender, para adquirir la sensación de un mayor control sobre la situación, con el propósito de reducir cualquier sentimiento de desesperanza e impotencia. Este resultado podría explicar en parte que la relación con los profesionales también pueda ser importante a la hora de generar estrés, dado que ellos son los que podrían asociarse a explicaciones o conocimientos sobre la sintomatología, por ejemplo.

Cuando se informa a los padres sobre la enfermedad de un hijo y sobre la posibilidad de hospitalización, pueden aparecer respuestas de incredulidad, ansiedad, ira, miedo, rebeldía o depresión. Se pueden au-

toinculpar de la desgracia, percibir indefensión y frustración ante la sintomatología, cuestionando sus habilidades para cuidar al hijo y estas emociones a su vez, les pueden provocar estrés por su aparente incapacidad en resolver la situación.

En otro objetivo de nuestro estudio, nos cuestionábamos si la impresión de estrés paterno por hospitalización infantil podría variar en función de diferentes variables de carácter psicosocial. En relación con el género del paciente pediátrico, en nuestro caso no aparecen diferencias en la apreciación del estrés parental. Los resultados no concuerdan con lo referido en otras investigaciones que indican que el sexo del niño tendría un efecto en el ajuste emocional paterno a la situación, siendo más difícil de lograr en el caso de que el enfermo sea un chico (Frey et al., 1989). Quizá nuestros datos sean más acordes con una visión más actual de la igualdad entre géneros.

En relación con la edad de los pacientes pediátricos hospitalizados, y su posible relación con efectos diferenciales en el grado de estrés y el impacto de la experiencia en los progenitores, nuestros datos tampoco concuerdan con la bibliografía revisada. Las diferencias entre los tres grupos de edad considerados no resultaron significativas. Sería posible pensar, a tenor de los hallazgos de otros estudios (Schechter, 1993), que cuanto menor sea la edad del niño, los padres podrían percibir una mayor sensación de peligro y amenaza, mayor necesidad de proteger al menor, mayor preocupación por el transcurso de la enfermedad, más impacto emocional por la separación, etc., sin embargo en las franjas de edad estudiadas, no llegan a encontrarse diferencias significativas.

Quizá este resultado se deba a la discrepancia entre las edades consideradas en nuestro estudio y las tenidas en cuenta en aquellos que si encuentran estas diferencias

(Schechter, 1993). Concretamente, el dejar fuera la franja de edad de niños menores de 4 años, parece eliminar diferencias encontradas en otros estudios. Durante el período de los 6 meses a los 5 años el niño podría generar en los padres mayor vulnerabilidad psicológica a la circunstancias del contexto hospitalario, siendo las edades más críticas, según otros autores, las ubicadas entre los 6 meses y los dos años de vida (Gómez de Terreros, Doménech y Gómez de Terreros, 1996). Posiblemente este extremo merezca mayor atención en estudios futuros.

En otro de los aspectos que nos interesaba, esperábamos que los padres jóvenes (intervalo de edad de 18 a 39 años) percibiesen mayor grado de estrés que los padres "mayores" (40 a 65 años) y buscábamos además variables que pudiesen arrojar luz en estas diferencias. Aunque las discrepancias según la edad, habían sido indicadas en diversos estudios (Patrick et al, 1992), en nuestro caso las diferencias encontradas entre las dos franjas de edad consideradas existen, aunque con matices. Tomando en consideración el volumen general de estrés paterno, nuestros datos no nos permiten afirmar que en una franja de edad se tenga más o menos estrés que en otra. Sin embargo, el estudio específico de diferentes dimensiones o conjuntos de estresores relacionados con la hospitalización, señaló dos aspectos, el comportamiento del personal sanitario y las demandas del sujeto enfermo, como más estresantes en padres jóvenes. Cuestiones como la información y el trato recibido por los profesionales durante la hospitalización, y las nuevas demandas del hijo en la medida en que quizá alteran el funcionamiento diario familiar, serían las variables más intensamente asociadas. Un menor estrés en padres más maduros, y en estas variables específicas, puede considerarse lógico si pensamos que la madurez puede estar asociada a una mayor capacidad de afrontar situaciones complejas.

Otros estudios han determinado que los padres mayores expresan una mayor confianza en la intervención de los profesionales sanitarios que los padres más jóvenes (Devellis, Devellis, Blanchard, Klotz, Luchok y Voyce, 1993), lo que podría explicar también algunos de nuestros resultados.

En nuestro caso, y sobre estos hallazgos, hemos de ser en cierta medida cautos, habida cuenta de la consistencia interna obtenida en las escalas en las que las diferencias según la edad resultan significativas. Un valor de 0,70 como el obtenido, se haya en el límite (Prieto y Muñiz, 2000), lo que podría aconsejar, por ejemplo, estudios posteriores con muestras más amplias, en los que se puedan utilizar otros instrumentos de evaluación o en los que se estratifique de forma alternativa la diversidad de la muestra.

Nos llamó la atención no encontrar diferencias significativas en la percepción de estrés en función del sexo paterno. En nuestro estudio, los padres y las madres de la muestra se estresan en igual medida ante la hospitalización de sus hijos.

Por último, el nivel formativo de los padres, merecía también nuestra atención. Esperábamos menores niveles de estrés durante el ingreso de un hijo en un centro sanitario, en padres con mayor nivel educativo, y viceversa, a tenor de la literatura revisada. Nuestros resultados van en la línea de los referidos por otros autores (Patrick, et al. 1992; Ochoa y Polaino-Lorente, 1999). En nuestro caso se ratifica esta suposición, estableciéndose como variable primordial, entre las específicamente estudiadas, la observación de los síntomas de la enfermedad en el hijo. Las diferencias encontradas entre los grupos según el nivel educativo, se asocian a la interpretación de la sintomatología y otras circunstancias relativas a los cambios físicos, que sus hijos pueden experimentar durante la estancia hospitalaria o con motivo de la enferme-

dad. La percepción de estos aspectos como amenazantes o no, se podría relacionar con el nivel educativo de manera razonable. Posiblemente, un mayor sentimiento de manejo, control y comprensión de la situación que suelen demostrar aquellos padres de niveles educativos más elevados, contribuyan a explicar las diferencias en las tasas de estrés apreciadas.

Entre las implicaciones clínicas de nuestros resultados, pensamos que una cierta comprensión y contextualización por parte de los padres de la sintomatología observada en sus hijos durante el transcurso de la enfermedad y la hospitalización, potenciada desde el contexto sanitario, daría lugar a una reducción en la percepción de estrés. Circunstancia que podría relacionarse con una mayor satisfacción y calidad de la estancia hospitalaria, o incluso tener repercusiones directas sobre la recuperación y el afrontamiento de la situación asociada a la permanencia en el Hospital. Cada vez más evidente resulta la importancia de la implicación del personal sanitario en la reducción del estrés en los padres, a la vez que cada vez son más evidentes los esfuerzos por garantizar tanto canales de comu-

nicación como interacciones positivas entre los padres y el personal sanitario.

En esta línea, las redes de apoyo que puedan aliviar los cambios en la vida diaria paterna, serían también una posibilidad eficaz de cara a la reducción de estrés en estas situaciones.

Para concluir, insistiríamos en la importancia de las iniciativas dirigidas a reducir el estrés que los padres padecen durante la hospitalización de un hijo, sobre todo si tenemos en cuenta que esta alteración emocional puede tener repercusiones en el niño en el ámbito de un proceso de transferencia de emociones (Fernández y López, en prensa) y afectar su proceso de recuperación. Se hace necesario considerar, de acuerdo con diversos autores (Peterson, Harbeck y Chaney, 1990) que resulta aconsejable la máxima normalización en el trato, lo que podrá reducir el grado de estrés en ambos, padres e hijos. Y que, en esta circunstancia, la relación con el personal sanitario sigue siendo un aspecto crucial que los recursos de salud han de cuidar y potenciar.

Artículo recibido: 23-06-2005

aceptado: 31-01-2006

Referencias bibliográficas

- Báguena, M.J. y Chisbert, M.J. (1998). El género como modulador de la evolución psicológica de miedos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24, 333-445.
- Berenbaum, J. y Hatcher, J. (1992). Emotional distress of mothers of hospitalized children. *Journal of Paediatric Psychology*, 17, 359-372.
- Blanco, J.M., Cano Vindel, A., Camuñas, N., Miguel Tobal, J. J., Salayero, M. T. y Pérez Nieto, M.A. (2001). La ansiedad, la ira y el estrés asistencial en el ámbito hospitalario: Un estudio sobre sus relaciones y la eficacia del tratamiento. *Ansiedad y Estrés*, 7, (2-3), 247-257.
- Cano-Vindel, A., y Miguel-Tobal, J. J. (2001). Emociones y Salud. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 111-121.
- Carter, M.C. y Miles, M.S. (1982). Assessing parental stress in the intensive care unit. *Journal of Maternal Child Nursing*, 8, 137-157.
- Del Barrio, V. (2000). El conocimiento de las emociones en los niños de 4 a 8 años. *Ansiedad y Estrés*, 6(2-3), 191-202.
- Del Barrio, V. (2003). Estrés y Salud. En J.M. Ortigosa, M.J. Quiles y F.X. Méndez (Eds.). *Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia* (pp. 47-69). Madrid: Pirámide.

- Devellis, R.F., Devellis, B.M., Blanchard, L.W., Klotz, M.L., Luchok, K. y Voyce, C. (1993). Development and validation of the parent health locus of control (PHLOC) scales. *Health Education Quarterly*, 20, 211-225.
- Fernández, A. y López, I. (en prensa). Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización. *International Journal of Clinical Health Psychology*.
- Frey, K.S., Fewell, R.R. y Vadasy, P.F. (1989). Parental adjustment and changes in child outcome among families of young handicapped children. *Topics in Early Childhood Special Education*, 8, 38-58.
- Gómez de Terreros, M., Doménech, E. y Gómez de Terreros, I. (1996). Cambios comportamentales en lactantes hospitalizados. *Bienestar y protección infantil*, 3, 59-69.
- Krohne, H. W. y Slangen, K. E. (2005). Influence of Social Support on Adaptation to Surgery. *Health Psychology*, 24, 101-105.
- Latorre, J. M., y Montañés, J. (2004). Ansiedad, Inteligencia Emocional y Salud en la adolescencia. *Ansiedad y Estrés*, 10(1), 111-125.
- Lizasoain, 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.
- Melamed, B.G. (1993). Putting the family back in the child. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 239-247.
- 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, J.X., Ortigosa, J.M. y Pedroche, S. (1996). Preparación a la hospitalización infantil (I): Afrontamiento del estrés. *Psicología Conductual*, 4, 193-209.
- Montero, I. y León, O. G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical Health Psychology*, 5, 115-127.
- Ochoa, B. (2003). La unidad psicopedagógica en el contexto hospitalario: una propuesta de intervención, en B. Ochoa y O. Lizasoain (Eds.), *Intervención psicopedagógica en el desajuste del niño enfermo crónico hospitalizado* (pp. 199-215). Pamplona: Universidad de Navarra, EUNSA.
- 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.
- Ochoa, B., Repáraz, Ch. y Polaino-Lorente, A. (1996). Validación preliminar, en una muestra española, de la escala P-MISS de satisfacción de los padres con la hospitalización de sus hijos. *Revista de Psicología de la Salud*, 8, 121-146.
- Ochoa, B., Repáraz, Ch. y Polaino-Lorente, A. (1997). Estudios preliminares de validez de la escala PSS: Cuestionario de estrés en padres de niños hospitalizados. *Clínica y Salud*, 8, 442-446.
- Ochoa, B., Repáraz, Ch. y Polaino-Lorente, A. (1997a). Validación de la escala CILC, de locus de control, en una muestra española de padres de niños hospitalizados. *Psicothema*, 9, 89-103.
- Ochoa, B., Repáraz, Ch. y Polaino-Lorente, A. (1997b). Estudios preliminares de validez de la escala PSS: Cuestionario de estrés en padres de niños hospitalizados. *Clínica y Salud*, vol 8, 423-446.
- Ortigosa, J. M., Quiles Sebastián, M. J., Carrillo, F. X., y Pedroche, S. (2000). Miedos infantiles hospitalarios: Un estudio con niños hospitalizados y no hospitalizados. *Ansiedad y Estrés*, 6(1), 61-70.
- Ortigosa, J.M. y Méndez, F.X. (2000). *Hospitalización infantil. Repercusiones psicológicas*. Madrid. Biblioteca Nueva.
- Patrick, C., Padgett, D.K., Schlesinger, H.J., Cohen, J. y Burns, B.J. (1992). Serious physical illness as a stressor: effects on family use of medical services for chronically ill children and their families. *Pediatric Clinics of North America*, 31, 235-257.
- Pérez Nieto, M. Á., y González Ordi, H. (2005). La estructura afectiva de las emociones: un estudio comparativo sobre la Ira y el Miedo. *Ansiedad y Estrés*, 11(2-3), 141-155.
- Peterson, C., Harbeck, C. y Chaney, J. (1990). Children's coping with medical procedures: a conceptual overview and integration. *Behavioral Assessment*, 12, 197-212.
- Polaino-Lorente, A. y del Pozo, A. (1996). El impacto psicológico de los acontecimientos vitales estresantes en los padres de los niños cancerosos. *Acta Pediátrica Española*, 54, 163-174.
- Polaino-Lorente, A. y Lizasoain, O. (1992). Parental stress and satisfaction with children's hospitalization. A prospective study. *Acta Pediátrica Española*, 50, 472-479.
- Prados Atienza, J. M. (2005). Pensamiento y emoción: el uso científico del término preocupación. *Ansiedad y Estrés*, 11(1), 37-48.
- Prieto, G. y Muñoz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los test utilizados en España. *Papeles del Psicólogo: Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 77.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical Health Psychology*, 3, 141-157.

- Schechter, N.L., (1993). The management of pain associated with diagnostic procedures in children with cancer. En C.R. Chapman y K. M. Foley (Eds.), *Current and emerging issues in cancer pain: Research and practice. Bristol-Myers Squibb Symposium on pain Research series* (pp. 371-383). New York: Raven Press.
- Silvero, M. y Ochoa, B. (2001). Los programas de intervención psicopedagógica a la hospitalización: una revisión. *Bordón: Revista de orientación pedagógica*. 53, 597-616
- Small, L. (2002). Early predictors of poor coping 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.
- Yantzi, N., Rosenberg, M.W., Burke, S.O. y Harrison, M.B. (2001). The impacts of distance to hospital on families with a child with a chronic condition. *Social Science & Medicine* 52, 1777-1791.