ESTRES POR HOSPITALIZACION Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Jesus Rodriguez Marin

Sofia Lopez Roig

M^a Angeles Pastor Mira

*Departamento de Psicología de la Salud
Facultad de Medicina. Universidad de Alicante*

RESUMEN

Este trabajo estudia la realización entre el distrés percibido por la hospitalización y una serie de variables psicosociales y demográficas en pacientes quirúrgicos hospitalizados. Se utilizó la escala de Volicer para medir el distrés hospitalario y, a partir de los resultados, los grupos de alto y bajo distrés fueron comparados según el nivel de depresión y ansiedad referidos: el grupo de alto distrés obtuvo unas puntuaciones en los niveles de depresión y ansiedad referidos significativamente mayores que las obtenidas por el grupo de bajo distrés. Las variables más altamente predictoras del distrés de los pacientes hospitalarios incluyen la edad, el sexo, la duración de la estancia hospitalaria y el tipo de enfermedad, el apoyo social y el estilo de afrontamiento de evitación.

Los aspectos psicosociales del estrés se comparan con los índices de afrontamiento proporcionados por la escala de Billings y Moos. El grupo de bajo nivel de distrés hospitalario utilizó las estrategias de afrontamiento activo conductuales en mayor medida que el grupo de alto nivel. A su vez, el grupo de alto distrés hospitalario informó que utilizaba las estrategias de afrontamiento de evitación en un mayor grado que el grupo de bajo nivel. El grupo de afrontamiento evitativo obtuvo un nivel significativamente mayor de depresión y ansiedad que los otros grupos, y un nivel más bajo de apoyo social. El apoyo social percibido apareció como un buen predictor del nivel de distrés hospitalario.

Se sugiere un modelo explicativo de la relación entre los estresores, activación del estrés y respuestas de afrontamiento, para una mejor comprensión de los efectos estresantes de la hospitalización.

Los resultados concuerdan con los obtenidos en numerosos estudios sobre los efectos de la hospitalización, y señalan que no hay diferencias interculturales en este sentido.

ABSTRACT

This paper studies the relationship between hospital patients' distress and a number of psychosocial and demographic variables in surgical in-patients. Volicer's scale was used to measure hospital distress, and from the results, the high and low distress group were compared on the reported level of depression and anxiety: the high distress level group obtained significantly a greater level of depression and anxiety scores than the low distress group. The variables most highly predictive of hospital patients' distress includes age, sex, hospital stay duration and type of illness, social support and avoidant coping way.

Psychosocial aspects of stress are compared to indices of coping provided by the Billings and Moos' scale. The low level hospital distress group reported using active-behavioral coping ways more than the high level group. The high level hospital distress group reported using avoidance coping strategies to greater extent than the low level group. The avoidance coping group obtained a significant greater level of depression and anxiety than the other groups, but a significant lower level of social support. The social support appeared to be a very good predictor of level in hospital distress.

A model to explain the relationship between stressors, stress appraisal and coping responses is suggested in order to a better understanding of stressful effects of hospitalization.

The results agree with those obtained in a number of studies upon hospitalization effects, and suggest that there is no significant cross-cultural differences in this regard.

INTRODUCCIÓN

Los hospitales son organizaciones formales, rígidas y altamente estratificadas que, para lograr sus metas, utilizan mecanismos estructurales tales como una compleja división del trabajo, una elaborada jerarquía de autoridad, unos canales formales de comunicación y una serie de normas reguladoras. Esta estructura tiene consecuencias negativas, como la aparición de tensión personal tanto para los miembros del equipo como para los pacientes (VER STEEG & CROOG, 1979). En los últimos años se ha producido un notable incremento en el número de trabajos que enfatizan el modo en que las instituciones sociales y las organizaciones de todo tipo ejercen una influencia negativa sobre los individuos, como resultado de sus estructuras y de los continuos cambios que tienen lugar en ellas (PEARLIN & RABADUCH, 1976; KATZ & KAHN, 1978; PEARLIN, 1980, 1982). Parece obvio que tanto la enfermedad como la hospitalización imponen un cambio de vida dentro del sistema social, afectando al individuo hasta tal punto que, frecuentemente, debe asumir un nuevo rol y, al mismo tiempo, producen un impacto disruptivo en el resto de roles. Normalmente, estos acontecimientos son indeseados y no planificados, y tienen fuertes características estresantes. Por otro lado, la hospitalización supone el ingreso en una organización especial: una "burocracia profesionalizada", y ello implica para el paciente unas exigencias específicas.

RACHMAN & PHILIPS (1975) señalaron cinco posibles respuestas al acontecimiento de la hospitalización: ansiedad o miedo, aumento de la irritabilidad, falta de interés por el mundo exterior, infelicidad y preocupación por los procesos corporales. Debería añadirse la depresión, aunque algunos de sus síntomas reales ya han sido enunciados. Todas estas respuestas pueden ser consideradas como efectos estresantes de la hospitalización. Nos preguntamos, por tanto, acerca de qué rasgos de la misma permitirían explicar tales fenómenos y el modelo que sería válido para explicarlos.

Primero, el individuo que entra en el hospital está (o suele estar ya) enfermo y, de este modo, sus recursos de afrontamiento del estrés y de la enfermedad están reducidos. Así, con frecuencia, los pacientes, que ya ingresan ansiosos y/o deprimidos, como consecuencia de su propia condición de estar enfermos, se enfrentan con una perspectiva preocupante, con una total ignorancia acerca de su propio futuro, y sin olvidar el abandono del desempeño de sus roles. Si consideramos que existe una relación bien fundada entre estrés y enfermedad (ENGEL, 1962, 1968; COHEN, 1980), y entre ansiedad y/o depresión y enfermedad (LEVENTHAL, 1975), es fácil inferir el efecto de potenciación y retroalimentación del estrés que produce la hospitalización.

En segundo lugar, el procedimiento habitual del ingreso no alivia el estado emocional del paciente, sino que lo aumenta negativamente (FRANKLIN, 1974).

En tercer lugar, en el hospital y por el hospital, se anula cualquier identificador social del individuo. Los pacientes pierden su intimidad y se ven forzados a confiar en extraños. El individuo aprende cómo sus pensamientos y sentimientos no interesan en absoluto y, por otra parte, que sus necesidades se tendrían más en cuenta si se expresaran con demandas puramente físicas.

Se han realizado pocos estudios sistemáticos sobre la respuesta emocional que puede despertar la admisión en el hospital, pero son suficientes para demostrar que el ingreso y estancia en el mismo causan efectos negativos, tales como depresión, ansiedad y angustia, porque los pacientes valoran este ingreso y estancia como un suceso estresante (CARTWRIGHT, 1964; RAPHAEL, 1969; VOLICER & BOHANON, 1973; CARTWRIGHT & ANDERSON, 1981; WILSON-BARNERTT, 1976; WILSON-BARNERTT & CARRIGY, 1978; FAVA and cols., 1982; LINDEMAN, 1941; TAYLOR, 1979, 1985).

VOLICER y cols. han valorado directamente el distrés hospitalario (VOLICER, 1974; VOLICER & BOHANNON, 1975). Estos autores han diseñado una escala para evaluar el nivel de estrés psicosocial experimentado por los individuos de una sala médico-quirúrgica en un corto periodo de tiempo. En general, sus resultados ofrecen conclusiones semejantes, es decir: la hospitalización y los acontecimientos específicos intrahospitalarios relativos a la conducta del personal sanitario, tienen efectos estresantes sobre los pacientes.

Este trabajo ha investigado el distrés hospitalario en una población de pacientes quirúrgicos hospitalizados en Alicante, y su relación con estados emocionales negativos realmente asociados con el estrés. Pretende además mostrar cómo el proceso de valoración de los pacientes está influido por las respuestas de afrontamiento y el apoyo social, y

presenta un posible modelo explicativo de la interrelación entre los estresores, la valoración del estrés, y los recursos de afrontamiento y, por tanto, el distrés producido por la hospitalización.

METODO

Sujetos

Los datos se obtuvieron de una población de hombres y mujeres adultos, pacientes quirúrgicos de un hospital de Alicante, que presentaban una variedad de patologías. De la muestra se excluyeron a los participantes con patologías serias, aquellas que suponían un peligro para sus vidas; el investigador explicó el propósito y el procedimiento del estudio a todos los participantes, que completaron un paquete de cuestionarios. La muestra se estudió durante un año. Incluyó 63 sujetos con edades comprendidas entre los 26 y 70 años ($M=54,19$; $s.d=10,43$). El 58,73% eran mujeres y el 41,27% hombres. En cuanto al estado civil, el 78% estaban casados, el 13% solteros, el 8% eran viudos y el 1% separados/divorciados.

Medidas

Mediante la autoadministración de cuestionarios, se recogieron medidas acerca del distrés hospitalario percibido, respuestas de afrontamiento, depresión y ansiedad, y apoyo social.

Estrés hospitalario. Se utilizó una adaptación de la Hospital Stress Rating Scale (HRSR) de VOLICER & BOHANON (VOLICER, 1973; 1974 VOLICER & BOHANON, 1975; VOLICER et al., 1977) en la que los pacientes valoraban el grado de distrés vivido, contestando cada uno de los 49 ítems sobre una escala de 5 puntos.

Respuestas de afrontamiento. Se aplicó un cuestionario de 19 ítems contestados en una escala de 5 puntos, adaptado de BILLINGS & MOOS (1981). De acuerdo con estos autores, los ítems se clasificaron en tres categorías: afrontamiento cognitivo, afrontamiento conductual y evitación. También se incluyó un ítem sobre la valoración del apoyo social percibido. El apoyo social se cuantificó en una escala de cinco puntos en la que el cero indicaba que el paciente no percibía apoyo social, y cuatro indicaba que el apoyo social percibido era máximo.

Depresión y ansiedad. Los sujetos cumplieron el Beck Depression Inventory (BDI) (BECK, 1972) y la State Anxiety Subscale del State-trait Anxiety Inventory (STAI) de SPIELBERGER (SPIELBERGER et al., 1970).

RESULTADOS

Se presentan, primero, los datos descriptivos de las medidas de es-

TABLA 1.- MEDIAS, DESVIACIÓN ESTANDARD, PUNTUACIONES DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS.

VARIABLE	MEDIA	DES. ESTANDARD
SEXO (1=mujeres)	1.58	.49
EDAD (20 a 70)	54.19	10.43
ESTADO CIVIL	2.06	.50
(1=Solteros		
2=Casados		
3=Viudos		
4=Div./sep.)		
NIVEL EDUCATIVO	1.36	.77
(1=Primario		
2=Bachiller		
3= Diplo. Univ.		
4= Ldo. Univ.)		
INGRESOS	1.70	.64
(1= <50.000pts/mes		
2= 51.000-100.000		
3= 101.000-250.000		
4= >250.000 pts/mes)		
TRABAJO	2.06	1.32
(1=Ama de casa		
2=Obrero no esp.		
3=Obrero esp.		
4=Administrativos		
5= Profesionales)		
ESTANCIA EN HOSP.	2.22	.92
(1= <1 Semana		
2= 1-2 Semanas		
3= 2-3 Semanas		
4= >3 Semanas)		
GRAVEDAD PATOLOGÍA	2.07	.81
(1=Baja		
2=Media		
3=Alta)		

trés hospitalario así como los de las medidas de depresión y ansiedad, con un análisis correlacional que valoró sus relaciones con los factores sociodemográficos. A continuación, las puntuaciones de la estrategias de afrontamiento y apoyo social. Se consideran, después, las relaciones

entre el estrés hospitalario, el apoyo social y las formas de afrontamiento, en una serie de análisis de correlación. Además, se presenta un análisis más detallado de la contribución del apoyo social a la predicción de la ansiedad, depresión y estrés hospitalario, así como un estudio de las variables que nos explican más concretamente la percepción del apoyo social en este tipo de pacientes.

ESTRÉS HOSPITALARIO Y DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

Los resultados descriptivos del estrés por hospitalización se muestran en la tabla 2.

TABLA 2.- RELACIONES DE LOS RESULTADOS DE ESTRÉS CON LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS (N=63)

VARIABLE	MEDIA	DES. ESTANDARD	p ¹
SEXO			
Hombres	2.41	.74	
Mujeres	2.59	.65	
EDAD			
<50	2.76	.55	
50-60	2.36	.71	
>60	2.47	.74	*
ESTADO CIVIL			
Casados	2.47	.68	
No casados	2.68	.74	
INGRESOS			
<50.000	2.71	.60	
50.000-100.000	2.42	.70	*
101.000-250.000	2.14	.81	
EDUCACIÓN			
Estudios primarios	2.58	.67	
Bachiller (+)	2.25	.74	*
TRABAJO			
Amas de casa	2.58	.68	
Empleados	2.51	.74	
Otros	2.23	.58	
ESTANCIA EN HOSPITAL			
<1 Semana	2.45	.62	
1-3 Semanas	2.50	.68	
>3 Semanas	2.69	.75	
GRAVEDAD PATOLOGICA			
Baja	2.76	.55	
Media	2.35	.71	*
Alta	2.47	.74	

1) Basado en la prueba t y la prueba F;

* p<.05/ ** p<.01

La media de las puntuaciones y el grado de estrés producido por la hospitalización es de 2,51 (s. d. = .69) (ver tabla 3).

TABLA 3 - MEDIAS Y DESVIACIONES ESTÁNDAR DE ESTRÉS, DEPRESIÓN, ANSIEDAD, AFRONTAMIENTO Y APOYO SOCIAL.

VARIABLE	MEDIA	DES. ESTÁNDAR
ESTRÉS	2.52	.69
DEPRESIÓN	7.90	5.36
ANSIEDAD	34.78	10.70
AFRONTAMIENTO		
Evitación	2.43	.69
Act-Cognit.	1.90	.95
Act-Conduct.	1.12	.75
APOYO SOCIAL	2.86	1.23

De acuerdo con las puntuaciones obtenidas se seleccionaron dos grupos, uno de alto estrés hospitalario (puntuación >2,98), y otro de bajo estrés (puntuación <2,06). La media de las puntuaciones en el cuestionario de depresión fue de 7,90 (s.d. =5.35), la obtenida en la escala de ansiedad fue de 34,77 (s.d. =10.70) (ver tabla 2). Las diferencias debidas al sexo en el estrés por hospitalización y la depresión y ansiedad fueron muy pequeñas (se vió que los hombres referían más estrés, depresión y ansiedad que las mujeres, pero que las diferencias encontradas no eran significativas). En general, podemos decir que los pacientes percibieron el hospital como estresante: el 48% se clasificó en el grupo de alto estrés, y solamente el 17% lo hizo en el de bajo estrés. Se efectuó un análisis de varianza (ANOVA) con el fin de investigar si los individuos con altos niveles de distrés referían niveles más altos de ansiedad y depresión, y si había diferencias significativas entre ambos grupos en el apoyo social o en la forma de afrontamiento. Se encontraron diferencias significativas en todos estos factores excepto en el caso de afrontamiento conductual (ver tabla 4).

TABLA 4.- MEDIAS DE LOS GRUPOS DE DISTRÉS HOSPITALARIO Y VALORES F PARA DIFERENTES VARIABLES.

	Grupos de distrés hospitalario				F ¹	p
	Alto		Bajo			
	M	ds	M	ds		
DEPRESION	10.84	5.66	4.69	2.75	11.61	**
ANSIEDAD	46.35	9.19	23.84	3.99	66.15	***
AF. COGNITIVO	1.54	0.86	2.33	0.83	5.79	*
AF. CONDUCT.	0.88	0.70	1.33	0.62	3.10	—
EVITACIÓN	2.65	0.80	2.16	0.27	4.35	*
APOYO SOCIAL	2.14	1.51	3.53	0.66	9.39	**

1 GL=1.25.; * P<.05; ** P<.01; *** P<.001

Un análisis de las medias mostró que el grupo de alto nivel de distrés obtuvo con respecto al grupo de bajo distrés, un nivel significativamente más alto de depresión y ansiedad. Por otro lado, el grupo de bajo distrés presentó un nivel más alto de afrontamiento, y el grupo de alto distrés lo hizo con el afrontamiento evitativo. Finalmente, el grupo de bajo distrés obtuvo un nivel más alto de apoyo social.

AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS HOSPITALARIO

Las medias y desviaciones estándar de los índices de afrontamiento se presentan en la tabla 2. Los pacientes hospitalizados informaron mayoritariamente que utilizaban estrategias de afrontamiento de evitación (63,70%), y confiaron con menor frecuencia en estrategias activo-cognitivas (26,20%) y activo-comportamentales (10,10%). Cada sujeto valoró la estrategia que utilizaba para afrontar el estresor. Las estrategias activo-cognitiva y activo-comportamental fueron puntuadas moderadamente ($M=1,90$; $SD=.95$ y $M=1,12$; $SD=.75$, respectivamente). La estrategia de evitación recibió la valoración más alta ($M=2,43$; $SD=.68$).

Las diferencias de sexo en afrontamiento fueron muy pequeñas. Las pruebas T indicaron que no había diferencias entre hombres y mujeres (ver tabla 5).

No aparecieron diferencias consistentes en las pautas sexuales. Las respuestas de evitación se dieron más entre los sujetos de mayor edad y de menor nivel educativo. La estrategia activo-cognitiva fue más común entre personas con alto nivel educativo, con alto nivel de ingresos, y de aquellos sujetos con más alto estatus ocupacional; la estrategia activo-cognitiva de afrontamiento fue más característica de pacientes con una corta estancia hospitalaria. La forma activo-conductual fue más común entre pacientes con alto nivel educativo y el más alto estatus ocupacional. En conjunto, estos índices de afrontamiento mostraron sólo correlaciones modestas con la edad, y con los estatus marital y ocupacional. De hecho, las tres formas de afrontamiento sólo tuvieron correlaciones significativas con la edad; fueron negativas las correlaciones de las formas de afrontamiento cognitivo y conductual y positiva la de la estrategia de evitación. Finalmente, las correlaciones con el Estrés Hospitalario son moderadas (.35, -.21, .25; ver Tabla 8).

El análisis de varianza fue significativo en los grupos de estrés hospitalario respecto a las medidas de afrontamiento cognitivo, $F(.25) = 5.79$ ($p<.01$), y de evitación, $F(1.25) = 4.35$ ($p<0.1$). El grupo de bajo distrés hospitalario utilizó en mayor grado estrategias de afrontamiento conductual que el grupo de alto nivel de distrés. El grupo de alto distrés usó estrategias de afrontamiento de evitación en mayor medida que el grupo de bajo nivel.

Para comprobar las diferencias entre los grupos de afrontamiento

TABLA 5.- RELACIONES DEL AFRONTAMIENTO CON CARACTERÍSTICAS SOCIODEMO.

FORMAS DE AFRONTAMIENTO

	A-Cog			A-Conduc.			Evitación		
	M.	s.d.	P ¹	M.	s.d.	P ¹	M.	s.d.	P ¹
SEXO									
Hombres	1.85	1.02		1.14	.81		2.50	.65	
Mujeres	1.93	.91		1.10	.71		2.37	.71	
EDAD									
<50	2.19	.92		1.65	.95		2.25	.60	
50-60	1.87	.82		1.10	.42		2.27	.61	
>60	1.71	1.08		.72	.54	**	2.73	.74	*
ESTADO CIVIL									
Casados	1.95	.96		1.18	.71		2.40	.66	
No casados	1.71	.92		.86	.85		2.53	.78	
INGRESOS									
<50.000	1.66	1.02		.84	.55		2.59	.85	
50.000-100.000	1.97	.89		1.33	.83		2.31	.57	
101.000-250.000	2.1	.72		1.13		*	2.32	.20	
EDUCACION									
Estudios Primar.	1.77	.96		1.01	.65		2.46	.73	
Bachiller (+)	2.35	.69		1.47	.96	*	2.28	.48	
TRABAJO									
Ama de casa	1.84	.91		1.01	.67		2.39	.74	
Empleados	1.71	.97		1.15			2.54		
Otros	2.63	.80	*	1.45	.81		2.23	.58	
ESTAN. EN HOSP.									
<1 Semana	2.30	.85		1.25	.77		2.18	.39	
1-3 Semanas	1.89	.98		1.11	.64		2.48	.63	
>3 Semanas	1.14	.33	*	.91	.97		2.56	1.17	
GRAVEDAD PATOLÓGICA									
Baja	2.14	.84		1.04	.77		2.45	.78	
Media	1.86	1.14		1.13	.78		2.57	.62	
Alta	1.75	.83		1.16	.72		2.26	.66	

1) Basado en la prueba t y el la prueba F.

* $p < .05$ ** $p < .01$

respecto a la depresión, ansiedad, estrés y apoyo social se realizaron otras series de análisis de varianza unidireccionales, utilizando estas cuatro medidas como variables dependientes (Tabla 6).

Se encontraron diferencias significativas entre los grupos de afrontamiento con respecto a la depresión, ansiedad y apoyo social ($F(2.72)$ 6.65, $p < .001$; 2.62, $p < .01$ y 5.93, $p < .001$ respectivamente). El grupo de afrontamiento por evitación obtuvo un nivel significativamente más alto de depresión y ansiedad, pero otro más bajo de apoyo social (ver Tabla 6).

TABLA 6.- MEDIAS DE LOS GRUPOS DE AFRONTAMIENTO Y VALORES F PARA DIFERENTES VARIABLES.

	Grupos de afrontamiento								F ¹	P
	A. Cog		A. Cond.		Evit.					
	M	d s	M	d s	M	d s				
DEPRESIÓN	3.84	2.47	4.71	2.87	8.09	5.99	6.65	**		
ANSIEDAD	31.61	10.09	32.42	9.18	37.28	10.65	2.62	*		
ESTRÉS HOSP.	2.28	0.72	2.52	0.52	2.57	0.70	1.31	—		
APOYO SOCIAL	3.73	0.53	3.14	1.06	2.78	1.33	5.93	**		

gl = 2,72; * p<.05; ** p<.01; *** p<.001

Finalmente se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos de apoyo social con respecto a la depresión, ansiedad y estrés (ver Tabla 7).

TABLA 7.- MEDIAS DE LOS GRUPOS DE APOYO SOCIAL Y VALORES F PARA DIFERENTES VARIABLES.

	Grupos de apoyo social				F ¹	P
	Bajo		Alto			
	M	ds	M	ds		
DEPRESIÓN	16.09	4.18	3.53	1.98	155.93	***
ANSIEDAD	44.36	9.96	32.50	11.99	8.29	**
ESTRÉS	3.11	0.38	2.24	0.73	13.64	***

gl = 1,35; ** p<.001; *** p<.0001.

El grupo de bajo apoyo social obtuvo un nivel significativamente más alto de depresión (M = 16.09), ansiedad (M = 44.36) y distrés (M = 3.11) en comparación al grupo de alto apoyo social (M = 3.53, 32.50 y 2.24 respectivamente).

Las relaciones entre las variables sociodemográficas, el estrés hospitalario, las variables de afrontamiento y las reacciones emocionales se muestran en la Tabla 8.

Aparecieron correlaciones significativas entre la edad y la depresión (r=.32), afrontamiento cognitivo (-.26), afrontamiento conductual (-.43), y evitación (.33). También se dieron entre depresión y ansiedad (.41), estrés (.46), afrontamiento cognitivo (-.73), conductual (-.31) y de evitación (.36); entre ansiedad y estrés (.68), afrontamiento cognitivo (-.33) y de evitación (8.39); finalmente también hubo correlaciones significativas

entre estrés y afrontamiento cognitivo (-.36), conductual (-.22) y de evitación (.25). El uso de formas de afrontamiento más activas (cognitivas y conductuales) y focalizadas en el problema se asoció con altos niveles de estrés hospitalario, ansiedad y depresión (correlaciones negativas). Lógicamente, la correlación entre el afrontamiento de evitación y las mismas variables fue positiva. Esta forma pasiva de afrontamiento estuvo más estrechamente relacionada con el estrés y el estado de ánimo negativo (expresado en las puntuaciones de ansiedad y depresión).

RELACIONES ENTRE ESTRÉS HOSPITALARIO, AFRONTAMIENTO Y APOYO SOCIAL

La Tabla 8 muestra las relaciones de las variables de afrontamiento y apoyo social con las medidas de estrés hospitalario, ansiedad y depresión. El primer análisis de regresión realizado utilizando el estrés como variable predictora y la ansiedad y depresión como variables dependientes, produjo una ecuación de regresión significativa en ambos casos (ver Tabla 9).

TABLA 9.- REGRESIÓN DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN SOBRE ESTRÉS POR HOSPITALIZACIÓN.

PREDICTORES	COEFICIENTES DE REGRESIÓN ^a	
	VARIABLES	DEPENDIENTES
	ANSIEDAD	DEPRESIÓN
ESTRÉS HOSPITALARIO	10.53 (1.43)***	3.58 (.87)***
CONSTANTE	8.27	-1.11
ERROR EST. ESTIMADO	7.87	4.78
R ²	.46	.21
R MÚLTIPLE	.68	.46

^a Error estándar entre paréntesis; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

En el siguiente análisis de regresión se utilizaron las estrategias de afrontamiento y el apoyo social como variables predictoras y el estrés hospitalario, la ansiedad y la depresión como variables dependientes (ver Tabla 10); este segundo análisis dió una ecuación de regresión significativa respecto al estrés, la depresión y la ansiedad, pero el apoyo social apareció como el predictor más significativo.

TABLA 10.- REGRESION DE ESTRES HOSPITALARIO, ANSIEDAD Y DEPRESION SOBRE LAS FORMAS DE AFRONTAMIENTO Y EL APOYO SOCIAL. (a)

PREDICTORES	VARIABLES DEPENDIENTES		
	ESTRES HOSP.	ANSIEDAD	DEPRESION
EVITACION	.06 (.13)	4.14 (2.05)*	-.23 (.55)
ACTIV. COGNIT.	-.04 (.12)	-.74 (1.88)	-1.46 (.51)*
ACTIV. CONDUC.	-.08 (.11)	-.67 (1.77)	-.48 (.48)
APOYO SOCIAL	-.20 (.009)*	-1.81 (1.42)	-2.91 (.38)***
CONSTANTE	3.09	32.07	20.10
ERROR EST. EST.	.64	9.83	2.65
R ²	.21	.21	.77
MULTIPLE R	.46	.46	.88

(a) Error estandard entre paréntesis; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Las ecuaciones de regresión también revelaron que las formas de afrontamiento se relacionaron con mayor fiabilidad la depresión y la ansiedad que estrés. En general, los niveles más altos de estrategias de afrontamiento se asociaron con los niveles más bajos de estrés hospitalario. La estrategia conductual no fue un predictor fiable del estrés hospitalario, pero las dos restantes, afrontamiento cognitivo y de evitación, se asociaron con niveles significativos de estrés producido por la hospitalización.

APOYO SOCIAL

El análisis de las relaciones de la variable Apoyo Social percibido (AS) mostró un grupo significativo de correlaciones negativas de est-variable con la edad, el estado marital, nivel de ingresos, depresión, ansiedad, estrés, duración de la estancia hospitalaria y estrategia de afrontamiento de evitación, presentando únicamente relaciones positivas con los restantes estilos de afrontamiento estudiados: el activo conductual y el activo cognitivo.

De este modo, aquellos pacientes que perciben menos apoyo social son los más viejos (-.30), los no casados (-.25) y los que tienen menores ingresos económicos (.33), así como los que refieren mayor depresión (-.85), ansiedad (-.37) y estrés (-.44) y los que presentan una mayor duración de su estancia hospitalaria (-.52). Respecto al tipo de afrontamiento, es la estrategia conductual la que se relaciona con mayor significación con el más alto apoyo social (.69), seguida de la estrategia cognitiva (.27). Además, aquellos sujetos que utilizan con más alto grado la estrategia de evitación, son también los que refieren menor apoyo social (-.38) (ver tabla 8).

Se han realizado una serie de análisis de regresión múltiple, por una parte, para ver la medida en que las distintas variables predicen significativamente la percepción del apoyo social; por otra, para comprobar los efectos de éste factor junto con otros, sobre el estrés hospitalario, la ansiedad y la depresión.

En una primera etapa se seleccionaron grupos de variables predictoras según un criterio lógico (variables demográficas, de estrés, de afrontamiento, etc.). En una segunda fase, se realizaron predicciones basadas en la intensidad de la correlación de las variables predictoras con el apoyo social.

Según el primer criterio y mediante análisis de regresión por pasos: sólo el afrontamiento conductual predice significativamente la percepción del apoyo social (47%). Los otros tipos de afrontamiento no explican ninguna cantidad significativa de la varianza de esta variable (ver Tabla 11).

La regresión de AS sobre las variables depresión, ansiedad, y estrés, y sobre éstas mismas variables junto con la estancia, sólo presenta a la depresión como un predictor altamente significativo en sentido negativo. Esta variable explica un 73% de la varianza en el apoyo social. Sin embargo, eliminando la depresión de este bloque de variables predictoras, la estancia y el estrés son capaces de predecir un 41%, dejando la ansiedad fuera de la ecuación (ver Tabla 11). La ecuación de regresión sobre variables demográficas (ingresos, estado marital y edad), es significativa para las dos primeras variables, dejando la edad fuera de dicha ecuación. Sin embargo, ambas explican sólo un 17% de la varianza del apoyo social. Además, cuando se incluye la duración de la estancia-hospitalaria, esta variable junto con el estado marital predicen de forma fiable un 35% de la varianza del AS, quedando fuera de la ecuación la edad y el nivel de ingresos (ver Tabla 11).

Los análisis efectuados de acuerdo con el segundo criterio, muestran que:

El estado marital y el afrontamiento cognitivo explican significativamente un 15% de varianza del AS. El afrontamiento por evitación y la ansiedad, ambos en sentido negativo, y el nivel de ingresos, explican un 25% de la varianza en AS.

La depresión, en sentido negativo, sigue siendo el predictor más fuerte del AS, sin que otras variables introduzcan cambios significativos. Sin embargo, considerando únicamente la estancia, el estrés y el afrontamiento de evitación, éste bloque de variables predice significativamente un 58% de la varianza del AS. Por su parte, el afrontamiento conductual, explica un 13% del AS (ver Tablas 12 y 13).

Por otro lado, otra serie de análisis de regresión múltiple del estrés sobre AS y otras variables, indican que el apoyo social, en sentido negativo, presenta una ecuación de regresión significativa que explica un 19% de la varianza del estrés hospitalario y deja fuera de la ecuación a las variables demográficas, por un lado (edad, estado marital, ingresos y estancia), y, por otro, a las formas de afrontamiento. La ansiedad y el apoyo social, son capaces de explicar un 51% de la varianza de estrés, aunque el AS introduce únicamente un cambio del 4% en la varianza explicada, no incluyendo a la depresión en la ecuación.

Por otro lado, el 80% de la varianza en la variable depresión es explicada muy significativamente por el AS, el afrontamiento conductual, y el nivel de ingresos, todas éstas en sentido negativo, además de la duración de la estancia hospitalaria; aunque, como se ha mencionado más arriba, el apoyo social lleva el peso de este bloque, prediciendo un 73% de la varianza en depresión (ver Tabla 14). De igual forma, el apoyo social, en sentido negativo, junto con el afrontamiento de evitación, explica un 21% de la varianza de ansiedad. Por su parte el estrés predice un 47% de la ansiedad, sin incluir a la variable depresión en la ecuación (ver Tabla 14).

DISCUSION

Este trabajo se diseñó para describir el estrés y las estrategias de afrontamiento implicadas en la hospitalización, y para estudiar las relaciones predictivas entre ambos, así como para ofrecer un modelo de afrontamiento del estrés en la investigación hospitalaria.

Los resultados han mostrado que el nivel percibido de distrés hospitalario fue el mejor predictor del grado de depresión y ansiedad, y que tiene una fuerte relación con el apoyo social. La depresión, por sí sola, apareció como la variable con mayor poder predictivo del apoyo social percibido, aunque también jugó un importante papel la duración de la estancia, el nivel de estrés, y la utilización de estrategias de afrontamiento evitativas, así como la edad de los sujetos. De aquí se desprende claramente la necesidad de considerar estas variables para la mejora del ajuste a la situación temporal de la hospitalización. Los hallazgos proporcionan evidencia de que la hospitalización como estresor autopercibido está relacionada significativamente con algunas características demográficas. La valoración de la hospitalización como estresor depen-

TABLA 11.- REGRESIÓN POR PASOS DE "APOYO SOCIAL" SOBRE DISTINTOS BLOQUES DE PREDICTORES. Criterio 1.

PREDICTORES	R ²	Cambio en R ²	F	gl	P	C.Reg	(EE)
A.Conductual	.47	.47	55.102	1,61	***	.89	(.12)
A.de Evitación					ns		
A.Cognitivo					ns		
Depresión	.73	.73	164.766	1,61	***	-.20	(.015)
Ansiedad					ns		
Estrés					ns		
Estancia					ns		
Estancia	.28	.28	22.588	1,61	***	-.63	(.13)
Estrés	.41	.13	14.169	1,60	***	-.66	(.18)
Ansiedad					ns		
Ingresos	.11	.11	4.939	1,61	*	.52	(.23)
E. Marital	.17	.06	4.533	1,60	*	.78	(.37)
Edad					ns		
Estancia	.28	.28	23.063	1,61	***	-.67	(.14)
E. Marital	.35	.07	7.279	1,60	***	.85	(.31)
Edad					ns		
Ingresos					ns		

* p<.05 ** p<.01 *** p<.001; gl = grados de libertad;

C. Rge. = Coeficiente de Regresión; EE = Error Estándar

TABLA 12.- REGRESIÓN POR PASOS DE "APOYO SOCIAL" SOBRE DISTINTOS BLOQUES DE PREDICTORES. Criterio 2.

PREDICTORES	Cambio		F	gl	P	C.Reg	(EE)
	R ²	en R ²					
Marital	.11	.11	5.63	1,61	*	.87	(.36)
A. Cognitivo	.15	.04	3.175	1,60	*	.35	(.20)
A. de Evitación	.15	.15	4.243	1,61	*	-.45	(.22)
Ingresos	.22	.07	4.144	1,60	*	.46	(.22)
Ansiedad	.25	.03	3.018		ns	-.025	(.01)
Edad					ns		
Depresión	.73	.73	164.766	1,61	***	-.20	(.015)
Estancia					ns		
A. Conductual					ns		
Estrés					ns		
A. Conductual	.47	.47	23.295	1,61	***	.62	(.13)
Estancia	.53	.06	8.765	1,60	**	-.37	(.13)
Estrés	.58	.05	6.465	1,59	*	-.41	(.16)

* = $p < .05$ ** = $p < .01$ *** = $p < .001$

gl = grados de libertad; C. Reg. = Coeficiente de Regresión; EE= Error Estándar

TABLA 13.- REGRESIÓN POR PASOS DE "ESTRÉS" SOBRE DISTINTOS BLOQUES DE PREDICTORES.

PREDICTORES	R ²	Cambio en R ²	F	gl	P	C. Rge.	(EE)
Apoyo social	.19	.19	14.687	1,61	***	-.25	(.065)
Edad					ns		
E. Marital					ns		
Ingresos					ns		
Estancia					ns		
Apoyo social	.19	.19	14.687	1,61	***	-.25	(.065)
A. de evitación					ns		
A. Cognitivo					ns		
A. Conductual					ns		
Ansiedad	.47	.47	38.449	1,61	***	.044	(.006)
Apoyo social	.51	.04	5.048	1,60	*	.039	(.006)
Depresión					ns		

* = $p < .05$ ** = $p < .01$ *** = $p < .001$

gl = grados de libertad; C. Reg. = Coeficiente de Regresión; EE = Error Estándar

TABLA 14.- REGRESIÓN POR PASOS DE "ANSIEDAD Y DEPRESIÓN" SOBRE DISTINTOS BLOQUES DE PREDICTORES.

PREDICTORES	R ²	Cambio en R ²	F	gl	P	C. Reg.	(EE)
ANSIEDAD							
A. de Evitación	.15	.15	10.752	1,61	***	6.01	(1.83)
Apoyo Social	.21	.06	4.295	1,60	**	-2.24	(1.08)
A. Conductual					ns		
<hr/>							
Estrés	.47	.47	53.552	1,61	***	10.53	(1.44)
Depresión					ns		
<hr/>							
DEPRESIÓN							
Apoyo Social	.73	.73	42.977	1,61	***	-2.51	(.38)
A. Conductual	.77	.04	8.380	1,60	**	-1.34	(.46)
Ingresos	.79	.02	4.566	1,59	*	-1.13	(.53)
Estancia	.80	.01	3.627	1,58	*	.78	(.41)
Ansiedad					ns		
Estrés					ns		

* = $p < .05$ ** = $p < .01$ *** = $p < .001$

gl = grados de libertad; C. Reg. = Coeficiente de Regresión; EE = Error Estándar

de del sexo y de la edad, así como de diferentes aspectos de la propia hospitalización y de los recursos propios de los pacientes. Finalmente, se encontraron diferencias significativas en las medidas de afrontamiento entre los grupos de distrés hospitalario, indicando que el grupo de alto distrés presenta una mayor evitación.

Parece, por tanto, que la hospitalización es un acontecimiento estresante para la población española, del mismo modo que en otros países, y creemos que se podría mejorar la comprensión de sus efectos negativos en las diferentes poblaciones si existiese un modelo general para explicar la relación entre los estresores potenciales (en este caso la hospitalización), la valoración del estrés y las respuestas de afrontamiento, que se utilizase para explicar el distrés hospitalario.

El modelo al que yo me refiero aquí ha sido diseñado desde la perspectiva de la Teoría General de Sistemas, recientemente empleado para el estudio de los procesos de estrés, afrontamiento y socialización (FREEMAN, 1974; MILLER, 1977). La estructura básica de este modelo fue construida por CERVANTES & CASTRO (1985), y está de acuerdo con el modelo tradicional de LAZARUS (LAZARUS, 1966) en el que el estrés psicológico se considera como un producto de la forma en la que cada individuo valora y construye una relación con su entorno. De acuerdo con CERVANTES & CASTRO (1985), la incorporación de mediadores identificados, en la investigación relacionada con el estrés, tales como el apoyo social, los recursos internos, la valoración del estrés y las respuestas de afrontamiento ha creado un paradigma más sensible a las diferencias individuales y de grupo. El modelo consta de siete componentes interactivos que operan en una secuencia temporal, como muestra la figura 1. El estresor es cualquier elemento en la experiencia del individuo que conduce a niveles más altos de reacciones psicológicas y/o fisiobioquímicas de estrés (MANDERSCHIED, 1981, 246); y un recurso es un elemento bien heredado, o bien de la experiencia del individuo que reduce o bloquea las reacciones psicológicas y/o fisiobioquímicas al estrés (LAZARUS, 1966; SELYE, 1956; MANDERSCHIED, 1981). Los estresores y los recursos actúan a niveles individuales, es decir, aquellos que afectan a un sujeto, pueden no hacerlo en otro.

Este modelo intenta tomar en consideración un rango posible de estresores y recursos ofertando un sistema clasificatorio basado en niveles culturales, estructurales, sociales, psicológicas y físicas. Las "variables culturales se refieren a las normas generales, valores, creencias y símbolos que se transmiten de generación en generación a través de los procesos de socialización; las variables estructurales afectan al patrón de roles que comprenden la organización social de un sistema social; las variables sociales se refieren a la interacción social real y al ambiente social interactivo circundante; las variables psicológicas aluden a

FIGURA 1: Modelo de estrés-afrontamiento

estados cognitivos y afectivos propios del individuo; y finalmente, las variables físicas hacen referencia al ambiente físico actual y a las características corporales de los individuos" (MANDERSCHIED, 1981) (247). De acuerdo con el modelo, el distrés resultante de la hospitalización considera, en primer lugar, la hospitalización como una fuente de estrés, los recursos individuales de los pacientes, las posibles respuestas de afrontamiento y los efectos a corto y largo plazo. La hospitalización es:

a) un estresor cultural; existe una subcultura hospitalaria: el paciente debe aceptar nuevas normas, valores y símbolos, que frecuentemente son inconsistentes con él mismo (MARDIROS, 1984);

b) un estresor estructural, porque el rol de paciente entraña elementos que presionan fuertemente sobre la identidad psicosocial del individuo (LORBER, 1975; TAYLOR, 1979);

c) un estresor social, dado que las interacciones sociales en un hospital pueden llegar a ser una real e importante fuente de estrés (DE MIGUEL, 1985; BLANCO, 1986);

d) un estresor psicológico, porque puede introducir factores estresantes, desde fenómenos de disonancia entre dos o más fenómenos cognitivos a situaciones de dependencia o situaciones consideradas infantiles (WILSON-BARNETT & CARRIGY, 1978; WILSON-BARNETT, 1979; RODRIGUEZ, 1985);

e) es, finalmente, un estresor físico debido a que la mayoría de las percepciones físicas del hospital (olores, ruidos, etc.) y el propio entorno físico del mismo, pueden causar emociones negativas en la mayoría de los pacientes (TRITES et al., 1970; KRASNER, 1980).

BIBLIOGRAFIA

BECK, A.T. (1972): *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

BLANCO, A. (1986): El estrés ambiental, en JIMENEZ BURILLO, F. & ARAGONES, J.I.: *Introducción a la psicología ambiental*, Madrid: Alianza, 229-249.

BILLINGS, A.G. & MOOS, R.H. (1981): The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *J. of Behavioral Med.*, 4: 139-157.

CARTWRIGHT, A. (1964): *Human Relations and Hospital Care*, London: Routledge & Kegan Paul.

CARTWRIGHT, A & ANDERSON, R. (1981): *General Practice Revisited*, London: Tavistock.

CERVANTES, R. (1984): *The Oklahoma personal style inventory: A measure of construct validation*. Unpublished doctoral thesis. Oklahoma state University.

CERVANTES, R. & CASTRO, F. (1985): Stress, Coping and Mexican American Mental Health: A systematic Review. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 7: 1-73.

COE, R.M. (1970): *Sociology of Medicine*, New York: McGraw Hill, Inc.

COHEN, F. (1980): Personality, Stress and the Development of Physical Illness. In G.C. STONE, F. COHEN, N.E. ADLER and ass. *Health Psychology*, San Francisco: Jossey Bass Pub. 77-112.

- DE MIGUEL, J.M. (1985): *La sanidad pública del futuro*, Barcelona: Ariel.
- ENGEL, G.L. (1962): *Psychological Development in Health and Disease*. Philadelphia: Saunders.
- ENGEL, G.L. (1968): A life Setting Conducive to Illness: The Giving Up-Given Up Complex. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 32: 355-365.
- FLEMING, R.; BAUM, A. & SINGER, J.E. (1984): Toward an integrative approach to the study of stress. *J. of Personality and Social Psychology*. 46(4), 939-949.
- FLENKLIN, B.L. (1974): *Patient Anxiety on Admission to Hospital*, London: Rcn Study of Nursing Care Project.
- HOLMES, T.H. & RAHE, R.H. (1967): The Social Readjustment Rating Scale. *J. of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- KATZ, D. & KAHN, R.L. (1978): *The Social Psychology of Organizations*, New York: Wiley.
- KRASNER, L. (1980): *Environmental Design and Human behavior*, New York: Pergamon Press.
- LAZARUS, R.S. (1966): *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.
- LEVENTHAL, R.S. (1975): The Consequences of depersonalization during illness and treatment. In J. HOWARD & A. STRAUSS (eds.), *Humanizing Health Care*, New York: Wiley.
- LINDEMANN, E. (1941): Observations on Psychiatric sequelae to surgical operations in women. *American Journal of Psychiatry*, 98, 132-137.
- LORBER, J. (1975): Good patients and problem patients: Conformity and deviance in a general Hospital. *J. of Health and Social Behavior*, 16: 213-225.
- MANDERSCHIED, R.W. (1981): Stress and coping: A biopsychosocial perspective on alienation, *General Systems*, 26, 245-252.
- MARDIROS, M. (1984): A view toward hospitalization: the mexican-american experience. *J. of Advanced Nursing*, 9: 469-478.
- MILLER, M. (1977): The effects of electromyographic feedback and progressive relaxation training on stress reactions in dental patients. *Dissertation Abstracts International*. 37, 6340 B.
- MILLMAN, M. (1977): *The Unkindest cut*. New York: Morrow Quill.
- PARSONS, T. (1951): *The Social System*, Illinois: Glencoe Free Press.
- PEARLIN, L.I. (1982): The life cycle and life strains. In H.M. BLALOCK (Ed.), *Sociological Theory and research: A critical approach*, New York: Free Press, 367-379.
- PEARLIN, L.I. (1982): The social context of stress. In L. GOLDBERGER and Sh. BREZNITZ (Ed.), *Handbook of stress*, New York: Free Press, 367-379.
- PEARLIN, L.I. & RABADUCH, C. (1976): Economic strains and the coping functions of alcohol. *American J. of Sociology*, 85, 652-663.
- PEARLIN, L.I. & SCHOOLER, C. (1978): The Structure of coping. *J. of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.-
- RACHMAN, S.J. & PHILIPS, C. (1975): *Psychology and Medicine*, London: Temple Smith.
- RODRIGUEZ, J. (1986): El impacto psicológico de la hospitalización, *Análisis y Modificación de Conducta*, 33, 421-440.
- ROBINSON, L. (1972): *Psychological Aspects of the Care of Hospitalised Patients*, Philadelphia: Davis.
- SELYE, H. (1956): *The stress of Life*, New York: McGraw-Hill.
- SPIELBERGER, C.D., GORSUCH, R.L. & LUSHENE, R. (1970): *State-Trait Anxiety Inventory*, Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- TAYLOR, S.E. (1979): Hospital patients behavior: Reactance, helplessness, or control?. *J. of Social Issues*, 35, 156-184.
- TAYLOR, S.E. (1985): *Psychology of Health*. New York: Random House.
- TRITES, D.K.; GALBRAITH, F.D.; STURDEVANT, M. y LECKWAY, J.F. (1970): Influence of nursing-unit on the activities and subjective feelings of nursery personnel. *Environment and Behavior*, 2, 303-334.

- VER SEEG, D.F. and GROOG, S.H. (1979): Hospitals and Related Health Care Delivery Settings, in H.B. FREEMAN, S. LEVINE & L.G. REEDER (Eds.), *Handbook of Medical Sociology*, 2nd ed. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- VOLICER, B.J. (1974): Patient' perceptions of stresful events associated with hospitalization. *Nursing Research*, 23 (3), 235-238.
- VOLICER, B.J. & BOHANNON, M.W. (1973): Perceived stress levels of events associated with the expeerience of hospitalization, *Nursing Research*, 32 (6), 491-497.
- VOLICER, B.J. & BOHANNON, M.W. (1975): A hospital stress rating scale. *Nursing Research*, 24 (5), 352-359.
- VOLICER, B.J.; ISENBERG, M.A. & BURNS, M.W. (1977): Medical-Surgical differences in hospital stress factors. *J. of Human Stress*, 3 (2), 3-13.
- WILSON-BARNETT, J. (1976): Patients' emotional reactions to hospitalization: an exploratory study. *J. of Advanced Nursing*, 1, 351-358.
- WILSON-BARNETT, J. (1979): *Stress in Hospital*, Edinburgh, London, and New York: Churchill Livingstone.
- WILSON-BARNETT, J. & CARRIGY, A. (1978): Factors affecting patients' responses to hospitalization. *J. of Advanced Nursing*, 3 (3), 221-223.