



- ◆ 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)

**INVESTIGACION****Estudios preliminares de validez  
de la escala PSS:  
Cuestionario de estrés en padres de niños  
hospitalizados****Preliminary studies on PSS Scale validation:  
Stress Questionnaire for parents with  
hospitalized children****Belén OCHOA (\*)****Ch. REPARAZ (\*\*)****Aquilino POLAINO-LORENTE (\*\*\*)****RESUMEN**

*Este trabajo aborda un estudio de validez de una adaptación española (Polaino-Lorente y Ochoa, 1992) de la escala PSS ("Parental Stressor Scale"; Carter y Miles, 1982), para la evaluación del estrés de los padres como consecuencia de la hospitalización de sus hijos.*

*Los resultados factoriales exploratorios no han revelado que esta escala manifieste una estructura consistente con el modelo postulado de seis factores. La fiabilidad, tanto del instrumento en su conjunto, como de las distintas dimensiones, se encuentra dentro de los límites aceptables. No obstante, se ha comprobado que algunos ítems no presentan índices de homogeneidad adecuados con el total de la dimensión teórica a la que supuestamente representan.*

*Desde un punto de vista teórico este trabajo no aporta evidencia empírica de la validez de este constructo en un contexto cultural y lingüístico diferente de aquel en el que la escala fue originalmente diseñada. Desde un punto de vista práctico,*

(\*) Profesor Adjunto de Psicología Social de la Universidad de Navarra. Directora del Servicio de Pedagogía Hospitalaria en la Clínica Universitaria de Navarra. Dpto. de Educación, Universidad de Navarra, Pamplona, España.

(\*\*) Profesor Adjunto de Pedagogía Experimental de la Universidad de Navarra. Dpto. de Educación, Pamplona, España.

(\*\*\*) Catedrático de Psicopatología de la Universidad Complutense de Madrid, España.

*no recomendamos el uso de este instrumento en el ámbito de la evaluación del estrés de los padres, con motivo de la hospitalización infantil fuera de la Unidad de Cuidados Intensivos, aunque no descartamos que futuras reformulaciones tal vez permitan aconsejarlo.*

#### **ABSTRACT**

*This paper deals with the validity study of a Spanish adaptation (Polaino-Lorente, Ochoa, 1992) of PSS (Parental Stressor Scale; Carter, Miles, 1982) aimed at assessing parent stress as a consequence of their children hospitalization.*

*Exploratory factor analysis does not show any consistent structure of this scale with respect to the assumed six factor model. Reliability of the whole scale and of their dimensions lies within acceptable limits. Nevertheless, several items do not show suitable homogeneity indices with regard to the whole dimension they are supposed to represent.*

*From a theoretical point of view, this paper does not show empirical evidence of the validity of the construct within a cultural and linguistic environment other than the original one in which the scale was designed. From a practical point of view we do not recommend the use of this scale for the evaluation of parent stress (caused by the hospitalization of their children) in contexts other than Intensive Care Unit, unless future research with the scale is done.*

#### **PALABRAS CLAVE**

*Estrés, Hospitalización Infantil, Padres, Validación*

#### **KEY WORDS**

*Stress, Child Hospitalization, Parents, Validation*

## INTRODUCCIÓN

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 psicossocial del paciente pediátrico (Lewis y Khaw, 1982; Goldberg, Morris, Simmons, et al., 1990; Polaino-Lorente y Lizasoáin, 1992; Lizasoáin y Polaino-Lorente, 1994).

El diagnóstico y conocimiento por parte de los padres de la enfermedad de un hijo y su posterior hospitalización, suele suponerles un fuerte impacto psicológico, que puede interferir sobre su adaptación socio-emocional y su salud, tanto física como psíquica. Como resultado de este impacto, pueden aparecer en los padres síntomas de estrés, ansiedad y ciertas alteraciones psicopatológicas que interrumpan la dinámica natural del sistema familiar.

La importancia e incluso la gravedad de este impacto variará, evidentemente, en función de muchos factores, tales como la naturaleza y curso de la enfermedad del niño, el hecho de que exista hospitalización o no, la dinámica familiar anterior, los recursos materiales y personales previos, las ayudas de que se dispongan (médicas, psicológicas, sociales o educativas), etc.

El papel que juega la familia, y concretamente los padres, como moderadora del estrés o de la ansiedad que pueden padecer los hijos, está ya suficientemente documentado (Kronemberger y Thompson,

1990; Lizasoáin y Polaino-Lorente, 1994). Los resultados de estudios indican que los niños enfermos y hospitalizados, que presentan además problemas de comportamiento, viven normalmente en familias más conflictivas que los niños que en las mismas condiciones no presentan problemas de comportamiento.

De dichos estudios se desprende la idea de que el ambiente familiar se relaciona con la forma de reaccionar los hijos ante determinados eventos. Los padres que manifiestan ansiedad en presencia de sus hijos transmiten dicha emoción a los niños (contagio emocional).

Consistente con esta hipótesis del contagio emocional, Bush y Melamed (1986) afirman que en los niños cuyas madres mostraban una conducta ansiosa ante el proceso de hospitalización 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 frente a los eventos médicos.

De este modo, la ansiedad de los padres predice un peor ajuste a la hospitalización pediátrica y a la exploración y tratamiento médicos, al tiempo que correlacionan positivamente con la alteración emocional experimentada por el niño enfermo y hospitalizado.

Los niños responden con menos estrés a la experiencia de hospitalización si se ayuda a los padres en sus preocupaciones y temores. En este sentido, justificamos la idea de estudiar los factores que son fuente de ansiedad para los padres de niños

hospitalizados, con el fin de minimizarlos, en la medida de lo posible, con una adecuada intervención educativa, psicológica o médica.

Esta idea ha servido, incluso, de argumento en diversos trabajos, que desarrollan una preparación psicológica conjunta de padres e hijos, para afrontar la experiencia de enfermedad y hospitalización (Wolfer y Visintainer, 1975; Ferguson, 1979; Peterson y Shigetomi, 1981; Zastowny, Kirschbaum y Meng, 1988; Del Pozo y Polaino-Lorente, 1990).

Es preciso afirmar que, aunque en la actualidad se está avanzando de manera considerable en la comprensión teórica de estos conceptos, la investigación empírica al respecto sigue siendo muy escasa.

En el ámbito anglosajón disponen de instrumentos expresamente diseñados para examinar el grado de estrés de los padres, como consecuencia de la hospitalización de sus hijos (Carter y Miles, 1982); sin embargo, en el contexto hospitalario español apenas contamos con instrumentos de medida de este tipo.

Entre los instrumentos diseñados en el ámbito anglosajón consideramos particularmente interesante el PSS ("Parental Stressor Scale"), desarrollado por Carter y Miles (1982). Esta escala reúne un conjunto de ítems representativos de las posibles circunstancias hospitalarias susceptibles de generar estrés parental con la hospitalización infantil en el entorno de la Unidad de Cuidados Intensivos. Además, no se pudo obtener ningún otro tipo de instrumento de evaluación que, a priori, se adecuase más a nuestros requerimientos poblacionales.

El PSS ha sufrido diversas formulaciones y versiones a través de los años. Sus autores originales han sometido cada versión del instrumento a diversos análisis, calculándose coeficientes de fiabilidad interna, análisis factoriales y correlaciones con distintas medidas externas de estrés. En función de los diferentes resultados obtenidos, se han ido revisando y reformulando ciertos ítems y añadiendo o eliminando otros.

En la presente investigación hemos empleado la versión del PSS que se publicó en un artículo de 1982; traducido y adaptado el cuestionario al castellano, con el permiso y la supervisión de sus autores hemos configurado una versión (Polaino-Lorente y Ochoa, 1992) de la prueba para la población de lengua castellana y para el entorno de la hospitalización infantil en general (sin especificación alguna).

Este trabajo constituye un primer paso en el estudio de la validación del constructo del PSS, en una versión española de la escala de Carter y Miles (1982). Los objetivos que nos planteamos en este estudio son los siguientes:

1. Analizar la estructura interna de nuestra versión del PSS (Cuestionario de Estrés en Padres de Niños Hospitalizados).
  - 1.1. Obtención de los índices de homogeneidad de cada ítem.
  - 1.2. Cálculo de la consistencia interna y estudio del comportamiento de cada uno de los ítems en esta versión del instrumento.

### 1.3. Aproximación al estudio de la dimensionalidad del constructo.

Este tipo de trabajos tiene un doble interés (García Ramos, 1986; Tourón, 1989). Desde la perspectiva teórica, ya que permiten comprobar en qué grado se reproduce o no la estructura conceptual sobre la que se basa el instrumento, para así confirmar o no que el modelo teórico propuesto es válido en un contexto diferente. Desde la perspectiva práctica, puesto que, de comprobarse una adecuada fiabilidad y validez del constructo, nos permitiría ofrecer a los profesionales de la salud un instrumento de diagnóstico que contemple el estrés de los padres de los niños hospitalizados<sup>1</sup>.

## EL INSTRUMENTO

La escala PSS, "*Parental Stressor Scale*", es un instrumento de carácter multidimensional que tiene como objetivo evaluar la experiencia estresante que para los padres supone la hospitalización de un hijo en una Unidad de Cuidados Intensivos. Por experiencia estresante se entiende aquí una experiencia o vivencia que causa ansiedad o tensión.

Nuestra versión castellana del PSS (Polaino-Lorente y Ochoa, 1992) es también un instrumento de carác-

ter multidimensional que tiene como objetivo evaluar la experiencia estresante que para los padres supone la hospitalización de un hijo, exista o no Unidad de Cuidados Intensivos (consultar ANEXO); se trata de un cuestionario que consta de 36 ítems, divididos en 6 subescalas o categorías de estrés o ansiedad paterna:

1. *Apariencia física del niño*: los padres opinan sobre la tensión que les causan determinadas circunstancias relativas a los cambios físicos (color, delgadez, etc.) que sus hijos pueden experimentar con motivo de la enfermedad y la hospitalización (esta subescala la forman los ítems 1-4).
2. *Tratamientos*: hace referencia al grado de ansiedad que los padres se perciben, al vivenciar la aplicación de determinados tratamientos sobre sus hijos enfermos y hospitalizados (esta dimensión está configurada por los ítems 5-10)
3. *Comunicación con el personal sanitario*: representa la intensidad del estrés que generan en los padres de niños hospitalizados determinadas formas de comunicación del médico para con ellos (esta categoría la forman los ítems 11-15).
4. *Conductas y respuesta emocional del niño*: se refiere al trastorno que supone para los padres de niños hospitalizados, detectar cambios en la conducta y la personalidad de sus hijos, atribuibles a la enfermedad y la hospitalización (este factor está configurado por los ítems 16-25).

<sup>1</sup> Trabajos anteriores, en esta misma línea, han ido procurando ofrecer a los profesionales de la salud distintos instrumentos de diagnóstico de algunos de los efectos de la hospitalización infantil en los padres (Ochoa, Repáraz y Polaino-Lorente, 1996a y 1996b).

5. *Comportamiento del personal sanitario*: refleja la intensidad del estrés que generan, en los padres de niños hospitalizados, determinadas conductas y comportamientos del personal sanitario (esta subescala la forman los ítems 26-30).
6. *Alteración de los roles de los padres/Expectativas de seguimiento*: los padres opinan sobre el grado de nerviosismo que les provocan determinados cambios en su forma de vivir, ocasionados por la necesidad de atender las nuevas demandas de un hijo enfermo y hospitalizado (esta subescala la forman los ítems 31-36).

Además se añade un último ítem (Nº 37), que pretenden 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 aparte.

Los padres deben contestar los 37 ítems, opinando sobre cada circunstancia que se les evoca, según una puntuación que va de 1 a 5 en una escala tipo Likert. El 1 significa mínimo estrés y el 5 máximo estrés. Entre ambos extremos se pueden elegir los números 2, 3 ó 4, en función de cual sea el nivel de estrés que evoca en los padres cada una de esas afirmaciones. Se puede puntuar también con un 0 a aquellos ítems que el padre en cuestión no haya experimentado.

Este cuestionario puede puntuarse de dos maneras:

— Cada subescala por separado; entonces, se divide la suma de

los resultados, obtenidos en cada factor, entre el número de ítems que componen cada uno de ellos que han sido calificados del 1 al 5. Desde este modo, se obtienen 6 índices de estrés en distintas situaciones.

— Todo el cuestionario constituyendo un solo índice; entonces, se divide la suma de los resultados totales entre el número de ítems calificados del 1 al 5, con lo que se compensan los ítems no experimentados (puntuados con 0). Así, se obtiene un solo índice de estrés general de los padres, como consecuencia de la hospitalización de su hijo.

El procedimiento seguido para la aplicación del instrumento —que se administró junto con otras cuatro escalas utilizadas para la evaluación de los padres como consecuencia de la hospitalización de sus hijos— fue el siguiente:

- 1) Al llegar una persona a la CUN para ser hospitalizada, las enfermeras de cada Planta entregan siempre una serie de documentos informativos acerca de las principales normas de la Clínica, régimen de comidas, etc.

Durante el período que duró nuestra recogida de datos se pidió al personal de la Planta de Pediatría que, junto con estos escritos, entregasen también una "carta de presentación", para informar a los padres acerca de nuestra posible presencia durante la hospitalización de sus hijos y un consentimiento informado de su posible participación en nuestra investigación.

- 2) Una vez un familiar de un paciente pediátrico hospitalizado cumplía con todos los requisitos de inclusión en la muestra (que veremos más adelante), se procedía a la cumplimentación de una hoja de datos sociodemográficos. Se rellenaba, en este primer momento, a partir del cuaderno de ingresos de la CUN. Se recogían datos personales, motivo de la consulta, diagnóstico, estimación del tiempo de ingreso y, si existía la posibilidad o no de una intervención quirúrgica.
  - 3) En este momento, tenía lugar una entrevista del investigador (o en su caso, de sus colaboradores) con los padres, sujetos de esta investigación. A lo largo de esta entrevista:
    - 3.1) Se terminaban de cumplimentar aquellos puntos de la hoja de datos sociodemográficos que no pudieron cumplimentarse a través del cuaderno de ingresos de la CUN.
    - 3.2) Se intentaba crear un *raport* positivo entre los padres y la persona encargada de administrar y dirigir la entrevista.
    - 3.3) Se observaba si los padres entrevistados podían, por ellos mismos, contestar el resto de cuestionarios que debían ser administrados (entre los que estaba el PSS, motivo de esta publicación) o, si por el contrario, necesitaban del investigador para que les fuera leyendo e incluso explicando cada uno de los ítems.
    - 3.4) Se cumplimentaban todos y cada uno de los ítems de la entrevista.
  - 4) En función de lo que se decidía a lo largo de la entrevista, los cuestionarios eran respondidos por los padres solos o, con ayuda del investigador (o de alguno de sus colaboradores). La recogida de datos se llevó a cabo de forma rigurosamente individualizada. En concreto, el PSS resultó ser una escala de fácil administración, cuyo tiempo aproximado de aplicación fue de 20 minutos.
- Puede resultar sorprendente que hayamos elegido este instrumento para la realización de un estudio que fue ideado, en principio, para un contexto de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI, en lo sucesivo) —para nuestro propósito, hemos adaptado el cuestionario, eliminando los factores e ítems concretos y específicos del entorno UCI—. La elección de dicho instrumento respondió a dos motivos fundamentales:
1. Nos interesaba saber si el propio instrumento nos permitía evaluar sólo el estrés de los padres en un contexto UCI, o si podía ser empleado también para evaluar el estrés de los padres ante la hospitalización de sus hijos en general.
  2. Tratamos de comprobar si el estrés de los padres respecto de la hospitalización y el estrés de los padres ante la UCI están relacionados; es decir, si el estrés de los padres ante un entorno UCI forma parte o no del estrés general de los padres ante la hospitali-



zación de sus hijos, diferenciándose solamente en el mayor grado de estrés que origina la UCI,

## LA MUESTRA

El cuestionario fue aplicado a lo largo de 9 meses consecutivos (de abril a diciembre de 1993) a una muestra de 242 padres de niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría de la Clínica Universitaria de Navarra, a causa de sufrir una enfermedad crónica o aguda.

La edad de los niños hospitalizados abarcaba un rango de los 2 a los 18 años. En todos ellos la hospitalización nunca fue inferior a 7 días.

El proceso de recogida de los datos se llevó a cabo de manera individualizada. Cumplimentaron el instrumento "el padre", "la madre" o "ambos cónyuges juntos". Procedíamos a la aplicación del cuestionario una vez que los ingresos infantiles cumplían los mínimos requisitos muestrales de edad y número de días de hospitalización.

En resumen, los criterios de inclusión-exclusión de los sujetos en la muestra fueron los siguientes:

### EXCLUSION:

- Todos los padres de niños no hospitalizados.
- Todos los padres de niños no hospitalizados en la Clínica Universitaria de Navarra.
- Todos los padres de niños hospitalizados mayores de 18 años.
- Todos los padres de niños hospitalizados menores de 2 años.

— Todos los padres de niños hospitalizados que requieran un período de hospitalización inferior a 7 días.

### INCLUSION:

— Todos los padres de niños hospitalizados (de edad comprendida entre los 2 y los 18 años) en la CUN, como consecuencia de una enfermedad (aguda o crónica) o para su diagnóstico y pronóstico, cuyos hijos requieran de un período de hospitalización superior a 7 días.

Se trata, pues de una muestra de carácter incidental, que se constituyó a partir de los sujetos a los que se tuvo acceso. No obstante, éste no es un aspecto significativo en el presente estudio, ya que nuestro objetivo principal era analizar la estructura interna del instrumento, sin pretender inferir ninguna otra conclusión respecto de la población estudiada.

## ANALISIS ESTADISTICOS

Se han calculado los estadísticos descriptivos para cada uno de los ítems del cuestionario, así como la correlación que cada uno de ellos guarda con el total de la subescala a la que —en principio— teóricamente pertenecen, con la intención de obtener los índices de homogeneidad para cada uno de los ítems. Por otro lado, se han calculado también las matrices de correlación interítems, con objeto de comprobar la cuantía de la relación entre los diferentes elementos de la escala.

Estos análisis nos permiten un primer conocimiento del comportamiento de cada uno de los ítems que componen la versión castellana del instrumento.

Se ha calculado también el coeficiente de fiabilidad alpha de Cronbach para cada subescala y para el instrumento en su conjunto, obteniéndose de este modo un indicador de la consistencia interna de cada una de las subescalas y de la prueba global.

Por otro lado, una primera aproximación al estudio de la dimensionalidad del constructo la hemos realizado a través del análisis factorial clásico, para lo cual hemos utilizado el método de factorización de componentes principales (Harman, 1980), incluido en el paquete de programas estadísticos SPSS-X. Hemos aplicado, además, una rotación factorial ortogonal, siguiendo el método "Varimax" (Harman, 1980; Bisquerra, 1989).

## RESULTADOS Y DISCUSION

### **Aproximación al estudio de la dimensionalidad del constructo (Análisis factorial exploratorio)**

El orden que vamos a seguir para la exposición de los resultados, varía sustancialmente el orden anunciado al exponer los objetivos del trabajo y el tipo de procedimientos estadísticos a emplear. El motivo de esta variación reside en que los resultados que hemos obtenido al aplicar los análisis estadísticos correspondientes, no nos aportan evidencia empírica alguna del modelo teórico multidimensional hipotetizado por los autores del instrumento (Carter y Miles, 1982).

Nuestro primer paso por tanto fue comprobar si nuestros datos eran adecuados para proceder a un análisis factorial. Obtuvimos unos resultados un tanto dudosos acerca de la susceptibilidad de los mismos

para aplicarles dicho procedimiento estadístico.

Concretamente, el índice Kaiser-Meyer-Olkin obtenido ( $KMO = .60850$ ) supone un valor mediocre para proceder a la aplicación de un análisis factorial. Desde este punto de vista, ya comenzamos con cierta reticencia nuestros análisis estadísticos.

Aún así, procedimos a la aplicación del análisis factorial clásico o exploratorio, con la intención de contrastar si la agrupación empírica de los ítems de nuestra versión castellana de la escala en factores coincidía o no con la propuesta de Carter y Miles (1982). Pudimos comprobar cómo no se replicaba, en modo alguno, la estructura dimensional hipotetizada (véase la tabla 1).

En concreto, hemos seguido el método de factorización de componentes principales con una rotación varimax de seis factores. Este procedimiento fue elegido con el fin de replicar exactamente el procedimiento de trabajo seguido por los autores del cuestionario original para estos análisis.

La tabla 1 recoge los resultados obtenidos en la aplicación de dicho análisis. Los factores se han ordenado de modo que la diagonal de la tabla venga a estar ocupada por las saturaciones de aquellos ítems que configuran cada subescala. Estos valores figuran en negrilla y rodeados de un rectángulo. Dentro de cada factor, hemos ordenado los ítems de menor a mayor, siguiendo su número de presentación en el cuestionario, razón por la que las saturaciones dentro de cada subescala no están ordenadas.

En la tabla 1 hemos reseñado los valores correspondientes a todas las saturaciones, con el fin de facilitar cualquier interpretación.

Los resultados del análisis factorial podríamos resumirlos de la siguiente manera:

**TABLA 1**  
Resultados del análisis factorial exploratorio PC (factorización de componentes principales) de la escala de estrés en padres de niños hospitalizados (PSS)

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6
ítem 26	<b>.63</b>	.06	.07	.47	-.06	-.12
ítem 31	<b>.86</b>	.23	.00	.02	-.25	.02
ítem 32	<b>.89</b>	.08	-.20	.24	-.07	.19
ítem 33	<b>.90</b>	.21	-.17	.00	-.18	-.01
ítem 34	<b>.95</b>	.12	-.08	.09	-.06	.09
ítem 35	<b>.91</b>	.20	-.08	.11	-.06	.18
ítem 36	<b>.92</b>	.12	-.03	.02	-.21	-.18
ítem 1	.09	<b>.76</b>	.21	-.19	-.30	.32
ítem 4	.18	<b>.61</b>	.12	-.13	-.47	.32
ítem 17	-.02	<b>.92</b>	.02	.07	.09	-.04
ítem 20	.25	<b>.79</b>	-.00	.24	-.26	.03
ítem 21	-.09	<b>.81</b>	-.24	.28	-.01	.17
ítem 22	.44	<b>.83</b>	.17	-.05	-.15	.15
ítem 23	.14	<b>.90</b>	.28	.15	.00	-.13
ítem 24	.07	<b>.90</b>	-.12	-.04	.24	.17
ítem 25	.24	<b>.87</b>	.11	.02	-.03	.13
ítem 3	.12	-.03	<b>.89</b>	.01	-.09	.22
ítem 5	-.51	.08	<b>.76</b>	.12	-.24	-.01
ítem 7	-.22	.08	<b>.81</b>	.02	-.00	.20
ítem 8	-.52	.05	<b>.64</b>	.27	-.29	-.06
ítem 10	-.18	.04	<b>.83</b>	-.20	.15	.08
ítem 12	.25	-.02	<b>.62</b>	.60	.08	.03
ítem 16	.08	.38	<b>.64</b>	.01	.28	.30
ítem 9	-.32	-.03	.03	<b>.60</b>	-.14	.13
ítem 11	.25	-.17	.56	<b>.58</b>	.42	-.05
ítem 13	.47	.42	-.05	<b>.60</b>	.34	-.11
ítem 14	.43	.38	-.06	<b>.66</b>	.37	-.09
ítem 15	.32	.41	-.11	<b>.73</b>	.33	-.09
ítem 28	.19	.01	-.20	.34	<b>.75</b>	.41
ítem 29	.16	-.11	.17	.09	<b>.92</b>	-.04
ítem 30	.34	-.09	.02	-.05	<b>.83</b>	.33
ítem 2	-.14	.20	.51	.05	.02	<b>.72</b>
ítem 6	-.16	.19	.43	.47	.07	<b>.61</b>
ítem 18	.06	.47	.33	-.04	.07	<b>.68</b>
ítem 19	.19	.23	.05	-.40	.23	<b>.72</b>
ítem 27	.52	-.12	.17	.42	.24	<b>.62</b>

A. Obtuvimos una varianza explicada por los seis factores del 85.70%, valor muy considerable y satisfactorio.

B. En el Factor 1 se nos agrupan los ítems 26-31-32-33-34-35-36. Esta agrupación responde a la subescala teórica "Alteración de los Roles de los Padres" (que abarca del ítem 31 al 36); pero no encontramos una explicación teórica que sustente la saturación del ítem 26 en esta dimensión.

C. En el Factor 2 se agrupan los ítems 1-4-17-20-21-22-23-24-25. Esta agrupación parece responder a la subescala teórica «Conductas y Respuesta Emocional del Niño» (que abarcaba del ítem 16 al 25); pero, de nuevo, no encontramos una explicación teórica que sustente o justifique la saturación de los ítems 1 y 4 en esta dimensión. Además, según la presentación original de Carter y Miles (1982), para la configuración de este factor faltan los ítems 16, 18 y 19.

D. En el Factor 3 se agrupan los ítems 3-5-7-8-10-12-16. Esta agrupación tiene que ver con la subescala teórica "Tratamientos" (que abarcaba del ítem 5 al 10). Una vez más, no poseemos fundamentos teóricos que justifiquen la saturación de algunos ítems en esta dimensión, concretamente del 3, el 12 y el 16. De nuevo, según la presentación original de Carter y Miles (1982), para la configuración de esta factor faltan los ítems 6 y 9.

E. En el Factor 4 se agrupan los ítems 9-11-13-14-15. Esta agrupación responde a la subescala "Comunicación con el Personal Sanitario" (que abarcaba del ítem 11 al 15). En esta ocasión, la presencia del ítem 9 en esta dimensión no está justificada teóricamente. Una vez más

y según la presentación original de Carter y Miles (1982), para la configuración de este factor falta el ítem 12.

F. En el Factor 5 se agrupan los ítems 28-29-30. Esta agrupación responde claramente a la subescala "Comportamiento del Personal Sanitario" (que abarcaba del ítem 26 al 30). Sin embargo, teóricamente, esta dimensión estaba configurada por más ítems (concretamente el 26 y el 27) que los que nosotros hemos obtenido, ítems que se hayan repartido entre el resto de las subescalas.

G. En el Factor 6 saturan los ítems 2-6-18-19-27. Esta agrupación no se corresponde con ninguna subescala teórica hipotetizada por los autores del cuestionario original (Carter y Miles, 1982). Según ellos el ítem 2 se correspondería con la dimensión "Apariencia Física", el 6 con el factor "Tratamientos", los ítems 18 y 19 con la subescala "Conductas y Respuesta Emocional del Niño", y el 27 con la dimensión "Conductas del Personal Sanitario".

H. No encontramos ítems que configuren el factor teórico hipotetizado por Carter y Miles (1982): "Apariencia Física".

Con estos resultados, concluimos que la agrupación empírica de los ítems en factores no coincide con la propuesta de Carter y Miles (1982). Uno de ellos agrupa una serie de ítems que no se corresponden con ninguna dimensión teórica lógica (Factor 6) y, los demás, se pueden identificar con subescalas interpretables, pero con muchísimos problemas.

A la vista de estos resultados, consideramos la posibilidad de la extracción de otro número diferente de dimensiones, que configurasen

una nueva Estructura Multidimensional del «Estrés de los Padres por la Hospitalización de sus Hijos».

Realizamos análisis factoriales exploratorios rotando números diferentes de factores (por ejemplo 7, 5 y, hasta 4 factores sucesivamente). Observamos la agrupación

temática de los ítems en cada uno de los casos y no pudimos encontrar evidencia factorial que definiere de forma lógica nuestro constructo.

En la tabla 2 recogemos algunos resultados obtenidos en uno de los análisis anteriormente citados.

**TABLA 2**

Resultados del análisis factorial exploratorio PC (factorización de componentes principales), con una rotación varimax de cinco factores, de la escala de estrés en padres de niños hospitalizados (PSS)

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
ítem 1	.80	.11	.31	-.18	-.27
ítem 4	.68	.19	.24	-.31	-.25
ítem 17	.88	-.02	-.00	.04	.15
ítem 20	.80	.25	.02	-.20	.21
ítem 21	.85	-.10	-.15	.11	.20
ítem 22	.84	.45	.20	-.11	-.04
ítem 23	.83	.14	.21	-.11	.28
ítem 24	.89	.07	-.07	.27	-.03
ítem 25	.86	.25	.14	-.00	.03
ítem 26	.06	.62	.04	-.07	.49
ítem 27	-.02	.52	.40	.51	.17
ítem 31	.21	.86	-.02	.23	.08
ítem 32	.14	.88	-.11	.09	.13
ítem 33	.19	.89	-.19	.18	.05
ítem 34	.12	.95	-.07	.11	-.09
ítem 35	.23	.90	-.02	.16	.06
ítem 36	.06	.91	-.12	.12	.14
ítem 2	.29	-.13	.75	.27	-.18
ítem 3	-.05	.13	.91	-.11	.02
ítem 5	.05	-.50	.73	-.32	.17
ítem 6	.28	-.15	.66	.32	.23
ítem 7	.05	-.21	.82	-.04	.03
ítem 8	.03	-.52	.60	-.36	.29
ítem 10	-.03	-.17	.78	.01	-.09
ítem 16	.35	.08	.69	.27	.02
ítem 18	.55	.07	.56	.31	-.24
ítem 9	.04	-.33	.13	-.00	.45
ítem 11	-.22	.24	.51	.32	.66
ítem 12	-.04	.25	.60	.05	.61
ítem 13	.39	.45	-.08	.31	.66
ítem 14	.36	.41	-.08	.36	.70
ítem 15	.40	.30	-.12	.33	.75
ítem 19	.32	.21	.28	.47	-.60
ítem 28	.05	.18	-.04	.90	.21
ítem 29	-.21	.14	.10	.77	.24
ítem 30	-.11	.34	.10	.87	.07

En definitiva, se manifiesta una ausencia de consistencia del modelo propuesto por los autores del instrumento, puesto que no se reproducen las dimensiones establecidas para el PSS. Estos resultados podemos atribuirlos a diferentes razones:

1. *La diferencia de contextos en los que ha sido aplicada la escala:* Carter y Miles (1982) idearon este instrumento para un entorno UCI (Unidad de Cuidados Intensivos), y aunque nosotros hemos adaptado los ítems a nuestro contexto, posiblemente haya que hacer mejores y mayores adaptaciones.

2. *La traducción del cuestionario.*

3. *La falta de claridad en la determinación de las dimensiones subyacentes del constructo que se pretenden medir ó la falta de estructura multidimensional del constructo «Estrés de los padres como consecuencia de la hospitalización infantil».*

Todo esto evidencia la necesidad de continuar realizando estudios sobre la construcción y elaboración de Instrumentos de Evaluación del «Estrés de los Padres por la Hospitalización de sus Hijos», para llegar a delimitar con claridad el conjunto de ítems que mejor represente y permita medir cada una de las dimensiones. Este trabajo, constituye el punto de partida en este proceso.

Por último, y como consecuencia de los resultados obtenidos, por el momento no recomendamos el uso de este instrumento en el ámbi-

to de la evaluación del estrés de los padres con motivo de la hospitalización infantil, por considerar que no reúne los requerimientos métricos necesarios (aunque no descartamos que pueda aconsejarse, en función de futuras reformulaciones).

### **Estudio descriptivo de los ítems**

Con el propósito de profundizar, un poco más, en los posibles motivos de la falta de replicación del modelo multidimensional de estrés paterno, propuesto por Carter y Miles (1982) para el instrumento PSS, queremos reflejar un estudio descriptivo de los ítems del cuestionario.

Si recordamos la descripción del instrumento PSS, vemos que el protocolo del cuestionario aconseja a los padres utilizar la puntuación "0" para identificar situaciones que no hayan experimentado nunca a lo largo de la hospitalización de sus hijos.

Al realizar un primer análisis de los resultados obtenidos en la escala de estrés, observamos cómo sólo 15 padres, de los 242 que componen la muestra total, consideran que han vivido todas las situaciones que se les evocan. En la tabla 3 presentamos, de manera pormenorizada, el número de padres que asignaron "0" a cada uno de los ítems particulares.

Estos primeros datos denotan los numerosos ítems no experimentados por los padres que componen nuestra muestra. Como ya hemos indicado, tan sólo 15 padres manifiestan haber experimentado todas las circunstancias que se les proponen. Estos resultados, quizá, nos están vol-

viendo a recordar la falta de adecuación del contenido de los ítems del cuestionario PSS, a las vivencias de nuestros padres de niños hospitalizados. A pesar de esta evidencia, nos queda una duda: ¿no querrán los padres representar con la puntuación "0" su —muy poco estrés— en vez de —una situación no experimentada—; o tal vez, ¿estaremos evocando situaciones que no son comunes en nuestro entorno de hospitalización infantil?

Es posible que se trate más de una falta de adecuación del contenido de los ítems a las vivencias más comunes en un entorno de hospitalización pediátrica. Propugnamos esta hipótesis porque la recogida de datos fue individualizada y se insistió mucho en el significado de la puntuación "0", aunque esto no sea garantía de una interpretación correcta de la escala.

En la tabla 4, presentamos los estadísticos descriptivos de los ítems individuados correspondientes a cada una de las seis subescalas del PSS hipotetizadas por los autores del cuestionario (Carter y Miles, 1982). El tratamiento estadístico dado al valor "0" es el de anularlo y, desde luego, no considerarlo como un valor más de la escala.

La tabla 4 recoge, en concreto, los valores medios y las desviaciones típicas de cada uno de los ítems, así como la correlación de cada uno de ellos con el total de la subescala teórica a la que según Carter y Miles (1982) pertenecen. Este último dato viene a ser un indicador, como ya hemos apuntado, del grado de homogeneidad de cada ítem con la subescala teórica propuesta.

**TABLA 3**

Número de padres, y porcentaje que suponen respecto de la muestra total, que asignaron "0" a cada uno de los ítems que componen la versión castellana del PSS

ÍTEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ítem 1	156	64.5 %
ítem 2	108	44.6 %
ítem 3	122	50.4 %
ítem 4	92	38.0 %
ítem 5	44	18.2 %
ítem 6	72	29.8 %
ítem 7	73	30.2 %
ítem 8	42	17.4 %
ítem 9	53	21.9 %
ítem 10	68	28.1 %
ítem 11	112	46.3 %
ítem 12	105	43.4 %
ítem 13	145	59.9 %
ítem 14	133	55.0 %
ítem 15	130	53.7 %
ítem 16	96	39.7 %
ítem 17	86	35.5 %
ítem 18	65	26.9 %
ítem 19	108	44.6 %
ítem 20	63	26.0 %
ítem 21	70	28.9 %
ítem 22	138	57.0 %
ítem 23	86	35.5 %
ítem 24	108	44.6 %
ítem 25	77	31.8 %
ítem 26	147	60.7 %
ítem 27	141	58.3 %
ítem 28	100	41.3 %
ítem 29	141	58.3 %
ítem 30	169	69.8 %
ítem 31	140	57.9 %
ítem 32	162	66.9 %
ítem 33	144	59.5 %
ítem 34	157	64.9 %
ítem 35	172	71.1 %
ítem 36	81	33.5 %

**TABLA 4**  
Media, desviación típica y correlación ítem-total para cada una de las subescalas del PSS, hipotetizadas por Carter y Miles (1982)

	Media	Desviación Típica	Correlación ítem-total
<b>SUBESCALA: APARIENCIA FÍSICA DEL NIÑO</b>			
ítem 1	3.6667	1.2910	.6786
ítem 2	3.4000	1.1832	.6159
ítem 3	2.8667	1.3558	.4478
ítem 4	3.2000	1.3732	.5987
<b>SUBESCALA: TRATAMIENTOS</b>			
ítem 5	2.2000	1.0142	.8265
ítem 6	3.4000	1.2984	.5541
ítem 7	2.3333	1.1751	.7824
ítem 8	2.4000	1.2421	.6787
ítem 9	1.1333	.3519	.2733
ítem 10	2.9333	1.2228	.6268
<b>SUBESCALA: COMUNICACIÓN CON EL PERSONAL SANITARIO</b>			
ítem 11	3.0667	1.6242	.6418
ítem 12	2.8667	1.5055	.6151
ítem 13	4.0667	1.4376	.8371
ítem 14	4.2000	1.4243	.8618
ítem 15	3.8667	1.4075	.8087
<b>SUBESCALA: CONDUCTAS Y RESPUESTA EMOCIONAL DEL NIÑO</b>			
ítem 16	2.6667	.9759	.5210
ítem 17	3.0667	1.0998	.8172
ítem 18	2.9333	1.2799	.6431
ítem 19	2.2000	1.2071	.3735
ítem 20	3.6667	1.2344	.7578
ítem 21	3.0000	1.3628	.7044
ítem 22	3.5333	1.3558	.8907
ítem 23	3.2000	1.3732	.7983
ítem 24	2.8000	1.3732	.8131
ítem 25	3.4667	1.3558	.8736
<b>SUBESCALA: COMPORTAMIENTO DEL PERSONAL SANITARIO</b>			
ítem 26	3.5333	1.3020	.2707
ítem 27	3.4000	1.3522	.6427
ítem 28	2.7333	1.5337	.7129
ítem 29	2.6667	1.4475	.7045
ítem 30	2.9333	1.3870	.7973
<b>SUBESCALA: ALTERACIÓN DE LOS ROLES DE LOS PADRES</b>			
ítem 31	4.2000	1.3202	.8892
ítem 32	4.0000	1.3093	.8858
ítem 33	4.2000	1.2071	.9241
ítem 34	4.0000	1.5119	.9331
ítem 35	3.9333	1.3345	.9381
ítem 36	4.2000	1.2071	.8909



Los ítems correspondientes al factor "Alteración de los roles de los padres" mantienen una correlación extraordinariamente alta con el total de su subescala teórica (dichos coeficientes toman valores entre .8858 y .9381). Efectivamente, el análisis factorial exploratorio había identificado esta dimensión teórica, aunque «contaminada» por el ítem 26 que supuestamente pertenece al factor «Comportamiento del personal sanitario».

En el factor «Conducta y respuesta emocional del niño», los ítems presentan, en general, correlaciones considerables con el total de su subescala teórica. Sin embargo, el ítem 19 arroja una correlación baja (.3735), y los ítems 16 y 18 presentan las correlaciones más bajas con su dimensión teórica (.5210 y .6431, respectivamente), en comparación con el resto de los ítems que la componen. Estos datos habían quedado constatados en el análisis factorial exploratorio, en el cual estos tres ítems saturan por encima en otra subescala diferente de la mencionada con anterioridad.

En cuanto al factor "Tratamientos" ocurre algo similar, el ítem 9 presenta una correlación muy baja con su subescala teórica (.2733) y el ítem 6 arroja una correlación más baja (.5541) que el resto de los ítems que componen la dimensión teórica hipotetizada por Carter y Miles (1982).

Los ítems correspondientes al factor «Comunicación con el personal sanitario» mantienen una correlación bastante alta con el total de su subescala teórica (los valores varían entre .6151 y .8618). Efectivamente, el análisis factorial exploratorio había identificado esta dimensión teórica,

aunque "contaminada" por el ítem 9 que, supuestamente, pertenece al factor "Tratamientos". El ítem 12 mantiene una correlación elevada con su subescala teórica (.6151), aunque este ítem saturaba por encima en otra dimensión teórica ("Tratamientos") distinta de la hipotetizada.

En el factor "Comportamiento del personal sanitario», los ítems presentan correlaciones muy diferentes con el total de la dimensión teórica propuesta. Tal y como había identificado el análisis factorial exploratorio, los ítems 28-29-30 mantienen una correlación elevada con el total de su subescala teórica (entre .7045 y .7973); en esta misma línea, el ítem 26 presenta una correlación baja (.2707, corroborando la saturación de dicho ítem en otro factor distinto ("Alteración de los roles de los padres") del que le corresponde. Sin embargo, no encontramos problemas de correlación del ítem 27 con su dimensión (.6427), aunque este ítem saturaba por encima en otra dimensión teórica distinta de la hipotetizada.

Resultan sorprendentes los resultados de homogeneidad de los ítems que teóricamente componen la subescala "Apariencia física". El análisis factorial exploratorio no reveló la existencia de esta dimensión y, sin embargo, encontramos índices considerables de homogeneidad de los ítems con el factor teórico hipotetizado por Carter y Miles (1982), valores entre .4478 y .6786.

Por eso pensamos que, en general, estos datos de homogeneidad de cada ítem con el total de la subescala teórica a la que pertenecen, contrastan bastante con los que habíamos obtenido a partir de la aplicación del análisis factorial exploratorio.

## ESTUDIO DE LA FIABILIDAD

En la tabla 5 presentamos los índices de fiabilidad, obtenidos por Carter y Miles (1982) y los obtenidos en el presente estudio, para cada una de las subescalas hipotetizadas por los autores del instrumento.

En principio, nuestros índices son aceptables para todas las subescalas, siendo todos los valores superiores a .70 (varían entre .78 y .97).

**TABLA 5**

Índices de fiabilidad para cada una de las subescalas del cuestionario de Carter y Miles (1982) obtenidos en el presente estudio, en comparación con los ofrecidos por sus autores

SUBESCALAS	CARTER Y MILES (1982)	PRESENTE ESTUDIO
<b>Cambios<sup>1</sup></b>	.92	.78
<b>Tratamientos</b>	.86	.83
<b>Comunicación<sup>2</sup></b>	.99	.90
<b>Niño<sup>3</sup></b>	.97	.93
<b>Comportamiento<sup>4</sup></b>	.72	.82
<b>Seguimiento<sup>5</sup></b>	.99	.97

1 "Cambios"=Subescala teórica "Apariencia física del niño"

2 "Comunicación"=Subescala teórica "Comunicación con el personal sanitario".

3 "Niño"=Subescala teórica "Conductas y respuesta emocional del niño"

4 "Comportamiento"=Subescala teórica "Comportamiento del personal sanitario"

5 "Seguimiento"=Subescala teórica "Alteración de los roles de los padres" ó "Expectativas de Seguimiento"

Sin embargo, puede apreciarse, también en la tabla 5, que los índices que hemos obtenido son inferiores, en casi todos los casos, a los aportados por los autores originales del instrumento (Carter y Miles, 1982).

La fiabilidad total de la escala también es menor (.92) que el índice obtenido por Carter y Miles (1982), que es de .95.

A pesar de ello, los valores de consistencia interna que hemos obtenido son aceptables (todos ellos superiores a .70).

«A priori», este resultado puede sorprendernos un poco, ya que a partir del análisis factorial exploratorio no habíamos encontrado evidencia alguna del modelo factorial hipotetizado por los estudios originales. Sin embargo, no es contradictorio con este dato el hecho de que las distintas subescalas y el instrumento total presenten una consistencia interna adecuada.

Es decir, podemos afirmar que cada una de las subescalas y el instrumento total de "Estrés de los padres por la hospitalización de sus hijos" detectan con precisión diferencias individuales entre dichos padres (es decir, miden bien), a pesar de que no sabemos si están evaluando, precisamente, aquello que pretendían medir: factores de estrés paterno.

En resumen, podemos afirmar que el PSS arroja una consistencia interna adecuada tanto para cada una de las subescalas, como para el instrumento total.

Este dato puede seguir confirmando nuestra hipótesis de que la no obtención de resultados satisfactorios y significativos, desde el punto de vista factorial, para esta escala puede ser debida o a la falta de homogeneidad entre los contextos para los que fue diseñado el cuestionario y el de la muestra que nosotros hemos estudiado, o tal vez, a la falta de estructura multidimensional del constructo "Estrés de los padres por la hospitalización de sus hijos".

Observamos, pues, que este instrumento "mide con precisión" pero, sin embargo, no reproduce con claridad factores de estrés paterno respecto del entorno de una hospitalización infantil, tal y como fueron adaptados desde un instrumento referido al estrés paterno originado por un entorno UCI.

## **CONCLUSIONES E IMPLICACIONES**

A la vista de los resultados expuestos se evidencia la no consistencia de las seis dimensiones hipotetizadas por los autores del instrumento (Carter y Miles, 1982).

El comportamiento de los ítems en esta versión en lengua castellana del instrumento (Polaino-Lorente y Ochoa, 1992) es un poco dudoso; la baja correlación de algunos ítems con su factor podría hacer necesaria su revisión o reformulación para futuros trabajos.

Por último, la consistencia interna de cada una de las subescalas y del instrumento en su totalidad son ade-

cuadas, lo que muestra que la escala mide con precisión, es decir, que es susceptible de detectar diferencias interindividuales entre los sujetos investigados, a pesar de que no sabemos si está evaluando, precisamente, aquello que pretendían medir: factores de estrés paterno.

Todas estas conclusiones evidencian la necesidad de continuar realizando estudios sobre la construcción y elaboración de Instrumentos de Evaluación del "Estrés de los Padres por la Hospitalización de sus Hijos", para llegar a delimitar con claridad el conjunto de ítems que mejor represente y permita medir cada una de las dimensiones. Este trabajo, constituye el punto de partida en un proceso que contribuya a la medición de dicha variable.

Por último, recomendamos no hacer uso de este instrumento en el ámbito de la evaluación del estrés de los padres con motivo de la hospitalización infantil, hasta que no contemos con una nueva versión más adecuada al objetivo que pretendemos.

## REFERENCIAS

- Bisquerria, R. (1989). Análisis factorial. En R. Bisquerria: *Introducción conceptual al análisis multivariante: un enfoque informático con los paquetes SPSS-X, BMDP, LISREL, y SPAD*, 287-346. Ed. PPU, Barcelona, 805 p.
- Bush, J.P. y Melamed, B.G. (1986). Mother-Child patterns of coping with anticipatory medical stress. *Health Psychology*, 5 (2), 137-157.
- Carter, M.C. y Miles, M.S. (1982). Assessing parental stress in the intensive care unit. *Journal of Maternal Child Nursing*, 8 (5), 354-359.
- Del Pozo, A. y Polaino-Lorente, A. (1990). Intervención psicopedagógica y cáncer infantil: una exigencia reclamada por la dignidad del niño. En J.L. González-Simancas y A. Polaino-Lorente; *Pedagogía hospitalaria. Actividad educativa en ambientes clínicos*, 5, 147-171. Ed. Narcea, Madrid, 215 p.
- Ferguson, B. (1979). Preparing your children for hospitalization: a comparison of two methods. *Pediatrics*, 64, 656-665.
- García Ramos, J.M. (1986). Validación de constructo en el ámbito pedagógico. *Revista Española de Pedagogía*, 174, 535-554.
- Goldberg, S; Morris, P.; Simmons, R.J.; Fowler, R.S. y Levison, H. (1990). Chronic illness in infancy and parenting stress: a comparison of three groups of parents. *Journal of Pediatric Psychology*, 15 (3), 347-358.
- Harman, H.H. (1980). *Análisis factorial moderno*. Ed. Saltrés, Madrid.
- Kaiser, H.F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39, 31-36.
- Kronemberger, W.G. y Thompson, R.J. (1990). Dimensions of family functioning in families with chronically ill children: a higher order factor analysis of the family environment scale. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19 (4), 380-388.
- Lewis, B.L. y Khaw, K.T. (1982). Family functioning as a mediating variable affecting psychosocial adjustment of children with cystic-fibrosis. *Journal of Pediatrics*, 101 (4), 636-640.
- Lizasoáin, O. y Polaino-Lorente, A. (1994). La importancia del clima familiar en la adaptación a la enfermedad infantil. Comunicación presentada al «Symposium Internacional Educación y Familia ¿Nuevos retos del Cambio Social?», Madrid. Libro de Comunicaciones al Congreso, 24.
- Ochoa, B.; Repáraz Ch. y Polaino-Lorente, A. (1996a). Estudio preliminar de la escala CILC de locus control (*Child Improvement Locus of Control scale*, de Devillis et al., 1985) en una muestra española de padres de niños hospitalizados. *Psicothema*, in press.
- Ochoa, B.; Repáraz Ch. y Polaino-Lorente, A. (1996b). Validación preliminar, en una muestra española de la escala P-MISS de satisfacción de los padres con la hospitalización de sus hijos. *Psicología y Salud*, in press.
- Peterson, L. y Shigetomi, C. (1981). One-year follow-up of elective surgery child patients receiving preoperative preparation. *Journal of Pediatric Psychology*, 7, 43-48.
- Polaino-Lorente, A y Lizasoáin, O. (1992). Estudio sobre el estrés y la satisfacción de los padres con la hospitalización infantil. *Acta Pediátrica*, 50 (6), 472-481.
- Polaino-Lorente, A. y Ochoa, B. (1992). Escala de Estrés de los Padres por la Hospitalización de sus Hijos. Instrumento en fase experimental.
- Tourón, J. (1989). La validación de constructo: su aplicación al CEED (Cuestionario para la Evaluación de la Eficacia Docente). *Bordon*, 41 (4), 735-756.
- Wolfer, J.A. y Visintainer, M.A. (1975). Pediatric surgical patients and parents stress responses and adjustment. *Nursing Research*, 24, 244-255.
- Zastowny, T.R.; Kirschbaum, D.S. y Meng, A.L. (1988). Training for children: effects on distress before, during and after hospitalization for surgery. *Health Psychology*, 5, 231.

# **ANEXO**

## **E.H.P./2 Cuadernillo para padres**

---

### **«Parental Stressor Scale» (PSS)**

**M.C. Carter y M.S. Miles (1982)**

---

Traducción y adaptación al castellano:  
Dr. D. Aquilino Polaino-Lorente y Dra. Belén Ochoa

Equipo de Investigación sobre Hospitalización Infantil

**Departamento de Psicopedagogía**  
Facultad de Filosofía y Letras  
Universidad de Navarra  
Pamplona, 1992

---

**Supervisión:** Dr. A. Polaino-Lorente y Dra. B. Ochoa. Este instrumento está en fase experimental y su utilización debe reservarse exclusivamente al Proyecto de Investigación sobre Hospitalización Infantil. Está terminantemente prohibido su uso, edición, fotocopia y reproducción parcial o total por cualquier otro procedimiento reprográfico.

---

## INSTRUCCIONES

Este cuestionario contiene algunos aspectos que seguramente usted habrá experimentado como consecuencia de la hospitalización de su hijo.

Marque en la hoja de respuestas el número que mejor exprese el impacto o grado de estrés, que le han causado los diversos aspectos y circunstancias que a continuación se citan. Cada una de las cuestiones tiene seis posibles respuestas (0, 1, 2, 3, 4 ó 5), cuyo significado se presenta en el siguiente recuadro:

<b>0</b> cuestión no experimentada	<b>1</b> no estresante	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b> extremadamente estresante
--	------------------------------	----------	----------	----------	--

**Por estresante entendemos aquella experiencia que le causa ansiedad, tensión, le inquieta y/o le trastorna.**

### Ejemplos:

- Si usted experimenta que un aspecto le pone **extremadamente** tenso, marque por favor, en la hoja de respuestas el número **5**.
- Si usted experimenta que una circunstancia **no le trastorna en absoluto**, marque, por favor, en la hoja de respuestas el número **1**.
- Entre ambos extremos podrá elegir los números **2, 3 o 4**, en función de cual sea su nivel de conformidad con cada una de las afirmaciones. Estas puntuaciones sirven para expresar grados de estrés intermedios.
- Recuerde que el **0** se reservará para aquellos sucesos o situaciones, que usted **no ha experimentado**.

Por favor, **lea despacio y responda a todas las cuestiones**. Recuerde que **no existen respuestas correctas ni erróneas**, sino distintos modos de percibir lo que nos rodea. Necesitamos su **opinión más sincera**, pues así podremos ayudarle más eficazmente. Sus **respuestas serán tratadas de forma reservada y confidencial**.

Cuando escoja una respuesta **no se deje influir por la contestación que ha dado a las cuestiones anteriores**. Es importante que responda con sinceridad, en función de cuál sea su **actual opinión** y no en función de cómo crea que debería ser.

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION**

**Cuestionario:**

**A) Siente usted estrés cuando observa que:**

1. El niño está hinchado.
2. El cambio de color del niño (pálido, amarillo, etc.).
3. El niño parece sentir siempre frío/calor.
4. El niño parece estar más delgado.

**B) En los tratamientos recibidos por el niño, siente usted estrés al ver:**

5. Las inyecciones.
6. Los tubos que le colocan.
7. Las curas.
8. Las agujas.
9. La auscultación y la toma de tensión.
10. Las contusiones, heridas y cortes.

**C) Cuando hablan con el personal sanitario de la clínica, le causa estrés:**

11. Las explicaciones demasiado rápidas.
12. El empleo de palabras que no entienden.
13. Dicen cosas contradictorias o confusas (para usted) respecto del niño.
14. No dicen qué es lo que realmente tiene su hijo.
15. Les dicen muy poco acerca del niño.

**D) Si perciben en el niño conductas y respuestas de tipo emocional como las que abajo se citan, ¿que grado de estrés siente?:**

16. Confusión.
17. Conducta rebelde y poco cooperativa.
18. Llora y se queja.
19. Constantemente está pidiendo algo.

- 20. Parece tener dolores.
- 21. Está muy cansado.
- 22. Muestra incapacidad para gritar o hablar.
- 23. Siente miedo
- 24. Muestra reacciones de ira.
- 25. Tristeza y depresión.

**E) Percibe usted estrés cuando el personal sanitario (médicos y enfermeras se comporta del siguiente modo:**

- 26. Le prestan poca atención, o al menos, menos de la que usted cree necesaria.
- 27. Les dicen muy pocas cosas acerca del niño.
- 28. Son muchos y diferentes los médicos y enfermeras que tratan al niño.
- 29. Nunca les dicen sus nombres, ni quienes son o, lo que hacen.
- 30. Manifiestan conductas que usted no considera respetuosas.

**F) ¿Le trastoran o le inquietan las siguientes circunstancias?:**

- 31. No puede cuidar de su hijo.
- 32. No puede visitarlo cuando quiere.
- 33. Dicen cosas contradictorias o confusas (para usted) respecto al niño.
- 34. No puede estar con él cuando llora para consolarle.
- 35. No puede tener ni coger al niño.
- 36. No sabe cómo ayudar a su hijo durante las crisis o empeoramientos.

**Usando la misma escala de puntuación:**

37. ¿Cuál es el impacto o grado general de estrés que le ha causado la hospitalización de su hijo?

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION**



### Hoja de respuestas

Recuerde usted que debe anotar sus contestaciones en esta hoja de respuestas, marcando el número que mejor exprese el impacto o grado de estrés que le han causado cada uno de los aspectos y circunstancias que se citan. Recuerde también que cada una de las cuestiones tiene seis posibles respuestas (0, 1, 2, 3, 4 ó 5), cuyo significado se presenta en el siguiente recuadro:

<b>0</b> cuestión no experimentada	<b>1</b> no estresante	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b> extremadamente estresante
--	------------------------------	----------	----------	----------	--

Por estresante entendemos aquella experiencia que le causa ansiedad, tensión, le inquieta y/o le trastorna.

Por favor, **lea despacio** las cuestiones y **responda a todas ellas**.

1	2	3	4

5	6	7	8

9	10	11	12

13	14	15	16

17	18	19	20

21	22	23	24

25	26	27	28

29	30	31	32

33	34	35	36

37

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION