



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

219/92

REVISION

Efectos y manifestaciones psicopatológicas de la hospitalización infantil

O Lizasoáin Rumeu* y A Polaino-Lorente**

* Doctora en Pedagogía. ** Catedrático de Psicopatología de la Universidad Complutense.

RESUMEN

El presente artículo se centra en los efectos psicológicos negativos que la hospitalización infantil causa, tanto en el paciente pediátrico como en su familia.

Cuando un niño padece una enfermedad, se genera un conflicto. Si a ello se añade el hecho de la hospitalización, el conflicto se hace diferente. El niño se ve separado de su entorno familiar y se enfrenta con el temor ante lo desconocido, lo que origina una nueva fuente de conflictos y tensiones. Por otro lado, el ingreso en un centro hospitalario conlleva mucho más que la mera privación familiar y afectiva; supone además una privación social y cultural.

Todos estos factores hacen que la hospitalización infantil constituya un riesgo significativo para la salud psíquica del paciente pediátrico y una crisis para toda la familia.

PALABRAS CLAVE: Hospitalización infantil. Paciente pediátrico. Efectos psicopatológicos. Temores infantiles.

SUMMARY

This paper reports summarily on the potentially adverse psychological effects of hospitalization on both the pediatric patient and his/her family.

When the child suffers an illness, conflict are generated. If the illness is severe enough to warrant hospitalization, the individual must become integrated into a new environment and a system, which gives rise to a new set of tensions and conflicts. The patient must necessarily become adapted to physical changes and new daily routines. Contact with family and friends are restricted and new relations with hospital personnel and other patients come into play.

Hospitalization, however, involves much more than just the forced absence of family life and normal affectivity. There also the added factors of cultural and academic deprivation along with a subsequent decrease in social interaction which is imposed by the new environment.

Such aspects related to the hospitalization of children, constitute significant risk factors to the psychic health of pediatric patients and the whole family.

KEY WORDS: Hospitalization. Pediatric patient. Psychopathological effects. Children's fears.

INTRODUCCION

El hospital, como corazón o centro de atención y cuidado de la salud, tiene una historia relativamente corta. De hecho, al comienzo de los años 20 era un signo de prestigio el que una persona fuera atendida en su casa, en lugar de en el hospital (Peterson, 1987). Sin embargo, el hospital ocupa en la actualidad un primer puesto en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, incluyendo —claro está— las enfermedades pediátricas.

El número de pacientes infantiles que hoy se remiten a los hospitales para su ingreso ha aumentado considerablemente durante estos últimos años. También se ha incrementado el número de pacientes infantiles ambulatorios que son enviados al hospital en una fase inicial de su enfermedad, como consecuencia de las específicas y sofisticadas exploraciones diagnósticas a las que deben someterse. Gracias a estos procedimientos, el diagnóstico puede establecerse precozmente instaurándose el oportuno tratamiento. El diagnóstico y tratamiento precoces —principales indicaciones de hospitalización en la infancia— han logrado disminuir la duración de la hospitalización infantil, pero a costa de aumentar el número de niños que son hospitalizados.

La hospitalización desempeña y continuará desempeñando un importante papel en el cuidado y atención de la salud de los niños enfermos, sean crónicos o agudos.

De aquí que la asistencia al niño enfermo hospitalizado sea uno de los ámbitos que hoy requieren un renovado esfuerzo investigador, especialmente en lo que se refiere a la esencial interrelación, cooperación y vertebración que debiera haber entre los diferentes profesionales que se concitan en

estos servicios (médicos, enfermeras, auxiliares de clínica, psicólogos, pedagogos, personal de administración, etc.).

En las líneas que siguen trataremos de pasar revista a algunas de las características y peculiaridades —tanto psicológicas, como psicopatológicas— que como efectos de la hospitalización se generan en el niño o que tal vez, derivándose del mismo contexto hospitalario acaban por incidir en él.

1. EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA HOSPITALIZACIÓN EN EL NIÑO

Tal y como hemos visto líneas atrás, la hospitalización supone casi siempre un importante paso en lo que respecta a la salud de la persona, a pesar de que con frecuencia se le asocian también, como es lógico, consecuencias adversas —estrés, problemas de adaptación, etc.— que, obviamente, toda hospitalización siempre comporta.

Veamos algunos de los *riesgos* atribuidos a la hospitalización. En principio, hay que señalar que muchos de ellos son de tipo social y psicológico y que todos ellos adquieren una gran relevancia y significación cuando se trata de la hospitalización infantil.

Hay consenso entre los investigadores en que tanto la hospitalización como sus procedimientos suponen una experiencia estresante para los pacientes (Field et al., 1988). En la infancia, las experiencias traumáticas de tipo médico pueden ocasionar problemas conductuales y alteraciones psicológicas, así como la evitación del contacto con médicos y dentistas en la edad adulta (Bush y Holmbeck, 1987).

El contacto con un centro hospitalario constituye para muchos niños una *experiencia negativa*. Si el miedo, la ansiedad y los temores son frecuentes compañeros de la hospitalización, la estancia en el hospital para un niño es especialmente traumática. Su concepto de enfermedad y su interpretación de los procedimientos médicos están cargados de tintes emocionales. Los niños tienen con frecuencia ideas confundidas sobre su enfermedad y sufren fantasías sobre la muerte.

Los más pequeños, a menudo interpretan la hospitalización como un *castigo* ante algo que han hecho mal. El niño tiene miedo al abandono y a la falta de control. El encontrarse solo, en un entorno nuevo y desconocido aumenta su sentimiento de indefensión (Goodman, 1988). La hospitalización puede conducir al niño a una etapa de regresión, con una conducta dependiente e inmadura. No es raro encontrar a niños de 6-7 años que comienzan a hacerse pis en la cama o a chuparse el dedo, tras su admisión en el hospital (Stabler, 1988).

La hospitalización puede repercutir sobre la autoestima del sujeto al experimentar frecuentemente su estado como un fra-

caso, como algo indicativo de su mala suerte (Oldham y Rusakoff, 1987).

El conocimiento, la actitud y las expectativas del niño acerca de los médicos, las enfermeras, el entorno hospitalario y los tratamientos, juegan un importante papel a la hora de determinar el modo en que el niño experimentará los eventos a que le somete la clínica.

Estas alteraciones psicológicas producidas o desencadenadas por efecto de la hospitalización recibieron cierta atención desde antiguo, pero nunca con la necesaria precisión y control de las variables que en ellas intervienen y que tal vez podrían tener el suficiente alcance explicativo como para inspirar otras actividades más eficaces, como por ejemplo, de tipo preventivo.

En 1945, Levy et al. llevaron a cabo una interesante investigación sobre los «traumas psíquicos» que supuestamente acompañan a la hospitalización infantil.

En 1953, Prugh et al. observaron que el 92% de los niños mostraban conductas desadaptadas durante y después de un período medio de hospitalización de 8 días.

Años más tarde, Vernon et al (1965), realizaron una excelente revisión sobre más de 200 artículos y libros referentes a teorías y datos acerca de la hospitalización infantil y de sus efectos psicológicos.

La historia de la hospitalización infantil va desde el rechazo (debido a objeciones prácticas sobre los efectos negativos de la separación paterna) a la admisión de los niños para ser hospitalizados, pasando por la creación y desarrollo (en el segundo cuarto del siglo XIX) de hospitales infantiles especiales en los que la exclusión de visitantes, en la última parte del siglo XIX era algo ordinario como medida de esterilidad, control y evitación de enfermedades infecciosas (Hall, 1987; Cornsweet, 1990).

A partir de la II Guerra Mundial surgió un particular interés por establecer la conveniencia y necesidad de la hospitalización infantil, así como de prestar una especial atención a las consecuencias psicosociales que de ella pudieran derivarse. Los países pioneros en este tipo de asistencia fueron Inglaterra y EE. UU.

Entre las alteraciones emocionales relacionadas con el hecho mismo de la hospitalización, *la ansiedad y la depresión* se postulan en la actualidad como los efectos más frecuentes en el contexto de la hospitalización infantil (Lizasoain y Polaino, 1987; Polaino-Lorente, 1988; Doménech y Polaino-Lorente, 1989).

Los síntomas de depresión y ansiedad entre la población con enfermedades físicas son numerosos, situándose los niveles más altos entre personas con enfermedades severas, sometidos a hospitalización y que tienen necesidad de guardar

cama. La depresión puede acompañar a la hospitalización porque ésta requiere que el paciente se enfrente con conflictos de dependencia y separación de su familia y amigos, lo que puede conducir a la sensación de soledad y falta de afecto (Gull, 1987). El paciente pediátrico debe adaptarse, como hemos visto, al personal sanitario y a la convivencia con otros pacientes, personas todas ellas que pueden ser vistas como intrusas.

La teoría central de Beck sobre la depresión (1961), establece que los sujetos depresivos mantienen una visión negativa de sí mismos, del mundo y del futuro. También los problemas de interacción social son frecuentes entre los sujetos depresivos (Kuiper y Mc Cabe, 1985). Sin embargo, Cavanaugh (1986) afirma que un diagnóstico de depresión puede representar exclusivamente un proceso de ajuste ante los desórdenes que produce una enfermedad o la hospitalización.

Son numerosos los factores comunes —de tipo biológico y psicológico— que se dan entre sujetos depresivos y sujetos hospitalizados. El estrés originado por la enfermedad y la hospitalización conduce a diversas alteraciones psicológicas. Por otra parte, los síntomas de la alteración física pueden coincidir con la sintomatología de la depresión: anorexia, fatiga, bajo rendimiento, pérdida de apetito, insomnio, trastornos emocionales, etc.

Factores recurrentes

La aparición de cualquier enfermedad en un niño genera siempre un conflicto. Si dicha enfermedad es suficientemente severa como para exigir la hospitalización del niño, el conflicto inicial se intensifica. El niño debe integrarse además en un nuevo sistema, el hospital, lo que constituye una nueva fuente de conflictos y tensiones que añadir a los ya existentes, a causa de la enfermedad.

En consecuencia, el paciente debe adaptarse a *cambios* de tipo físico (provocados por el tratamiento, una intervención quirúrgica, etc.) y a nuevas costumbres que configuran un diferente estilo de vida (tipo de alimentación, horarios, tratamientos, etc.), que tal vez se oponen y contradicen frontalmente a sus personales rutinas.

De otra parte, se restringen las oportunidades de contacto con familiares y amigos, al tiempo que, de una u otra forma, acaba por imponérsele al niño la necesidad de relacionarse con el personal del centro (enfermeras, pediatras, personal de mantenimiento, otros pacientes, etc.) y, en general, con todo el ámbito clínico, con el que lógicamente no está familiarizado.

Los efectos que la hospitalización causa en el niño dependerán de muy variados factores por lo que es muy difícil atribuir una mayor o menor importancia a uno solo de ellos.

Entre los *principales factores* que intervienen en el impacto de la hospitalización infantil pueden sintetizarse los siguientes:

- La edad y el desarrollo biopsicosocial del niño.
- La naturaleza y el grado de severidad de la enfermedad que padece.
- El temperamento y las características personales del paciente.
- La naturaleza de las experiencias previas de hospitalización.
- La duración de la estancia en el hospital.
- El tratamiento médico que se aplique.
- Las características y organización del centro hospitalario.
- El modo en que los padres, hermanos, familiares y demás personas en contacto con el niño responden al hecho de la hospitalización.
- La separación de los padres y del entorno familiar.
- El contacto con un ambiente extraño.
- Los continuos cambios del personal sanitario en contacto con el niño.
- Un vago conocimiento por parte del niño de lo que va a encontrar y de lo que le va a suceder.

Todos estos factores los reagruparemos a continuación en diversos bloques, en función de su proximidad o incidencia, siguiendo la clasificación inicial realizada por Vernon et al. (1965).

a) Factores personales: son aquellos que dependen estrictamente del niño que va a ingresar y que, por consiguiente, habrá que estudiarlos en él personalmente.

En este bloque debe incluirse el estudio de los siguientes factores:

Edad y desarrollo biopsicosocial del niño. La etapa comprendida entre los 4 meses y los 6 años, es la más susceptible a las alteraciones emocionales, como consecuencia de la hospitalización (Prugh, 1953).

Naturaleza y grado de severidad de la enfermedad que padece. Es lógico que no se produzcan las mismas consecuencias como resultado de un ingreso en el que se va a realizar una determinada exploración, que en otras circunstancias en que el niño, por ejemplo, ha de ser intervenido quirúrgicamente.

Los ejemplos podrían multiplicarse si nos atenemos a otras variables como las limitaciones que impone la enfermedad, si ésta es aguda o crónica, dolorosa o no, incapacitante, deformante o sólo disfuncional, etc. El simple hecho de que la enfermedad sea dolorosa o no constituye una variable que debe tenerse en cuenta al evaluar los efectos de la hospitalización.

Temperamento y características personales del niño. Estas variables son capaces de explicar las diferencias individuales que se manifiestan en el modo en que éste responde a la hospitalización (Mc Clowry, 1990).

Naturaleza de las experiencias previas que se hayan tenido con médicos y hospitales. Los niños hospitalizados por primera vez muestran mayores alteraciones emocionales, frente al hecho de la hospitalización, que los niños que han sido previamente hospitalizados con cierta frecuencia (Wells y Schwebel, 1987). Por otro lado, como señalaron Dahlquist y Gil (1986), los niños con anteriores experiencias médicas negativas mostraron mayores niveles de ansiedad frente a la hospitalización, que los que con anterioridad no habían tenido ninguna experiencia de hospitalización.

b) Factores familiares: El modo en que los padres, hermanos, familiares y compañeros responden a la hospitalización del niño puede ser de vital importancia. No se olvide que toda hospitalización supone para el niño una forma particular de experimentar la separación de la familia.

La separación de la madre constituye uno de los factores más importantes de riesgo para el niño hospitalizado. Inicialmente la separación fue citada como la causa etiológica más relevante de las diversas alteraciones sufridas por los pacientes pediátricos, como consecuencia de la privación afectiva producida por la hospitalización. Entre las alteraciones que más frecuentemente se han citado destacan el comportamiento agresivo, la ansiedad y la depresión.

Los trabajos pioneros de Bowlby y Spitz constituyen una aportación relevante y clásica de cuanto aquí se ha referido. Spitz (1946), realizó numerosas investigaciones sobre los efectos de la privación que la hospitalización supone para el desarrollo mental y conductual del niño. En su teoría de la *depresión anaclítica* estableció que los niños cuyo primer año de vida transcurría en instituciones que no habían sido provistas del adecuado cuidado maternal, presentaban frecuentemente retrasos intelectuales y motrices, y se comportaban de forma manifiestamente menos emotiva.

Bowlby (1969), estimuló los primeros estudios en el campo de la hospitalización infantil al describir el síndrome que afectaba a los niños que eran separados de sus madres, como consecuencia del ingreso en un centro hospitalario. Las hipótesis de Bowlby sobre la *privación maternal* recibieron una amplia aceptación entre los profesionales de la medicina. Bowlby parte de la noción de que la madre y el niño constituyen una unidad biológica. De aquí que la separación —la ruptura de esa unidad biológica— cause trastornos psicológicos en el niño, como consecuencia de haber violentado un vínculo biológico bien establecido desde el principio. En este modelo de privación maternal, se estableció que sus efectos

nocivos son más pronunciados en la primera infancia que en otra etapa cualquiera de la vida y que su severidad estaba directamente relacionada con la frecuencia y duración de las experiencias de privación.

Sin embargo, los efectos de la institucionalización no pueden ser simplemente atribuidos a la mera hospitalización, sino que están también relacionados con las oportunidades que el niño tenga con respecto a la estimulación física de su entorno y a la interacción familiar y social.

En cualquier caso, resulta evidente que la privación de la convivencia familiar, como consecuencia de la hospitalización, modifica de forma sensible y relevante la conducta del niño y la de sus familiares. En realidad, la hospitalización representa una crisis para toda la familia. En la espiral de las mutuas interacciones entre el niño y su familia, el hecho de la hospitalización conduce a los miembros de la familia a elaborar respuestas de tipo emocional, cognitivo y conductual, algunas de las cuales pueden ser nocivas para la persona (Sargent, 1983).

Por todo ello, resulta conveniente que la familia adopte una serie de estrategias o incluya nuevas rutinas en la dinámica de sus relaciones interpersonales, de manera que éstas no se vean excesivamente afectadas a causa de la hospitalización de uno de sus miembros.

En otras circunstancias, el paciente hospitalizado puede comenzar a experimentar un trato diferente por parte de sus padres y hermanos, observando cómo su hospitalización está contribuyendo de algún modo, a alterar la vida familiar. Estas observaciones pueden hacer que el niño hospitalizado se perciba a sí mismo como la más importante fuente de las alteraciones emocionales padecidas por sus padres y hermanos. Surgen entonces los sentimientos de culpabilidad, los auto-reproches y la ansiedad que, obviamente, aumentarán el estrés ya presente en esa situación.

El estrés paterno aparece también como uno de los principales factores que dificultan el ajuste del niño a la hospitalización (Affleck, 1985; Wertlieb et al., 1986; Daniels, 1987; Melamed, 1988). Entre las principales conductas que aparecen en los padres —al parecer fuertemente asociadas con algunos problemas de adaptación psicosocial en el niño hospitalizado—, se encuentran la sobreprotección y la baja tolerancia a las frustraciones y a los conflictos familiares.

c) Factores hospitalarios: son muchas las variables que, agrupadas en este bloque han de ser estudiadas si de verdad pretendemos evaluar cuáles son los efectos psicopatológicos de la hospitalización en el niño.

Nos referimos aquí no sólo a la separación del niño del entorno familiar, ya mencionada líneas atrás, sino también al *contacto con un ambiente extraño* al que debe adaptarse y

a los *continuos cambios del personal hospitalario* que no posibilitan o que explícitamente dificultan la emergencia de la conducta de apego en el niño.

La duración de la estancia en el hospital tiene una gran importancia. Una hospitalización media (de más de una semana de duración) o repetidas readmisiones de pequeña duración se asocian, al parecer, con un considerable aumento de las alteraciones conductuales (Ferguson, 1979).

Douglas (1975), y Quinton y Rutter (1976), observaron que la hospitalización inferior a una semana no era seguida de alteraciones emocionales. Por contra, las repetidas admisiones sí suponían un gran impacto psicológico negativo sobre el paciente pediátrico.

Las características y la misma organización del centro hospitalario son variables que no deben dejarse fuera de foco. El rígido reglamento de algunos hospitales que limitan, restringen y prohíben las visitas de los familiares, en nada favorecen la adaptación del paciente pediátrico.

En 1950 el gobierno británico aprobó una recomendación para que todas las madres gozaran del derecho de permanecer, tanto de día como de noche, en los hospitales junto a sus hijos. Cambios similares fueron adoptados en Estados Unidos, donde hasta 1954 la mayoría de los hospitales limitaban el contacto paterno a dos horas semanales. Entre 1958 y 1975 el número de hospitales en los que se permitió la libre permanencia de los padres fue progresivamente en aumento. A partir de 1975, los hospitales infantiles no sólo permiten las estancias de los padres, sino que comienzan a adoptarse medidas de carácter socio-político para su financiación. De aquí, que haya que concluir afirmando que la regulación de las visitas de los padres ha cambiado radicalmente en los últimos años.

La hospitalización comporta, como estamos observando, mucho más que la mera privación familiar y afectiva, junto a aquéllas aparecen también la *deprivación cultural, social y escolar*, resultado de las restricciones que le son impuestas al niño en su interacción con el medio (Fichten y Bourbon, 1986; Jamison, 1986; Walco y Dampier, 1987).

Otro de los factores que contribuye a la presencia de alteraciones psicológicas en el niño hospitalizado, es la total ausencia de información que se le ofrece sobre lo que ocurrirá durante su estancia en el centro. Esto, unido a su ignorancia y sentimientos de temor frente a las diversas pruebas exploratorias que allí se le practican, suscitan con frecuencia los conflictos de dependencia en el paciente infantil (Peterson et al., 1984b; Gull, 1987). Si a ello añadimos el hecho de que el niño a menudo interpreta la hospitalización como un castigo por algo que ha hecho mal, es lógico suponer que el hospital será visto como un medio hostil e intrusivo.

Nada de particular tiene que los aspectos señalados en los

anteriores bloques, en relación con la hospitalización infantil, se nos aparezcan hoy como destacados *factor de riesgo* para la salud psíquica del niño hospitalizado.

Tanto los sentimientos de ansiedad y depresión, los miedos y temores, como la inactividad que suele caracterizar a la hospitalización infantil, pueden causar graves e importantes alteraciones comportamentales. Así podemos encontrar conductas de oposición, agresividad, falta de adhesión a la medicación, trastornos del sueño, respuestas de evitación, mutismo, déficits de atención, etc.

La mayoría de los problemas se agravan por las consecuencias de la propia *enfermedad* (fatiga, apatía, dolores, malestar) y por las características y la organización de los *centros hospitalarios* (uniformidad, rigidez, monotonía). Más del 25% de los niños hospitalizados con una edad inferior a los 5 años y casi un 70% de los niños entre 7 y 14 años, son atendidos en departamentos de adultos. En la actualidad, se tiende a que estos niños sean atendidos en departamentos pediátricos donde se encuentren rodeados de otros niños.

Grupos de riesgo

Según Atkins (1981), los niños que muestran mayores alteraciones de tipo emocional o psicológico ante el hecho de la hospitalización son los siguientes: los niños más pequeños; los hospitalizados por primera vez; los niños sometidos a intervención quirúrgica; aquellos con padres muy ansiosos y que no han preparado bien a su hijo; y los niños con experiencias previas negativas en relación con la hospitalización.

Paralelamente a estos factores, Pantell y Lewis (1986), afirman que la satisfacción del paciente con la hospitalización depende de otras variables demográficas (edad, sexo, nivel socio-cultural); del tipo de enfermedad y de su severidad; del tiempo de estancia en el hospital; de las cualidades personales y profesionales del médico; del grado de conocimiento de la enfermedad y de la percepción del propio estado de salud.

Carmel (1985), correlaciona la variable satisfacción con la hospitalización con estos tres factores:

- a) Características del propio sujeto hospitalizado.
- b) Características de la relación médico-paciente.
- c) Características de la organización del centro hospitalario.

La satisfacción con la hospitalización, se correlaciona positivamente con la adaptación a la hospitalización y con la adhesión al tratamiento médico.

No obstante, podría ocurrir que el hecho de la hospitalización no afectase al *autoconcepto* del niño tanto como se ha supuesto. De hecho y como señala Harter en su investigación (1986), la hospitalización no supuso en los niños ningun-

na infraestimación, ni la construcción de un autoconcepto negativo. Es difícil de justificar estos resultados que contradicen las iniciales expectativas de otros investigadores. Según parece, los niños hospitalizados se comparaban entre sí con mayor frecuencia que con los niños sanos no hospitalizados. Por otro lado, aquellos tendían también a presentar una visión idealizada de su autoconcepto, equivalente a la percepción que de sí mismos tendrían si no padecieran una enfermedad.

Los dos resultados anteriores atañen al criterio de referencia del autoconcepto. En el primer caso, el criterio es real y adaptativo, lo que posibilita la no manifestación de la infraestima y del autoconcepto negativo. En el segundo caso, el criterio de referencia es ideal, demostrando una actitud que en absoluto puede valorarse como adaptativa y que tal vez pudiera generar conductas de simulación y de negación de la enfermedad, cuyas consecuencias pueden ser patológicas, a pesar de que aparentemente el autoconcepto se manifiesta impermeable a la acción de la hospitalización. En este último caso hay además una falta de atención a las variables contextuales, sin cuyo concurso es harto difícil juzgar la conducta adaptada.

Pero según otros resultados generados en esta misma investigación, la persistencia de un autoconcepto así podría justificarse apelando a otras hipótesis explicativas. Por ejemplo, los niños hospitalizados se presentaban de forma más favorable al rehusar expresar sus verdaderos sentimientos respecto de su enfermedad desde el punto de vista de la deseabilidad social.

Por otra parte, muchos de ellos habían convivido desde siempre con su enfermedad y con las limitaciones resultantes de ésta, habiéndose adaptado tanto a la una como a las otras. Este último dato permitiría explicar la estabilidad en el autoconcepto como un índice de excelente adaptación — de superación y de optimización— a su propia enfermedad y a su medio.

Temores infantiles ante la hospitalización

La hospitalización conlleva dos tipos de sentimientos: el temor ante lo desconocido y la esperanza de mejorar físicamente y de recuperar la salud. Es un hecho que la hospitalización y la intervención quirúrgica generan un cierto temor en los pacientes pediátricos (Damron y Stetson, 1985).

Entre los temores infantiles más frecuentes se destacan: el temor ante lo desconocido; al contacto con un entorno extraño; a la muerte; a la anestesia; a la mutilación corporal; al dolor; a la separación familiar; a las agujas e inyecciones; a la alteración del ritmo normal de vida y de las relaciones con los compañeros y al retraso escolar.

Denholm (1988), realizó un estudio referente a las reacciones que los niños hospitalizados, y principalmente los *adolescentes*, mostraban ante determinados procedimientos médicos, el personal sanitario, sus padres y otros niños ingresados. Entre los aspectos negativos que los pacientes pediátricos atribuían al hecho de la hospitalización se encontraban:

- Los sentimientos de ansiedad y depresión.
- El dolor sufrido.
- El hecho de la inmovilización.
- La dependencia respecto del personal sanitario.
- La falta de actividades.
- Los regímenes alimenticios.
- Los tratamientos médicos.
- La restricción de las visitas.
- Las normas, rutinas y horarios del centro hospitalario.

Entre los *aspectos positivos* que citaban se daba especial importancia a las siguientes cuestiones:

- La atención, la disponibilidad y la simpatía de las enfermeras.
- El nivel profesional del personal sanitario.
- El hecho de recibir, por parte del médico, una información comprensible sobre la enfermedad y el tratamiento.
- La madurez y el aprendizaje que tal experiencia proporciona.
- El apoyo de familiares y amigos.
- Los entretenimientos disponibles.
- Y, especialmente, el hecho de abandonar el hospital curado o sensiblemente mejorado.

Todos estos temores difieren en función del desarrollo emocional del niño (Timmerman, 1983). Así, los niños menores de 5 años centran sus temores en torno al contacto con un ambiente extraño y a la separación del entorno familiar. *El niño preescolar* ve la hospitalización como un castigo ante un mal comportamiento. Es preciso repetirle que el hallarse internado en un centro hospitalario nada tiene que ver con ser bueno o malo, sino más bien con el hecho de estar enfermo.

La separación y el miedo al abandono son también aspectos que están presentes en la mente infantil. Son los padres quienes deben de explicar al niño en qué momentos no estarán con él, quién le cuidará y atenderá o cuándo le visitarán sus hermanos.

En la edad escolar el niño desplaza el centro de su familia a sus amigos, quienes tienen mayor influencia sobre él. Su autoestima se fundamenta en la competición y en el rendimiento. Son más independientes y se preocupan por su imagen corporal. Sus principales temores son ante el dolor, la anestesia y la posibilidad de despertarse durante la operación. El temor a la operación y a la mutilación corporal es común entre los 6 y los 10 años, mientras que la pérdida de control

durante la anestesia es una temor que predomina entre *los adolescentes*.

Reducir los temores ante la hospitalización puede tener implicaciones positivas a la hora de lograr un mejor ajuste a la misma y al tratamiento médico. Esto puede conseguirse ofreciendo al niño la información oportuna sobre lo que se le va a hacer, dejándole manejar los instrumentos y permitiéndole que los emplee —por ejemplo en un muñeco—, que exprese también sus sentimientos, sus miedos y dudas, así como presentándole al personal sanitario que estará en contacto con él y le aplicará los diversos tratamientos.

2. REPERCUSIONES DE LA HOSPITALIZACIÓN SOBRE LOS PADRES

Dado el hecho de que las reacciones de los hijos están en gran medida influenciadas por las de sus padres, será preciso prestar atención a las influencias de los padres sobre las experiencias emocionales de los niños hospitalizados (Lyman, 1985; Teichman, 1986; Spiegelberg; 1990; Kashani et al., 1990). Las actitudes de los padres y sus expectativas pueden mediar en la percepción infantil y en las reacciones del niño ante los eventos médicos. Existe por tanto una gran relación entre la ansiedad paterna y el estrés que experimenta el niño ante su ingreso.

La influencia de los padres sobre sus hijos dependerá principalmente de dos aspectos: de las características generales de la relación padres-hijo y de las reacciones de los padres ante la situación específica de la hospitalización. Los padres que manifiestan ansiedad en presencia de sus hijos transmiten dicha emoción a los niños. Hay que tener además en cuenta que los padres —y en concreto la madre— son por lo general los principales acompañantes del niño durante su ingreso.

Consistente con esta idea del «contagio» emocional, Bush et al. (1986), afirman que en los niños con madres que mostraban una conducta ansiosa se observaron también mayores rasgos de ansiedad en su conducta. Por otro lado, las madres más ansiosas ofrecían pocas conductas orientadas a facilitar la adaptación del niño y su distracción frente a los eventos médicos.

Tenemos así que la ansiedad de la madre predice un peor ajuste a la hospitalización, a la exploración y tratamientos médicos, al tiempo que se correlaciona positivamente con la alteración experimentada por el niño.

Según Bowlby (1969), la tendencia natural de las madres de proteger a sus hijos, conduce a la ansiedad de éstas cuando tiene lugar la separación del niño ya que ello interfiere con su capacidad de proporcionarle protección, seguridad y

bienestar. La separación puede causar alteraciones psicológicas en la madre y afectar al normal desarrollo de la relación madre-hijo al originar en aquellas un estado emocional caracterizado por la tristeza, la preocupación y la culpabilidad. Tanto la madre como el niño sienten temor y nerviosismo ante el hecho de su separación.

La normal creencia de la madre de que el niño prefiere su presencia y sus cuidados, junto con su preocupación por la capacidad del niño de adaptarse a otras personas, favorecen los efectos emocionales a los que nos venimos refiriendo.

Según afirman Mc Bride y Belsky (1988), en las conclusiones de un trabajo de investigación referido a las consecuencias que conlleva la separación materna, las madres con alta autoestima muestran menor ansiedad ante dicha separación.

Desde una vertiente positiva, la separación materna puede contribuir al desarrollo social del niño, ayudándole en la potenciación de habilidades interpersonales y de una cierta autonomía, así como a enfrentarse y aceptar diferentes circunstancias de la vida.

Pitts-Tucker (1988), realizó un estudio en el Hospital Universitario de St. James (Leeds), con aquellos padres que permanecían de día o de noche con sus hijos hospitalizados. Las principales razones mostradas por los padres para quedarse en el hospital fueron las siguientes: la distancia desde su casa a la clínica y la severidad de la enfermedad que padecía el niño. Las madres sentían una gran necesidad de quedarse con sus hijos, particularmente en los casos de niños menores de 5 años. La mayoría de los padres mostraban su deseo de sentirse útiles en el cuidado del niño hospitalizado, así como de atender a sus necesidades emocionales, justificando con ello su deseo de permanecer en el hospital. Los mayores problemas se encontraban en el caso de que existieran más hijos, principalmente si no se contaba con nadie que los cuidara durante el tiempo de permanencia en el hospital. Las madres mostraban su preocupación por los hermanos del niño hospitalizado que podían sentirse privados de la atención y del apoyo necesarios.

Las dificultades prácticas (como la necesidad de atender a los otros hermanos o las obligaciones laborales) junto con las limitaciones impuestas por el propio hospital, impiden que dicha permanencia paterna sea más generalizada.

Desde otra perspectiva, el observar en la literatura médica los efectos de la presencia paterna durante los procedimientos médicos, nos lleva a concluir que los niños lloran más cuando las madres están presentes que cuando no lo están (Dahlquist y Czyzewski, 1989). En función de este dato, podríamos concluir con la decisión de que la aplicación de procedimientos médicos a niños debería tener lugar sin la presencia de los padres.

No obstante, hay que tener en cuenta otras consideraciones de tipo ético. Separar de modo sistemático a los niños de sus padres para evitar que el niño llore es una medida que puede reducir el malestar del personal sanitario en contacto con el niño. Sin embargo, es posible que el estrés del paciente pediátrico aumente más cuando los padres no están presentes, incluso a pesar de que desaparezca el llanto. Así, tal y como afirma Jay (1988), aunque está demostrado que en presencia de los padres los niños lloran más frente a cualquier tipo de tratamiento médico, también es cierto que su estrés cognitivo, afectivo y fisiológico es menor al contar con la presencia de una «figura de apoyo».

BIBLIOGRAFÍA

1. Affleck, G: «Causal and control cognitions in parents' coping with chronically ill children». *Journal of Social and Clinical Psychology*, 3 (3), pp. 367, 1985.
2. Atkins, D M: «Evaluation of preadmission preparation program: goals clarification at the first step». *Fall*, 10 (2), 48-50, 1981.
3. Beck, A: «An inventory for measuring depression». *Archives of General Psychiatry*, 4: 561-571, 1961.
4. Bowlby, J: «Attachement and loss». (vol. I), *Basic Books*, New York, 1969.
5. Bush, J P, y Holmbeck, G N: «Children's attitudes about health care». *Journal of Pediatric Psychology*, 12 (3), 429-443, 1987.
6. Bush, J P, y Melamed, B G et al.: «Mother-child patterns of coping with anticipatory medical stress». *Health Psychology*, 5 (2), 137-157, 1986.
7. Carmel, S: «Satisfaction with hospitalization: a comparative analysis of three types of services». *Social Science and Medicine*, 21 (11), 1243-1249, 1985.
8. Cavanaugh, S V: «Depression in the hospitalized patient with various medical illnesses». *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45 (2), 97-104, 1986.
9. Cornsweet, C: «A review of research on hospital treatment of children and adolescents». *Bulletin of the Menninger Clinic*, 54 (1), pp. 64, 1990.
10. Dahlquist, L M, y Czyzewsky, D I: «Pediatric behavioral medicine. In M Hersen (ed)». *Innovations in Child Behavior Therapy*, NY Springer, in press, 1989.
11. Dahlquist, L M, y Gil, K M: «Preparing children for medical examination: the importance of previous medical experience». *Health Psychology*, 5 (3), 249-259, 1986.
12. Damron, C, y Stetson, P: «A preoperative teaching program». *AORN Journal*, 41 (2), 352-355, 1985.
13. Daniels, D: «Psychosocial risk and resistance factors among children with chronic illness; healthy children and healthy controls». *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15 (2), 295-308, 1987.
14. Denholm, C J: «Positive and negative experiences of hospitalized adolescents». *Adolescence*, 23 (89), 115-126, 1988.
15. Domenech, E, y Polaino-Lorente, A: «Epidemiología de las depresiones infantiles». *Ed Morata*, 1989.
16. Douglas, J: «Early hospital admissions and later disturbances of behavior and learning». *Developmental Medical Child's Neurology*, 17: 456-480, 1975.
17. Ferguson, B: «Preparing your children for hospitalization: a comparison of two methods». *Pediatrics*, 64: 656-665, 1979.
18. Fichten, C S, y Bourbon, C V: «Social Skill deficit or response inhibition: interaction between disabled and nondisabled college students». *Journal of College Student Personal*, 27: 326-333, 1986.
19. Field, T; Alpert, B, y Vega-Lahr, N et al.: «Hospitalization stress in children sensitizer and repressor coping styles». *Health Psychology*, 7 (5), 433-445, 1988.
20. Goodman, S: «Hospital teachers: medical interpreters of rafia mafia?». *Archives of Disease in Childhood*, 63: 333-338, 1988.
21. Gull, H J: «The chronically ill patient's adaptation to hospitalization». *Nursing Clinics of North America*, 22 (3), 539-601, 1987.
22. Hall, D: «Social and psychological care before and during hospitalization». *Social Science and Medicine*, 25 (6), 721-732, 1987.
23. Harter, S: «Cognitive developmental process in the integration of concepts about emotions and the self». *Social Cognition*, 4 (2), pp. 119, 1986.
24. Jamison, R N: «Social skills training with hospitalized adolescents: and evaluative experiment». *Adolescence*, 21 (81), 1986.
25. Jay, S M: «Invasive medial procedures: psychological intervention and assessment. In D E Routh (edit)». *Handbook of Pediatric Psychology*, Guilford Press, pp. 401-425, 1988.
26. Kashani, J H, y Vaidya, A F et al.: «Correlates of anxiety in psychiatrically hospitalized children and their parents». *The American Journal of Psychiatry*, 147 (3), 139-145, 1990.
27. Kuiper, A, y Mc Cabe, S B: «The appropriateness of social topics: effects of depression and cognitive vulnerability on self and other judgements». *Cognitive Therapy and Research*, 9 (4), 371-379, 1985.
28. Levy, E Z: «Long term follow-up of former inpatients at the Children's Hospital of the Menniger Clinic». *American Journal of Psychiatry*, 125: 1633-1639, 1945-1969.
29. Lizasoain, O, y Polaino, A: «Hospitalización infantil y evaluación y modificación del autoconcepto: una revisión crítica». *Trabajo presentado al II Congreso de Evaluación Psicológica. Madrid, septiembre 1987*, 1987.
30. Lyman, R D: «Psychological effects on parents of home and hospital apnea monitoring». *Journal of Pediatric Psychology*, 10 (40), pp. 439, 1985.
31. Mc Bride, S, y Belsky, J: «Characteristics, determinants and consequences of maternal separation anxiety. *Developmental Psychology*, 24 (3), 407-414, 1988.
32. Mc Clowry, S G: «The relationship of temperament to pre-hospitalization and post-hospitalization behavioral responses of school age children». *Nursing Research*, 39 (1), pp. 30, 1990.
33. Melamed, B G: «Perspectives on acute illness in children. Current approaches to hospital preparation. In B G Melamed et al.» (eds). *Child Health Psychology*, Lawrence Erlbaum Assoc Publ (Hillsdale), 173-182, 1988.

34. Oldham, J M, y Russakoff, M: «Dynamic therapy in brief hospitalization». Aronson, Northvale, New Jersey, 1987.
35. Pantell, R H, y Lewis, C C: «Physician communication with pediatric patients». *Advances in Developmental and Behavioral Pediatrics*, 7: 65-119, 1986.
36. Peterson, K J: «Changing needs of patients and families in the acute care hospital. Implications for social work practice». *Social Work in Health Care*, 13 (2), 1-15, 1987.
37. Peterson, L; Everett, K; Farmer, J, y Mori, L: «Perceived effectiveness of children's preparation for stressful medical event». *Journal of Pediatric Psychology*, 13 (1), 23-32, 1988.
38. Pitts-Tucker, T J: «Who wants to be a resident mother?» *Health Trends*, 20: 57-59, 1988.
39. Polaino-Lorente, A: «Las depresiones infantiles». *Ed Morata*, 1987.
40. Prugh, D G; Staub, E M, y Sands, H H et al.: «A study of the emotional reactions of children and families to hospitalization and illness». *American Journal of Orthopsychiatry*, 23: 70-106, 1953.
41. Quinton, D, y Rutter M: «Early hospital admissions and later disturbances of behavior: an attempted replication of Douglas' findings». *Developmental Medical Child's Neurology*, 18: 447-459, 1976.
42. Sargent, J: «The sick child: family complications». *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 4 (1), 1983.
43. Spiegelberg, P: «Family therapy in the hospital treatment of children and adolescents». *Bulletin of the Menninger Clinic*, 54 (1), pp. 48, 1990.
44. Spitz, R A: «Hospitalism: a follow up report on an investigation described in 1945». *Psychoanalytic Study of Child*, 2: 113-117, 1946.
45. Stabler, B: «Perspectives on chronic childhood illness. In B G Melamed et al. (eds)». *Child Health Psychology*, Lawrence Erlbaum Assoc Publ (Hillsdale), 1988.
46. Teichman, Y: «Anxiety reaction of hospitalized children». *British Journal of Medical Psychology*, 59: 375-382, 1986.
47. Timmerman, R R: «Preoperative fears of older children». *British Journal of Medical Psychology*, 59: 375-382, 1986.
48. Vernon, D T A; Foley, J M; Sipowicz, R S, y Schulman, J L: «The psychological responses of children to hospitalization and illness: a review of the literature». *Springfield, I L; Charles, C. Thomas Publishers*, 1965.
49. Walco, G A, y Dampier C D: «Chronic pain in adolescent patients». *Journal of Pediatric Psychology*, 12 (2), 215-225, 1987.
50. Wells, R D, y Schwebel, R: «Chronically ill children and their mothers: resilience and vulnerability to hospitalization and surgical stress». *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 8 (2), 83-89, 1987.
51. Wertlieb, D; Hauser S T, y Jacobson, A M: «Adaptation to diabetes: behavior symptoms and family context». *Journal of Pediatric Psychology*, 11 (4), 463-479, 1986.