

Beatriz De Mula-Fuentes¹
 María Quintana¹
 Jordi Rimbau^{1,2}
 Abel Martínez-Mejías³
 María Socorro Úriz³
 Cristina Rivera-Pérez³
 Maite Garolera^{1,4,5}

Ansiedad, miedos hospitalarios y alteraciones conductuales en la hospitalización infantil

¹Brain, Cognition and Behavior: Clinical Research Consorci Sanitari de Terrassa, Barcelona, España
²Unidad de Psicología Infantojuvenil. Consorci Sanitari de Terrassa, Barcelona, España
³Servicio de Pediatría. Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona. España

⁴Unidad de Neuropsicología. Hospital de Terrassa. Consorci Sanitari de Terrassa, Barcelona, España
⁵Grup de Recerca Consolidat en Neuropsicologia (SGR0941), Universitat de Barcelona, Barcelona, España

Introducción. El ingreso hospitalario es una experiencia susceptible de generar alteraciones emocionales o conductuales a cualquier edad. Este estudio pretende analizar la respuesta de ansiedad, miedos y/o alteraciones conductuales en pacientes pediátricos expuestos a un ingreso hospitalario convencional no quirúrgico y las relaciones existentes entre dichas respuestas y determinadas variables moduladoras.

Metodología. Diseño de cohortes. La recogida de datos se realizó en tres momentos (M1: al ingreso; M2: al alta; M3: a las dos semanas del alta), sobre una muestra de 30 pacientes de 6 a 15 años y 30 cuidadores. Se realizó una comparación de medias de medidas repetidas (*t* de Student) de las variables de respuesta y su correlación (Coeficiente de correlación de Pearson) con variables moduladoras.

Resultados. Los resultados del análisis intrasujeto muestran significación en cuanto a los niveles de ansiedad estado del paciente en M1 *versus* M3 ($t=3.93, p<0.0001, d=0.69$) y la magnitud de alteraciones conductuales totales registradas en M1 *versus* M3 ($t=-5.02, p<0.0001, d=0.60$). Se objetivó relación significativa positiva entre variables moduladoras del paciente (ansiedad rasgo) y del cuidador (ansiedad rasgo-estado, estrategias de afrontamiento) y las variables de respuesta de ansiedad y alteraciones conductuales del paciente.

Conclusiones. La exposición a una hospitalización convencional no quirúrgica puede producir consecuencias negativas a nivel emocional y conductual en el niño, presentes más allá del ingreso hospitalario. Determinadas variables, del

paciente y del cuidador, son factores de vulnerabilidad psicológica ante el proceso de hospitalización.

Palabras clave: Ansiedad, Miedo, Alteraciones conductuales, Hospitalización infantil

Actas Esp Psiquiatr 2018;46(2):42-50

Anxiety, hospital fears and conduct and behavioral alterations during pediatric hospitalization

Introduction. A hospital admission is an experience capable of generating emotional and behavioral alterations at any age. This study pretends to analyze the response of anxiety, fears and/or behavioral alterations in pediatric patients exposed to a conventional non-surgical hospital admission and the existing relationship between these responses and certain modulating variables.

Methodology. Design of cohorts. Data collection was carried out in three stages (M1: at admission; M2: at discharge; M3: 2 weeks after discharge), on a 30 patient sample between the ages of 6 to 15 years and 30 caregivers. A comparison was made on the mean of the repeated measurements (Student *t*) of the respond variables and their correlation (Pearson's Coefficient Correlation) with modulating variables.

Results. The results of the intra-subject analysis showed significance in terms of anxiety levels state in patients in M1 *versus* M3 ($t=3.93, p<.0001, d=0.69$) and the magnitude of the total behavioral alterations registered in M1 *versus* M3 ($t=-5.02, p<.0001, d=0.60$). It was observed that a significant relationship between modulating variables of patients (anxiety risk) and of the caregiver (anxiety character state,

Correspondencia:
 Dra. Maite Garolera
 Unidad de Neuropsicología. Hospital de Terrassa
 Carretera Torrebónica s/n
 08227 Terrassa (Barcelona)
 Tel.: +34937310007 ext 1557
 Fax: +34937003637
 Correo electrónico: mgarolera@cst.cat

strategy of confrontation) and the variables of response of the anxiety and behavioral alterations of the patient.

Conclusions. Exposure of a conventional non-surgical hospital admission may have negative consequences at an emotional and behavioral level in children, present far beyond the hospital admission. Certain variables, from the patient and the caregiver, are psychological vulnerability factors before a hospitalization process.

Keywords: Anxiety, Fear, Behavioral alterations, Pediatric hospitalization

INTRODUCCIÓN

Bowlby¹ fue probablemente el primero en advertir que la hospitalización podría dejar secuelas en los niños de forma permanente. Posteriormente, otros autores han afirmado que el ingreso en el hospital debe ser considerado como una experiencia susceptible de generar alteraciones emocionales o conductuales a cualquier edad²⁻⁶. Sin embargo, entender los efectos que una hospitalización puede tener sobre el niño requiere tener presente las interrelaciones entre las características propias del paciente y el conjunto de factores que configuran el entorno con el que se relacionará el individuo durante y después del ingreso como son las características del cuidador, los aspectos relacionados con el contexto familiar y el propio ambiente hospitalario^{3-5,7}.

Respecto al paciente pediátrico, el significado que la enfermedad o la hospitalización tendrán para él, va a depender en gran medida de la edad de este, encontrando una relación positiva entre la edad y la capacidad de adaptación ante el proceso hospitalario^{2,4,5,7-12}. Más allá de la edad, se ha identificado una relación entre los niveles de ansiedad rasgo en el paciente y sus respuestas de ansiedad estado y/o miedo hospitalario, siendo por tanto considerada como una variable moduladora ante la hospitalización^{2,3,13}.

En cuanto al cuidador, la hospitalización infantil es percibida como una amenaza, pudiéndole generar ansiedad¹⁴⁻¹⁶. La investigación con grupos de padres de niños enfermos ha demostrado el valor predictivo de los niveles de ansiedad del cuidador en cuanto al funcionamiento psicológico posterior de los niños^{17,18}. Los padres que se presentan ansiosos o estresados generan en los niños sentimientos de malestar, inquietud, preocupación o estrés debido al contagio emocional^{3,4}. Por otro lado, diversos autores afirman que la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento desadaptativas en los padres, tanto un manejo inadecuado centrado en el problema, evitando a nivel cognitivo como conductual las situaciones estresantes y/o bien fantaseando sobre realida-

des alternativas pasadas, presentes o futuras, como un manejo inadecuado centrado en la emoción, basado en el aislamiento social, la autocrítica y la autoinculpación, tienden a incrementar el estrés en los niños^{3,6}.

Siguiendo con el contexto familiar, se observó que aquellos niños que tuvieron acontecimientos vitales estresantes en el ámbito familiar a lo largo del último año presentaron mayores grados de ansiedad-rasgo y depresión ante la cirugía².

Los elementos que hacen del último factor, el ambiente hospitalario, un evento estresante en la vida del niño, son muchos y muy variados^{3,7,10,12,19}. Variables como la intensidad de las intervenciones médicas, son consideradas factores importantes en el desarrollo de consecuencias psicológicas⁶.

Todos estos factores repercuten finalmente en el mantenimiento y recuperación de la salud del sujeto¹⁹ y sus efectos pueden estar presentes incluso a largo plazo^{3,4,12,20}.

La mayoría de los estudios realizados centran su atención en el impacto que la hospitalización infantil tiene en el sujeto cuando esta está vinculada a una intervención quirúrgica o al ingreso en una unidad de cuidados intensivos^{19,20}. Pero la hospitalización infantil, sea cual sea el motivo y las características del ingreso, es un estresor susceptible de generar alteraciones emocionales y/o conductuales en el individuo.

El objetivo general de este trabajo es analizar la respuesta de ansiedad, miedos y o alteraciones conductuales en niños expuestos a un ingreso hospitalario convencional no quirúrgico y las relaciones existentes entre dichas respuestas y determinadas variables moduladoras, mejorando nuestra comprensión sobre la vulnerabilidad psicológica del niño.

A partir de nuestro objetivo general nos planteamos los siguientes objetivos específicos: primer objetivo específico: medir en la muestra de pacientes las variables niveles de ansiedad, alteraciones conductuales y miedos hospitalarios, y medir en la muestra de cuidadores principales la variable nivel de ansiedad, analizando la evolución de estas variables durante los tres momentos de evaluación. Las hipótesis que nos planteamos a partir de este objetivo son: primera hipótesis: se observará un mayor cambio conductual negativo en el niño posterior a la exposición a la hospitalización; Segunda hipótesis: los niveles de ansiedad infantil variaran a lo largo de los tres momentos de recogida de datos; Tercera hipótesis: los niveles de ansiedad del cuidador principal variaran a lo largo de los tres momentos de recogida de datos.

Segundo objetivo específico: analizar las relaciones existentes entre variables moduladoras (respecto al paciente: edad, niveles de ansiedad rasgo; respecto al con-

texto hospitalario: número de procedimientos invasivos realizados; respecto al cuidador principal: estrategias de afrontamiento y niveles de ansiedad estado-rasgo; respecto al contexto familiar: número de eventos estresantes acontecidos durante el último año) y las variables de respuesta en el paciente (niveles de ansiedad, alteraciones conductuales y miedos hospitalarios). Las hipótesis que nos planteamos a partir de este objetivo son: Cuarta hipótesis: se observará una relación inversa entre la edad del paciente y la presencia de niveles más elevados de ansiedad estado, mayor cambio conductual negativo y/o mayor número de miedos post hospitalización; Quinta hipótesis: los participantes con ansiedad rasgo más elevada presentarán mayor ansiedad estado, mayor número de alteraciones conductuales y/o mayor número de miedos hospitalarios durante y post ingreso hospitalario; Sexta hipótesis: correlación positiva entre la presencia de determinadas características del cuidador principal, del contexto familiar y hospitalario, en relación con la respuesta de ansiedad, miedos y o alteraciones conductuales en niños durante y post hospitalización.

METODOLOGÍA

Participantes

El total de participantes que integraron la muestra fue de 30 pacientes y 30 cuidadores principales ($N=60$). Los criterios para la inclusión en el estudio fueron: Paciente: paciente con edad comprendida entre los 6 y los 15 años, ingresado en una planta convencional de hospitalización (Unidad de Pediatría del Hospital de Terrassa), durante el periodo comprendido entre el 15 de septiembre del 2015 al 28 marzo del 2016, con ingreso no vinculado a intervención quirúrgica y expectativa de hospitalización de 3 días o más (unidad: pernoctación); Cuidador principal: adulto que se ocupa de brindar de forma prioritaria apoyo tanto físico como emocional.

Quedaron excluidos aquellos que: no cumplían los criterios de inclusión, pacientes o cuidadores con dificultad para comprender el significado de los ítems de los test administrados, pacientes con trastornos del neurodesarrollo (recogido en los antecedentes médicos o psicológicos personales), cuidador ausente durante el proceso de hospitalización, pacientes cuyo estado clínico no permita realizar la evaluación y aquellos pacientes cuyos familiares expresen negativa a participar en el estudio o lo abandonen.

Las características sociodemográficas de los pacientes y de los cuidadores se describen en la tabla 1.

Tabla 1	Características sociodemográficas de pacientes y de cuidadores					
	Características	Paciente ($n=30$)		Cuidador ($n=30$)		
		n	%	$M(DE)$	%	$M(DE)$
Edad						
				9.36 (2.89)		38.60 (6.45)
6	4	13.3				
7	6	20				
8	5	16.7				
9	2	6.7				
10	5	16.7				
11	2	6.7				
12	1	3.3				
13	1	3.3				
14	0	0				
15	4	13.3				
Sexo						
Masculino		43.3				20
Femenino		56.7				80
Nivel educativo alcanzado						
Primaria						13.3
Secundaria						16.7
Formación profesional						36.7
Bachillerato						6.6
Estudios superiores						26.7
Situación laboral						
Laboralmente no activo						10
Cuidado del hogar						23.3
Laboralmente activo						66.7
Antecedentes médicos		70				
Antecedentes psicopatológicos		33				
Ingresos anteriores				1.13 (2.82)		
Diagnóstico al ingreso						
Drepanocitosis/crisis vaso oclusiva	2					
Bronquitis	3					
Ataxia	1					

Características	Paciente (n=30)		Cuidador (n=30)		
	n	%	M(DE)	%	M(DE)
Diagnóstico al ingreso					
Celulitis mano	2				
Celulitis pie	2				
Balanitis	1				
Gastroenteritis aguda	2				
Púrpura de Schönlein-Henoch	2				
Abceso amigdalár	2				
Descompensación Diabetes tipo I	1				
Abdominalgia	4				
Sepsis	3				
Pielonefritis	1				
Parotiditis	1				
Pancreatitis	1				
Neumonía	2				

Procedimiento

Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) del Consorcio Sanitario de Terrassa (20 de julio de 2015) y todos los participantes dieron su consentimiento informado por escrito (cuidador principal y los pacientes con edades comprendidas entre los 12 y los 15 años de edad).

El estudio involucró al servicio de Pediatría y a la Unidad de Psicología Infantojuvenil del Hospital. La recogida de datos, tanto al paciente como al cuidador principal, fue realizada por el psicólogo a lo largo de tres momentos: M1: primera recogida de datos tanto al paciente como al cuidador principal, en la habitación donde se haya ingresado el individuo en la planta de hospitalización; M2: a lo largo de las 24 horas antes del alta, tanto al paciente como al cuidador principal, de nuevo en la habitación donde se haya ingresado el individuo; M3: aproximadamente a las dos semanas del alta, en Consultas Externas de Pediatría.

VARIABLES evaluadas e instrumentos

Teniendo en cuenta la revisión teórica realizada y los objetivos planteados para la muestra escogida, se determinaron las variables y aquellos instrumentos para su evaluación. Para una mayor comprensión, se clasifican las variables en función de si son variable de exposición, variable moduladora o variable de respuesta (ver Figura 1).

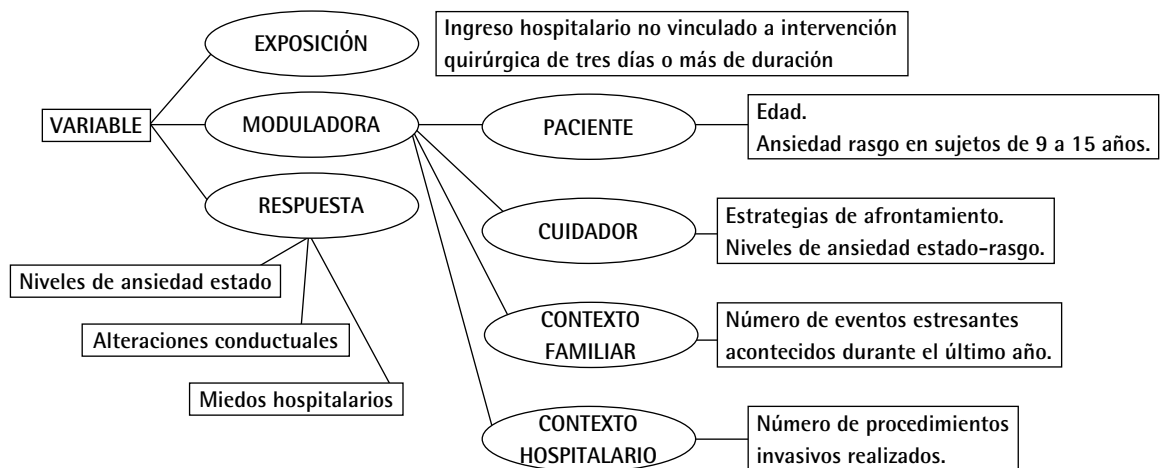


Figura 1 Variable de exposición, variables moduladoras del paciente, del cuidador, del contexto familiar y hospitalario y variables de respuesta del paciente

Las variables clínicas y sociodemográficas fueron recogidas mediante un cuestionario diseñado *ad hoc*.

Los instrumentos utilizados para la recogida de las variables psicológicas se detallan en la tabla 2.

Todos los análisis estadísticos se realizaron utilizando el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 18.

En cuanto a los niveles de ansiedad estado en el paciente (n=30), se calculó una variable denominada "ansiedad estado" que representa la unión de los resultados obtenidos en percentiles medidos mediante el Cuestionario de autoevaluación ansiedad estado/rasgo en niños STAIC (sujetos entre 9 y 15 años; n= 15) y el Cuestionario de ansiedad infantil CAS (sujetos entre 6 y 8 años; n=15).

Tabla 2	Instrumentos de medida para variables psicológicas		
	Identificación	Características	Dimensiones
	Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo STAI (8ª edición revisada): Adaptación española de G. Buéla-Casals, A. Guillén-Riquelme, N. Seisdedos Cubero (Dpto. I+D de TEA ediciones). Título original: "State-Trait Anxiety Inventory". Autor: Charles D. Spielberger et al.	40 ítems. Puntuaciones percentiles. Población adolescente y adulta.	Comprende escalas separadas que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado y como rasgo.
	Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en niños STAIC (4ª edición revisada): Adaptación española de N. Seisdedos Cubero (Dpto. I+D de TEA ediciones). Título original: "STAIC, State-Trait Anxiety Inventory for Children". Autor: Charles D. Spielberger et al.	40 ítems. Puntuaciones percentiles. Población de 9 a 15 años. Fiabilidad entre 0.85 y 0.9.	Comprende escalas separadas que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado y como rasgo.
	Cuestionario de Ansiedad Infantil CAS (5ª edición revisada): Adaptación española de D. E. Gómez Fernández (Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Universidad de Santiago) y M.T. Pulido Picouto (S.O.E.V de la Conserjería de Educación. Xunta de Galicia. Santiago). Título original "Child Anxiety Scale". Autor: John S. Gillis.	20 elementos. Puntuaciones percentiles. Población de 6 a 8 años. La consistencia interna, determinada mediante la fórmula de Kuder Richardson, es de 0.65.	Ansiedad.
	Cuestionario de Conducta Pre o Post-hospitalaria CCPH: Adaptación española de M. Palomo (1995). Título original: "Posthospital Behavior Questionnaire (PBH)". Autor: Vernon, Schulman y Foley.	26 elementos. Puntuación directa total y por factores. Población adulta. La consistencia interna de las puntuaciones totales es igual a 0.82. Los coeficientes de fiabilidad test-retest oscilan entre 0.47 y 0.65.	Estructura interna de 6 factores de ansiedad: ansiedad general y regresión, ansiedad de separación, trastorno del sueño, problemas de alimentación, agresión hacia la autoridad y apatía-retraimiento. Objetivo: que los padres evalúen las conductas desadaptativas de su hijo/a.
	Inventario de Estrategias de Afrontamiento CSI: Adaptación española de F. J. Cano García, L. Rodríguez Franco y J. García Martínez. Título original: "Coping Strategies Inventory". Autor: Tobin et al.	40 ítems. Puntuación percentil. Población adulta. Consistencia interna entre 0.63 y 0.89.	8 tipos de estrategias de afrontamiento: Resolución de problemas; Reestructuración cognitiva; Apoyo social; Expresión emocional; Evitación de problemas; Pensamiento desiderativo; Retirada; Autocrítica.
	Inventario Familiar de Sucesos Vitales y Cambios (FILE): Título original: "Family Inventory of Life Events and Changes". Autor: McCubbin et al.	71 ítems. Puntuación directa. Población adulta. El alfa de Cronbach general es de 0.79, la fiabilidad test-retest se encuentra entre 0.72 y 0.77.	Valora la acumulación de sucesos vitales o estresantes experimentados por una familia en los últimos 12 meses.
	Inventario de Miedos al Hospital o Escala de Apreciación de Miedo al Hospital (EAMH): Adaptación española de M. P. Palomo. Título original: "Hospital Fears Rating Scale". Autor: Melamed y Siegel.	25 ítems. Población infantil.	Mide el miedo ante diferentes estresores hospitalarios.

A continuación se describen los procedimientos estadísticos utilizados:

- Análisis descriptivo: cálculo de porcentajes, puntuaciones medias y desviaciones típicas: Datos relativos a la muestra de pacientes y cuidadores, variable de exposición, variables moduladoras, variables de respuesta.
- Prueba de Kolmogorov – Smirnov: se evaluó la normalidad de los datos pertinentes.
- Coeficiente de Correlación de Pearson: se ha estudiado la asociación lineal principalmente entre variables moduladoras y de respuesta.
- Prueba *t* de Student para medidas repetidas: utilizada para comparar las medidas seriadas de la misma variable en la misma persona en momentos distintos (paradigma longitudinal).
- Prueba *d* de Cohen: cuantifica el efecto obtenido, estableciendo si los resultados estadísticamente significativos hallados son relevantes. Se consideró (siguiendo las orientaciones de Cohen, 1988) que valores inferiores a 0.2 indican un efecto de pequeño tamaño, 0.5 de magnitud media y 0.8 indica un efecto de alta magnitud.

Todas las pruebas estadísticas se realizaron utilizando un nivel de significación de 0.05 para aceptar o rechazar las hipótesis de trabajo planteadas.

Diseño

Estudio de cohortes, enmarcado en el paradigma de diseños no manipulativos. Garantiza mayor validez interna, puesto que asegura la condición de temporalidad entre la variable de exposición (hospitalización) y la variable de respuesta (nivel de ansiedad, miedos o alteraciones de la conducta).

RESULTADOS

La recogida de datos se llevó a cabo durante un periodo de 7 meses, de septiembre del 2015 a marzo del 2016. La media de días de hospitalización de los 30 pacientes fue de 5.16 (*DE*=2.26) y la media de días de seguimiento desde M1 a M3 fue 18.5 (*DE*=4.0).

Se contactó con 38 pacientes y sus 38 cuidadores principales respectivos, susceptibles de formar parte del estudio. En la figura 2 se ilustra el flujo de pacientes durante los tres momentos de recogida de datos.

Los resultados obtenidos en las variables nivel de ansiedad, miedos y alteraciones conductuales en el paciente quedan ilustrados en la tabla 3.

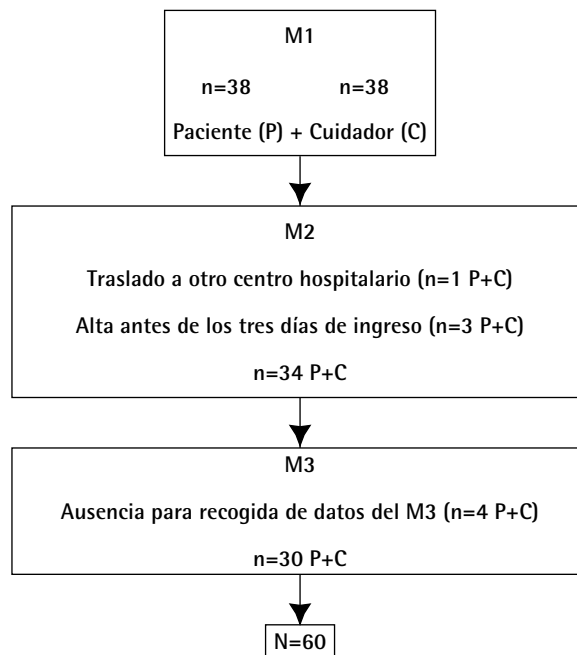


Figura 2

Diagrama de flujo de la muestra

Variables	Variables analizadas en el paciente		
	M1 <i>M(DE)</i>	M2 <i>M(DE)</i>	M3 <i>M(DE)</i>
Ansiedad estado	60.56 (35.12)	49.23 (35.22)	38.80 (27.83)
Ansiedad rasgo	52.93 (34.69)		
Miedo hospitalario	25.60 (13.31)		28.13 (14.43)
Alteraciones conductuales totales	21.53 (11.86)		28.23 (10.28)
Alteraciones conductuales factores			
AGR	4.90 (3.72)		6.23 (3.18)
AS	2.36 (2.44)		4.40 (3.97)
TS	5.13 (3.98)		5.93 (3.68)
PA	2.23 (2.09)		2.76 (2.44)
AA	2.30 (2.07)		2.70 (2.53)
AR	4.60 (3.89)		6.20 (3.56)

Las puntuaciones de la variable ansiedad se expresan en percentiles mientras que las puntuaciones de las variables miedos hospitalarios y alteraciones conductuales son puntuaciones directas; AGR: Ansiedad General y Regresión; AS: Ansiedad de Separación; TS: Trastorno del Sueño; PA: Problemas de Alimentación; AA: Agresión Hacia la Autoridad; AR: Apatía-Retraimiento; Ansiedad rasgo en pacientes de 9 a 15 años.

Tabla 4	Correlaciones entre variables moduladoras y variables de respuesta del paciente									
	Variable de respuesta del paciente									
	M1			M2		M3				
Variables moduladoras	ACT	AGR	TS	AA	AE	AE	ACT	TS	AA	A-R
Paciente										
AR	<i>r</i> =0.60 <i>p</i> =0.017	<i>r</i> =0.52 <i>p</i> =0.046	<i>r</i> =0.64 <i>p</i> =0.01		<i>r</i> =0.68 <i>p</i> =0.005	<i>r</i> =0.64 <i>p</i> =0.01				
Cuidador										
AR				<i>r</i> =0.40 <i>p</i> =0.027						
AE M2							<i>r</i> =0.38 <i>p</i> =0.037	<i>r</i> =0.48 <i>p</i> =0.007		
EA										
AUC									<i>r</i> =0.49 <i>p</i> =0.007	
RES										<i>r</i> =0.42 <i>p</i> =0.02

AE: Ansiedad Estado; AR: Ansiedad Rasgo; EA: Estrategias de Afrontamiento; AUC: Autocrítica; RES: Retirada Social; ACT: Alteraciones Conductuales Totales; AGR: Ansiedad General y Regresión; TS: Trastorno del Sueño; AA: Agresión hacia la Autoridad; A-R: Apatía-Retraitamiento.
Valores significativos *p* < 0.05.

En cuanto a las variables analizadas en el cuidador, se obtuvo una media de las puntuaciones en percentiles de la variable ansiedad estado en M1 de 69.16 (*DE*=22.37), en M2 de 64.06 (*DE*=26.38) y en M3 de 49.6 (*DE*=28.13). La media de las puntuaciones en percentiles de la variable ansiedad rasgo en el cuidador en M1 fue de 46.06 (*DE*=27.20). Respecto a las Estrategias de Afrontamiento, según la puntuación percentil obtenida, las estrategias más frecuentemente utilizadas fueron "Resolución de problemas" (*M*=61.36, *DE*=22.63) y "Retirada Social" (*M*=60, *DE*=22.89) y las menos utilizadas "Apoyo Social" (*M*=45.36, *DE*=29.12) y "Evitación de problemas" (*M*=51.33, *DE*=32.04). La media de eventos estresantes informados por el cuidador, acontecidos en el contexto familiar durante los últimos doce meses, fue de 10.40 (*DE*=6.30) y la media de procedimientos invasivos realizados al paciente durante la hospitalización fue de 2.43 (*DE*=1.94).

Se realizó una comparación intrasujeto en cuanto a los resultados obtenidos en las variables ansiedad estado, alteraciones conductuales y miedos hospitalarios en el paciente, en los tres momentos de recogida de datos. Fueron estadísticamente significativos los niveles de ansiedad estado del paciente en M1 *versus* M3, *t* =3.93, *p*<0.0001, *d*=0.69 y la magnitud de alteraciones conductuales totales registradas en M1 *versus* M3, *t*=-5.02, *p*<0.0001, *d*=0.60, al nivel espe-

cificado de 0.05. Desglosando las alteraciones conductuales por factores, se obtuvo significación en los factores ansiedad general y regresión, *t*=2.75, *p*=0.010, *d*=0.38, ansiedad de separación, *t*=-4.11, *p*<0.0001, *d*=0.62 y apatía-retraitamiento, *t*=-3.20, *p*=0.003, *d*=0.43, de nuevo al nivel especificado de 0.05. En cuanto al cuidador principal, fueron estadísticamente significativos los niveles de ansiedad estado de M1 *versus* M3, *t*=3.40, *p*=0.002, *d*=0.53 y de M2 *versus* M3, *t*=2.10, *p*=0.045, *d*=0.77.

Se analizaron las relaciones entre variables moduladoras y variables de respuesta en el paciente. Las correlaciones obtenidas quedan ilustradas en la tabla 4

Se obtuvo una correlación positiva entre un mayor número de alteraciones conductuales totales en M1 y su presencia en M3, *r*=0.79, *p*=0.0001. Por último, los niveles de ansiedad estado del cuidador en M1 y la adopción de Pensamiento Desiderativo como estrategia de afrontamiento, correlacionan positivamente, *r*=0.41, *p*=0.024.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados muestran que la exposición a una hospitalización provoca un aumento del número de conduc-

tas desadaptativas en los niños, siendo mayor cuanto mayor es el nivel de conductas desadaptativas que el paciente mostrara antes del ingreso. Estas se hallaron presentes a las dos semanas del alta, más allá del ingreso hospitalario, en línea con los resultados obtenidos por otros autores^{3,6}, con la diferencia de que, en este caso, el ingreso no es quirúrgico ni tampoco en una Unidad de Cuidados Intensivos, lo que confirmaría que una hospitalización infantil convencional, sea cual sea el motivo de ingreso, es un estresor susceptible de generar alteraciones conductuales en el individuo.

Las variables, en cuanto al cuidador, relacionadas con el aumento de las conductas desadaptativas posthospitalización, han sido, la adopción de estrategias de afrontamiento desadaptativas y el nivel de ansiedad estado del cuidador en el momento del alta. Nuestros hallazgos sugieren que el estado emocional y las estrategias de afrontamiento del cuidador influyen considerablemente en la conducta y bienestar emocional del niño en el proceso de hospitalización en línea con lo reportado por diversos autores^{3,6,17,18,21,22}.

Siguiendo con las alteraciones conductuales, se obtuvo una relación positiva entre la ansiedad rasgo, tanto del cuidador como del paciente, y las conductas desadaptativas de los niños, previas a la hospitalización. De la misma manera, Rennick y Rashotte⁶ afirman que las alteraciones comportamentales del niño, tanto externalizantes como internalizantes, manifestadas antes de la hospitalización, tuvieron un rol determinante en el impacto del ingreso hospitalario. Ello nos lleva a plantear la relevancia del conocimiento de los patrones de comportamiento habituales del niño anteriores al ingreso.

Respecto a la presencia de ansiedad, tanto en el paciente como en el cuidador principal, durante el proceso de hospitalización, se han obtenido niveles significativamente más elevados durante el ingreso en comparación con los niveles registrados a las dos semanas del alta, en línea con lo reportado por otros autores^{4,12,14,16}, pudiendo afirmar que una hospitalización infantil convencional es un estresor susceptible de generar ansiedad tanto en el paciente como en el cuidador principal. Se observó además, que los niveles de ansiedad rasgo del paciente se relacionaron positivamente con sus niveles de ansiedad estado al final del ingreso y a las dos semanas del alta. Estos resultados son esperables puesto que el rasgo de ansiedad constituiría una predisposición, por parte del individuo, a percibir las circunstancias ambientales como amenazantes y por tanto una tendencia a responder, con frecuencia, con mayores niveles de ansiedad¹³⁻²³.

En cuanto a los miedos hospitalarios, hallamos que los niveles obtenidos al ingreso permanecen presentes a las dos semanas del alta, incluso registrándose valores más elevados a pesar de que la diferencia no llega a ser significativa. Dichos valores son similares a los registrados por Ortigosa,

Quiles, Carrillo y Pedroche²⁴ en pacientes hospitalizados en comparación con el grupo control (no hospitalizados). La evolución de los miedos hospitalarios es parecida a la encontrada por Rennick y Rashotte⁶ que, en su revisión, refieren un aumento del nivel de miedos, presente a los seis meses e incluso al año después del alta. En cambio, estos resultados no coinciden con lo hallado por Montoya³, puesto que, en su estudio, el nivel de miedos fue mayor al programar la cirugía, aproximadamente un mes antes, disminuyendo una semana después de la intervención. Una posible explicación respecto a la divergencia encontrada, desde el paradigma de la teoría transaccional del estrés de Lazarus y Folkman²⁵, es que, tanto el ingreso convencional no quirúrgico, como el ingreso en UCIP, son sucesos incidentales, no previsible; mientras que, en el caso de la cirugía programada, el paciente tiene la oportunidad de anticipar el contacto con el contexto hospitalario y desarrollar estrategias que le permitan aumentar la percepción de control y autoeficacia, aspectos imprescindibles para disminuir la probabilidad de generar alteraciones emocionales ante el manejo de la hospitalización^{26,27}.

Los datos obtenidos en este estudio no confirman relación alguna entre la edad del paciente y los niveles de respuesta de ansiedad, miedos o alteraciones conductuales encontrada en otros estudios^{2,4,8,10}. Es probable que tanto el tamaño muestral, como el hecho de que la mayoría de los pacientes del estudio se sitúen, por edad, en el periodo de desarrollo cognitivo definido por Piaget como el periodo de las operaciones concretas, no haya permitido hallar dicha relación, junto al hecho de que en algunos estudios, el intervalo de edad explorado fue más amplio que en el presente estudio (6-15 años *versus* 6 meses de edad hasta la adolescencia).

Respecto a variables como el número de eventos estresantes o el número de procedimientos invasivos, no se halló relación alguna con la aparición de alteraciones emocionales o conductuales en el paciente. En cuanto a los procedimientos invasivos, el número de técnicas que se realizan en una hospitalización como la estudiada no genera consecuencias negativas, a diferencia de lo reportado en el caso de ingresos en unidades de cuidados intermedios o de cuidados intensivos^{6,20}.

En cuanto a las limitaciones de este estudio incidir sobre el tamaño muestral reducido, la limitación temporal y el hecho de que la totalidad de la muestra proceda de un único hospital, lo cual requiere que se interpreten los resultados con cautela.

Los datos de nuestro estudio, complementan el bagaje de conocimiento acumulado sobre qué factores estarían relacionados con la vulnerabilidad psicológica del niño ante una hospitalización, en este caso concretamente una hospitalización convencional no quirúrgica, ayudando a discernir

sobre qué y sobre quién cabría actuar para mejorar la salud infantil desde una perspectiva biopsicosocial.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no hubiera sido posible sin la colaboración de los profesionales del Servicio de Pediatría del Hospital de Terrassa y las familias que han accedido a participar en el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- Bowlby J. Maternal care and mental health. *World Heal Organ Monogr Ser.* 1951;3(3):355–533.
- Moñiz Mora MV, Vaz Leal FJ, Vázquez Rueda F. Evaluación de la respuesta psicológica perioperatoria en la cirugía de corta estancia hospitalaria. *An Pediatr.* [Internet]. 2000;53(3):229–33. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403300774480>
- Montoya I. Repercusiones psicológicas de la cirugía pediátrica ambulatoria en el paciente y su familia. Valencia; 2002.
- Aguilera P, Whetsell M V. La ansiedad en niños hospitalizados. *Victoria.* 2007;7:207–18.
- Liliana A, González O. Ansiedad y miedos en niños ante programas y técnicas. 2007;3:193–209.
- Rennick JE, Rashotte J. Psychological outcomes in children following pediatric intensive care unit hospitalization: a systematic review of the research. *J Child Health Care.* 2009;13(2):128–49.
- López I. Tesis Doctoral Alteraciones Emocionales En La Hospitalización Infantil: Análisis. Granada; 2011.
- Bonn, M. The effects of hospitalisation on children: a review. *Curationis.* 1994;17(2):20–4.
- Moix J. QUIRÚRGICOS Jenny Moix Queralt ó Universidad Autónoma de Barcelona. *Emoc y Salud.* 1999;125–42.
- Fernández A, López I. Transmisión de emociones, miedo, y estrés infantil por hospitalización. *Int J Clin Heal Psychol.* 2006;6(3):631–45.
- Foster RL, Park J. An integrative review of literature examining psychometric properties of instruments measuring anxiety or fear in hospitalized children. *Pain Manag Nurs.* 2012;13(2):94–106.
- Litke J, Pikulska A, Wegner T. Management of perioperative stress in children and parents. Part I—the preoperative period. *Anaesthesiol Intensive Ther.* 2012;44(3):165–9.
- Valiente RM, Sandín B, Chorot P. Miedos Comunes En Niños y Adolescentes: 2002;61–70.
- Commodari E. Children staying in hospital: a research on psychological stress of caregivers. *Ital J Pediatr.* 2010;36:40.
- Franck LS, Wray J, Gay C, Dearmun AK, Lee K, Cooper B, et al. Predictors of parent post-traumatic stress symptoms after child hospitalization on general pediatric wards: A prospective cohort study. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(1):10–21.
- Streisand R, Braniecki S, Tercyak KP, Kazak AE. Childhood illness-related parenting stress: The pediatric inventory for parents. *J Pediatr Psychol.* 2001;26(3):155–62.
- Matsuda-Castro AC, Linhares MBM. Pain and distress in inpatient children according to child and mother perceptions. *Paid (Ribeirão Preto).* 2014;24(59):351–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2014000300351&lng=en&nr=iso&lng=en
- Wray J, Lee K, Dearmun N, Franck L. Parental anxiety and stress during children's hospitalisation: The StayClose study. *J Child Health Care.* 2011;15(3):163–74.
- Ortigosa Quiles J, Méndez Carrillo FX, Riquelme Marín A. Hospitalización pediátrica: aplicación de los programas de preparación psicológica. *Inf Psicológica.* 2007;90:48–59.
- Rennick JE, Dougherty G, Chambers C, Stremler R, Childerhose JE, Stack DM, et al. Children's psychological and behavioral responses following pediatric intensive care unit hospitalization : the caring intensively study. *BMC Pediatr.* 2014;1–11.
- Burns-Nader S, Hernandez-Reif M, Porter M. The relationship between mothers' coping patterns and children's anxiety about their hospitalization as reflected in drawings. *J Child Health Care.* 2014;18:6–18.
- Palermo MT, Valrie RC, Karlson WC. Family and Parent Influences on Pediatric Chronic Pain: A Developmental Perspective. *New Dir Contin Educ.* 2014;45(2):77–87.
- Arcas Guijarro S, Cano Vindel A. Procesos cognitivos en el trastorno de ansiedad generalizada, según el paradigma del procesamiento de la información. *Psicol com [Internet].* 1999;3(1). Available from: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/viewArticle/639>
- Ortigosa JM, Quiles MJ, Méndez FX, Pedroche S. Miedos infantiles hospitalarios. Un estudio con niños hospitalizados y no hospitalizados. *Ansiedad y Estrés* 2000;6:61–70.
- Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona, España: Martínez Roca; 1986.
- Matthieu MM, Ivanoff A. Using stress, appraisal, and coping theories in clinical practice: Assessments of coping strategies after disasters. *Br Treat Cris Interv.* 2006;6(4):337–48.
- Soucase B, Monsalve V, Soriano J. Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Rev la Soc Española del Dolor [Internet].* 2005;12:8–16. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000100003