

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y
TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS DE LA CIRUGÍA
PEDIÁTRICA AMBULATORIA EN EL PACIENTE Y SU
FAMILIA

INMACULADA MONTOYA CASTILLA

UNIVERSITAT DE VALENCIA
Servei de Publicacions
2002

Aquesta Tesi Doctoral va ser presentada a València el dia 23 de
Septembre de 2002 davant un tribunal format per:

- Dra. Dña. Maria Victoria del Barrio Gandara
- Dra. Dña. Pilar Bareto Martín
- Dr. D. Francisco Javier Méndez Carrillo
- Dr. D. Cristóbal Zaragoza Fernández
- Dra. Dña. Gemma Benavides Gil

Va ser dirigida per:
Prof. Dra Remedios González Barrón

©Copyright: Servei de Publicacions
Inmaculada Montoya Castilla

Depòsit legal:

I.S.B.N.:84-370-5630-6

Edita: Universitat de València
Servei de Publicacions
C/ Artes Gráficas, 13 bajo
46010 València
Spain
Telèfon: 963864115

AGRADECIMIENTOS

Quiero dedicar unas palabras a las personas que han contribuido, de alguna forma, no sólo a que el presente trabajo haya concluido de forma satisfactoria para mí, sino también y, especialmente, que me han apoyado y animado a continuar y que han compartido conmigo fragmentos de su vida, muy valiosos para mí.

Quisiera agradecer, en primer lugar, a mi directora, la profesora Remedios González su ayuda y supervisión en la investigación durante los últimos años y, con mucho cariño, la relación afectiva que sustenta esa ayuda y le da calidez a nuestro trabajo diario.

Agradecer al Jefe de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, Cristóbal Zaragoza, su cariño mostrado todo este tiempo y su ayuda en todos los aspectos referentes a la investigación. Desde el primer día me hiciste sentir como si formara parte de tu equipo de trabajo. Gracias.

Gracias también a M^a Ángeles Vila por facilitarme mi entrada en la Unidad. Hemos compartido muchos momentos y espero que sigamos compartiéndolos.

Quiero manifestar mi más sincero agradecimiento a las familias que han participado en la investigación. Padres y niños que han colaborado gustosamente y que me han permitido acercarme a ellos, compartiendo entre todos durante unos meses una parte de nuestro camino.

Todo mi cariño para las que siempre serán, para mí, mis compañeras de trabajo y con las que me alegro de seguir compartiendo experiencias. Me siento tan cerca de vosotras como cuando compartíamos despacho y café todos los días y eso me hace sentirme afortunada.

Gracias a mi amiga Amparo, por ser eso una amiga, con todo lo que eso implica, por compartir su vida conmigo, por su consuelo en los momentos de necesidad, por su risa, por su apoyo incondicional, por nuestros viajes, por ser ella.

Hay muchas personas que vienen a mi cabeza en este momento y que siento que a su manera han contribuido durante estos años, sobre todo, en su apoyo incondicional y su confianza en mí. Todos ellas están presentes para mí.

Gracias a mis padres, por vivir el día a día conmigo unidos en familia, compartiendo nuestras experiencias. Gracias por vuestro apoyo, comprensión y respeto hacia mi trabajo. A vosotros va dedicado este trabajo que es algo importante para mí y que poder compartirlo con vosotros dos lo hace mucho más importante.

Finalmente, me reservo un apartado especial para la persona con quien comparto mi vida. Gracias, Juan Carlos, por tu colaboración durante todo el proceso de la tesis doctoral, la siento como nuestra.. Por todo el amor que me das, por estar siempre a mi lado, por ser mi apoyo cuando yo no tenía fuerzas para seguir adelante, por soportar mi largo periodo de reclusión, por hacer mi vida más alegre. Gracias por hacerme sentir que compartimos algo especial y que, en este momento, ya somos una familia.

La presente investigación ha sido realizada durante el disfrute de una beca de Formación de Personal Investigador de la Consellería de Educación y Ciencia, en el marco del Proyecto PETRI “El ludomóvil y el juguete en el medio hospitalario: adecuación de su diseño a las clínicas infantiles (exigencias hospitalarias)” (PETRI:95-0209-OP).

A mis seres queridos

*Y una mujer que estrechaba una criatura contra su seno
dijo: Háblanos de los hijos. Y él dijo:*

*Vuestros hijos no son vuestros hijos. Son los hijos y las hijas
del anhelo de la vida misma por perpetuarse.*

*Llegan por medio de vosotros, pero no de vosotros, y,
aunque están con vosotros, no os pertenecen.*

*Les podéis dar vuestro amor, pero no vuestros
pensamientos, porque ellos tienen los suyos.*

*Podéis acoger sus cuerpos, pero no sus almas, porque sus
almas moran en la casa del mañana, que no podéis
visitar ni siquiera en sueños.*

*Podéis esforzaros por ser como ellos, pero no tratéis de
hacerlos como vosotros.*

Porque la vida no retrocede, ni se detiene en el ayer.

*Sois el arco por el cual vuestros hijos son disparados, como
fechas vivientes.*

*El Arquero ve la diana en el camino del infinito, y con su
fuerza os doblega para que vuestras flechas vayan
raudas y lejanas.*

*Dejad que vuestra tensión en las manos del Arquero sea
una alegría; pues de igual manera ama Él la flecha
que vuela, como ama también el arco que se tensa.*

KHALIL GIBRAN
El profeta
("Los niños y la muerte".
Elisabeth Kübler-Ross, 1992)

ÍNDICE

Comentarios Preliminares	17
I. INTRODUCCIÓN TEÓRICA	21
1.1. El paciente pediátrico	21
1.1.1. Características de la Cirugía Mayor Ambulatoria Otorrinolaringológica	22
1.1.1.1. Cirugía ambulatoria y cirugía con ingreso	22
1.1.1.2. Aspectos médicos de la Cirugía Mayor Ambulatoria	27
1.1.1.3. Anestesia para cirugía ambulatoria pediátrica	33
1.1.1.4. Características de las patologías estudiadas	36
1.1.2. Reacciones psicológicas y físicas al proceso quirúrgico	41
1.1.2.1. Reacciones emocionales preoperatorias	42
1.1.2.2. Influencia de las reacciones emocionales sobre la recuperación postquirúrgica	46
1.1.2.3. Repercusiones psicológicas de la cirugía	50
1.1.2.4. Repercusiones físicas de la cirugía	56
1.2. La familia del paciente pediátrico	60
1.2.1. Reacciones de la familia durante el proceso quirúrgico	61
1.2.1.1. La experiencia preoperatoria de la familia	61
1.2.1.2. Repercusiones psicológicas en la familia	68
1.2.2. Influencia de los padres en la adaptación del niño a la cirugía	71
1.2.2.1. La hipótesis del contagio emocional	72
1.2.2.2. La hipótesis de la crisis parental	76
1.2.3. Presencia de los padres en el proceso quirúrgico	78
1.3. Variables psicológicas relacionadas con la cirugía pediátrica	83
1.3.1. Variables que pueden influir en el marco hospitalario	84
1.3.1.1. Variables potencialmente estresoras	90
1.3.1.2. Variables moduladoras	98
1.3.2. La etapa de desarrollo del niño y su experiencia hospitalaria	103
1.4. El Modelo Transaccional de estrés y afrontamiento	111
1.4.1. Evolución del concepto de estrés	115
1.4.2. La evaluación cognitiva	118
1.4.2.1. Variables personales	121
1.4.2.2. Variables situacionales	125
1.4.3. El afrontamiento como proceso	129
1.4.3.1. El concepto de afrontamiento	130

1.4.3.2. Características y funciones del afrontamiento	132
1.4.3.3. Recursos y condicionantes en el proceso de afrontamiento	134
1.4.3.4. Adaptación y emoción	137
1.5. Reflexiones finales	144
II. MÉTODO	149
2.1. Objetivos e hipótesis	151
2.2. Variables e instrumentos de evaluación	155
2.2.1. Variables sociodemográficas	155
2.2.2. Variables clínicas	159
2.2.3. Variables psicológicas del paciente	161
2.2.3.1. Evaluación de las reacciones emocionales	161
2.2.3.2. Evaluación de las conductas postquirúrgicas	172
2.2.4. Variables psicológicas del cuidador	175
2.2.4.1. Evaluación de las reacciones emocionales	175
2.2.4.2. Evaluación de las estrategias de Afrontamiento	180
2.2.4.3. Evaluación del locus de Control	181
2.3. Procedimiento y dificultades encontradas	184
2.4. Descripción de la muestra	191
2.5. Tratamientos estadísticos	199
III. RESULTADOS	203
3.1. Variables sociodemográficas	205
3.2. Variables clínicas	208
3.2.1. Variables médicas en el paciente	208
3.2.2. Satisfacción del cuidador familiar	214
3.3. Variables psicológicas	219
3.3.1. Variables psicológicas preoperatorias	219
3.3.2. Evolución de las variables psicológicas durante el proceso quirúrgico	224
3.3.2.1. Variables psicológicas del paciente	224
3.3.2.2. Variables psicológicas del cuidador familiar	241
3.4. Relaciones entre variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas	248
3.4.1. Relaciones entre variables sociodemográficas y variables clínicas	248
3.4.2. Relaciones entre variables sociodemográficas y variables psicológicas	250

3.4.3. Relaciones entre variables clínicas y variables psicológicas	257
3.4.4. Relaciones entre variables psicológicas	268
3.4.4.1. Relaciones entre variables del paciente	268
3.4.4.2. Relaciones entre variables del cuidador familiar	295
3.4.4.3. Relaciones entre variables evaluadas en ambos padres	314
3.4.4.4. Relaciones entre variables evaluadas en el paciente y su cuidador	324
3.5. Estudio de variables predictoras de vulnerabilidad psicológica al estrés quirúrgico	341
3.5.1. Estudio de variables predictoras en los pacientes	342
3.5.2. Estudio de variables predictoras de las madres sobre los pacientes	345
3.5.3. Estudio de variables predictoras en las madres	347
IV. CONCLUSIONES	351
V. BIBLIOGRAFÍA	387
VI. ANEXOS	417
Anexo I. Batería de pruebas.	419
Cuestionarios niños	421
Cuestionarios padres	435
Consentimiento Informado, registros y fichas	455
Anexo II. Categorías de la “Escala de Observación de Distrés Postquirúrgico” y modificaciones realizadas.	467
Anexo III. Categorías del índice ASA.	475
Anexo IV. Direcciones de Internet relacionadas con el tema de estudio	479

COMENTARIOS PRELIMINARES

Experiencias como esta investigación hacen que en algún momento intente ver la vida desde otros ojos, desde otra experiencia. Esta vez intentaba imaginarme en la piel de una niña de seis años que es llevada al hospital para una operación. No lo recuerdo, pero con seis años el mundo debe parecer muy grande y el hospital muy frío (aunque eso también pasa con algunos años más).

Creo que debe ser algo así. Llevada al hospital a las 8 de la mañana, sin desayunar y sin saber adonde me llevan. Cuando llego hay una sala casi vacía con otros niños que van entrando y que no salen. Por fin alguien dice mi nombre y pasamos. Entramos en una sala y mi madre me pone un supositorio porque lo ha dicho un señor de verde. Mi madre está nerviosa. Estamos todos allí, no pasa gran cosa.

Al rato viene el mismo señor de verde y me coge. Mi madre no se levanta. Esto empieza a no gustarme. Todo el mundo está nervioso, se nota. Yo no quiero ir, pero parece no importar. Tengo miedo, mi madre no viene y yo no conozco a ese señor. Lloro. No quiero ir. El señor me arrastra a una sala con más gente que no conozco, llevan algo que les tapa la cara. Una señora muy amable intenta hablar conmigo, pero yo quiero ver a mi madre.

Me suben a una mesa y me dan una cosa para que yo también me tape la cara. Un señor dice que sople fuerte. Parece que es el que manda.

No sé que pasa, alguien me sujeta, yo no quiero, le pego, quiero que me dejen bajarme de aquí. Oigo a mi madre, pero no veo nada, me duele la garganta, me duele mucho, no puedo chillar. Es mi madre, lloro. La gente habla. Me duele.

Desde mis ojos de adulta esto es lo que parece pasar con muchos de los niños de esta edad. Intentando ponerme en su piel, creo que debe ser algo parecido, salvando, por supuesto, las diferencias personales.

La experiencia quirúrgica no tiene porque ser un hecho traumático. Algunos niños, a pesar de haber sido llevados al hospital sin saber para que iban, se enfrentan a la situación con un bajo coste emocional. Otros niños, aún sabiendo a que van, viven la experiencia como un hecho estresante y con un alto nivel de miedo que perdura tras la operación.

Entonces, pienso que los profesionales de la salud deberíamos hacer algo, no para evitar que los niños vivan determinadas emociones ante una operación, sino para ayudarles a hacer frente a esas emociones, a ese miedo a la operación, a la separación de sus padres, a las molestias físicas.

Como adultos creo que, en la medida de lo posible, deberíamos hacerles algunas cosas de la vida un poquito más fáciles a los niños. Como adulto a mí me gustaría.

El trabajo que se presenta a continuación es un intento de satisfacer ese deseo.

I. INTRODUCCIÓN TEÓRICA

El principal interés de la presente investigación se ha centrado en estudiar las variables que podrían ayudar a predecir el efecto del estrés psicológico quirúrgico, en los niños y en sus cuidadores familiares. En la presente revisión teórica se tratarán, en primer lugar, las *características generales del paciente pediátrico*, referidas a la Cirugía Mayor Ambulatoria Otorrinolaringológica y las reacciones del paciente antes y después de la cirugía. En segundo lugar, se presentan las *reacciones de la familia* del paciente pediátrico, antes y después de la intervención quirúrgica y su influencia sobre el paciente. En tercer lugar, se han estudiado las *variables que pueden influir, positiva o negativamente, en el proceso hospitalario y/o quirúrgico*, tanto en el paciente como en su familia. Por último, señalar que la temática estudiada se inscribe dentro del marco teórico del *Modelo Transaccional de Estrés y Afrontamiento planteado por Lazarus y Folkman* que se presenta y que constituirá la referencia para la selección de las variables estudiadas.

1.1. El paciente pediátrico

El paciente pediátrico no acude al centro hospitalario motivado por su preocupación por la salud, ni por su malestar, sino que es conducido por su cuidador familiar (persona encargada de su cuidado, generalmente los padres). Frecuentemente, el niño no sólo no ha sido preparado para esa experiencia, sino que además acude engañado. Las propias características de la experiencia, el entorno hospitalario, la edad del niño y las características de sus relaciones con el cuidador familiar, entre otras variables, pueden influir en que el niño viva la experiencia en torno a la cirugía como estresante.

Debido a que el tipo de cirugía y el tipo de enfermedad influyen en dicha experiencia, se exponen a continuación las características médicas asociadas a la Cirugía Ambulatoria Otorrinolaringológica, contexto en el que se desarrolla la presente investigación, así como las reacciones psicológicas y físicas del paciente durante el proceso quirúrgico.

1.1.1. Características de la Cirugía Mayor Ambulatoria Otorrinolaringológica

Las investigaciones realizadas en el marco de la cirugía ambulatoria se encaminan, principalmente, en tres direcciones: (1) la comparación entre cirugía ambulatoria y cirugía con ingreso, con la finalidad de analizar cuál es más beneficiosa para el paciente y para el sistema sanitario; (2) los criterios que se deben utilizar para dar el alta tras una intervención en régimen ambulatorio; y, (3) el tipo de anestesia adecuado según las características de la cirugía realizada.

A continuación se describen los resultados de las investigaciones en estas tres áreas, así como una breve información acerca de qué son y

en que se basan las intervenciones otorrinolaringológicas, estudiadas en la presente investigación.

1.1.1.1. Cirugía Ambulatoria y Cirugía con Ingreso

La cirugía con ingreso se considera el tipo de intervención realizada tradicionalmente. En general, el paciente ingresa entre 12 y 24 horas antes de la intervención, durmiendo la noche anterior en el hospital, siendo intervenido al día siguiente, y, si la operación es de carácter leve es dado de alta 24 horas después. En intervenciones con posibles complicaciones postquirúrgicas, el paciente permanece ingresado hasta que su estado físico adquiere niveles aceptables o retorna a su funcionamiento habitual. En los hospitales españoles (datos de 1998), aproximadamente, el 34% de los niños está ingresado menos de tres días, el 53% está hospitalizado entre cuatro y siete días y el 13% permanece ingresado más de siete días (Montoya, 1998).

A partir de los años 80, aproximadamente, se introduce en los hospitales un nuevo tipo de cirugía que se denomina “cirugía ambulatoria”, e implica cambios en las condiciones específicas tanto del paciente como de la infraestructura del hospital.

Ante la necesidad de aclarar la terminología y las condiciones específicas de este tipo de cirugía, se publica en 1993 la Guía de Organización y Funcionamiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993). En ella se define lo que se entiende por Cirugía Mayor Ambulatoria, cuáles son los criterios de selección de pacientes y procedimientos, así como, los requisitos para las unidades que apliquen dicho tipo de cirugía (Porrero Carro, 2000).

A continuación se muestran algunas definiciones aclaratorias referentes a la cirugía en general, y específicamente, a la cirugía

ambulatoria (Cuadro I.1.) (Asecma, 2000; De Lathouwer y Poullier, 2000; Domínguez-Adame, Márquez, Gutiérrez, Mateo y Medina., 2001; Raich Brufau, 2001).

Como se puede observar en las definiciones del Cuadro I.1, cuando se haga referencia en el texto a la Cirugía Mayor Ambulatoria, nos estaremos refiriendo a aquella que se realiza en una unidad de cirugía ambulatoria y en la que el paciente necesita estancia en sala de recuperación postquirúrgica, no superior a 8 horas, y es dado de alta el mismo día de la intervención.

Cuadro I.1. Definiciones relacionadas con el proceso quirúrgico

Definiciones generales y sinónimos
<i>Cirugía consultorio o cirugía menor ambulatoria.</i> Se realiza en consulta con anestesia local. No precisa estancia en sala de recuperación.
<i>Hospital de 23 h o cirugía ambulatoria de recuperación ampliada.</i> Realizada o no en unidad de cirugía ambulatoria (extrahospitalaria o intrahospitalaria), con cualquier tipo de anestesia, precisa estancia en sala de recuperación postquirúrgica, pernoctando en su habitación. Alta al día siguiente de la intervención quirúrgica, no superior a 23 horas desde su ingreso.
<i>Cirugía de corta estancia.</i> Realizada o no en unidad de cirugía ambulatoria (extrahospitalaria o intrahospitalaria), con cualquier tipo de anestesia, precisa recuperación postquirúrgica y hospitalización de 24 a 72 horas. Alta antes de las 72 horas desde la intervención quirúrgica.
Definiciones relacionadas con la Cirugía Ambulatoria
<i>Cirugía mayor ambulatoria (CMA), hospital de día, cirugía sin ingreso, cirugía mismo día, o cirugía día.</i> Se realiza en unidad de cirugía ambulatoria (extrahospitalaria o intrahospitalaria), con cualquier tipo de anestesia, precisa estancia en sala de recuperación postquirúrgica no superior a 8 horas. No pernocta en el hospital. Alta el mismo día de la intervención.
<i>Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA), Unidad de Cirugía sin Ingreso (UCSI), Unidad de Cirugía de Día y Hospital de Día.</i> Una sección incluida en el centro hospitalario dedicada al tratamiento óptimo de pacientes ambulatorios.
<i>Paciente de CMA.</i> Paciente que es intervenido, excluyendo un procedimiento de consulta, y que es admitido y dado de alta en el mismo día.
<i>Paciente de recuperación prolongada.</i> Paciente intervenido en una Unidad de Cirugía Ambulatoria que requiere recuperación prolongada, con pernocta, y que es dado de alta al día siguiente.
<i>UCMA con recuperación prolongada.</i> Área de recuperación específicamente creada (nueva o reconvertida) para los pacientes ambulatorios que requieran recuperación prolongada después de una operación de CMA.

Según señala Raich Brufau (2001), la actividad de la Cirugía Mayor Ambulatoria comienza en nuestro país en el año 1987, existiendo

en la actualidad 122 Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) públicas y 32 privadas, que realizan entre un 35 y un 40% del total de las intervenciones quirúrgicas.

Algunos de los hospitales españoles con Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria son: el Hospital Virgen de las Nieves en Granada, que realizan la cirugía otorrinolaringológica exclusivamente en régimen ambulatorio (Villar del Moral et al., 1998), el Hospital General Universitario de Valencia (Vila, Zaragoza, García, Olavarrieta, García-Aguado, Cervera, 2000), donde utilizan la cirugía de corta estancia para amigdalitis, y en el que se ha desarrollado la presente investigación, el Hospital Virgen de Salud de Toledo (Bustos Molina, 2000), el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia (Del Vas, Acosta, Palenciano, Ferrándiz, Montoya y Guerrero, 2001), los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío de Sevilla (Sánchez Gómez, Dueñas Parrilla, López Palomo, Shepherd González, Rando González y Miguélez Rodríguez, 2001), y el "Parc Sanitari Pere Virgili Vall d'Hebron en Barcelona (Raich Brufau, 2001), entre otros.

En la actualidad, en España, el nivel de actividad quirúrgica ambulatoria es inferior a otros países como Australia, Canadá, Finlandia, Francia, Italia, Portugal, Estados Unidos o Irlanda (Datos de 1997; De Lathouwer y Poullier, 2000). Parece ser que nuestro país está todavía en proceso de crecimiento (Tönz, Herzig y Kaiser, 1999). Sin embargo, Rivera Gutiérrez (1999), señala que el panorama sanitario que se vislumbra es que la mayoría de Hospitales de la red pública dispondrán próximamente de unidades ambulatorias integradas.

La cirugía ambulatoria parece tener una serie de ventajas respecto a la cirugía con ingreso. Las investigaciones suelen centrarse en seis tipos de ventajas. Estas, y los autores respectivos, se muestran en el Cuadro I.2.

Respecto a la reducción del estrés emocional, a la mínima alteración de las rutinas familiares y a la reducción del periodo de separación de los padres, características de la cirugía ambulatoria, señalar que, en este tipo de cirugía pueden surgir otro tipo de problemas emocionales. En este sentido, los pacientes que van a ser intervenidos en una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) se enfrentan a varios estresores: breve contacto con el hospital que potencia el miedo a lo desconocido (Zuckerberg, 1994), estresores debidos a su enfermedad, a la cirugía en sí misma, a la expectativa sobre el resultado de la intervención y a no quedarse ingresado en el hospital (Vila et al., 2000), que en el caso del paciente pediátrico es experimentado por sus cuidadores familiares.

Cuadro I.2. Ventajas de la cirugía ambulatoria sobre la cirugía con ingreso

VENTAJAS	AUTORES
<i>Reducción del estrés emocional experimentado por los niños</i>	Whaley y Wong, 1989; Beverley et al., 1997; Lugo-Vicente, página Web, 2001.
<i>Mínima alteración de las rutinas familiares</i>	Bogetz, 1989; Voepel-Lewis, Andrea y Magee, 1992; Zuckerberg, 1994; Beverley et al., 1997; Tönz, Herzig y Kaiser, 1999.
<i>Reducción del periodo de separación de los padres</i>	Whaley y Wong, 1989; Campbell, Scaife y Johnstone, 1988; Maligalig, 1994; Zuckerberg, 1994; Meursing, 1999.
<i>Menor incidencia de infecciones</i>	Whaley y Wong, 1989; Campbell et al., 1988; Voepel Lewis et al., 1992; Zuckerberg, 1994; Kokinsky, Thornberg, Östlund y Larsson, 1999; Meursing, 1999; Lugo-Vicente, página Web, 2001.
<i>Reducción de las listas de espera</i>	Campbell et al., 1988; Scaife y Campbell, 1988.
<i>Reducción de costes económicos</i>	Whaley y Wong, 1989; Campbell et al., 1988; Scaife y Campbell, 1988; Voepel Lewis et al., 1992; Ellerton y Merriam, 1994; Lynch, 1994; Maligalig, 1994; Zuckerberg, 1994; Kokinsky et al., 1999; Lander y Warnock, 1999; Meursing, 1999; Lugo-Vicente, página Web, 2001.

En cuanto al último punto, de mayor reducción de costes en cirugía ambulatoria, respecto a la cirugía con ingreso, no parece haber acuerdo. Aunque los autores citados en ese punto (Cuadro I.2.) señalan que la reducción del coste se debe a la reducción del tiempo de estancia en el hospital de los pacientes, otros autores (Rivera Gutiérrez 1999; Domínguez-Adame et al., 2001) señalan que no parece existir ese ahorro. Estos últimos ponen de manifiesto diversas razones para ello:

(1) Los costes se trasladan a la atención primaria, con más visitas al médico y mayor uso de los servicios de enfermería; (2) El mayor consumo de recursos se produce durante la cirugía y la recuperación inmediata (que se produce tanto en cirugía ambulatoria como con ingreso), por lo tanto, la reducción del número de estancias a la mitad no divide a la mitad los costes; y, (3) La reducción en la demanda de camas hospitalarias no resulta un ahorro al no permitir el cierre de salas, sino que lleva a una mayor actividad (mayor cantidad de pacientes tratados al haber mayor número de camas disponibles) aumentando, probablemente, el coste financiero global.

Se han realizado estudios con la finalidad de comparar los efectos de ambos tipos de cirugía (ambulatoria y con ingreso) sobre los niños y sus padres, destacando la ventaja de realizar las intervenciones en régimen ambulatorio. Así, parece ser que los niños intervenidos en régimen ambulatorio presentan los mismos cambios comportamentales postoperatorios que los niños ingresados para intervenir (Scaife y Campbell, 1988; Pedroche, Quiles, Méndez y Ortigosa, 1998) o, incluso en ocasiones, menos trastornos emocionales que los niños ingresados (Campbell, Scaife y Johnstone, 1988). Sin embargo, se observan, trastornos emocionales en niños intervenidos en régimen ambulatorio al compararlos con niños de la población general, incrementándose estos trastornos en las edades de tres y cuatro años (Fitzgerald, 1985).

Respecto a las reacciones de la familia ante ambos tipos de cirugía no parece haber acuerdo. Así, Scaife y Campbell (1988) señalaron que muchos padres de niños ingresados observaron cambios en el comportamiento del niño hasta tres meses después de la intervención quirúrgica, considerando que podría ser indicativo de los sentimientos y preocupaciones de los padres respecto de la cirugía, más que de un cambio real en el comportamiento de los niños. Sin embargo, Pedroche et al. (1998) observaron que los padres de los niños

intervenidos en régimen ambulatorio informaron de mayor ansiedad en sus hijos que los padres de los niños con cirugía con ingreso. Quizá haber dormido la noche anterior en el hospital facilitó la habituación de los padres, que tuvieron tiempo para conocer el ambiente hospitalario.

En resumen, la Cirugía Mayor Ambulatoria está desarrollándose todavía en la actualidad en nuestro país, siendo necesario, para optimizar su práctica, uniformar conceptos y criterios para seleccionar los pacientes. La cirugía en régimen ambulatorio parece tener algunas ventajas respecto a la cirugía con ingreso, aunque no son tan claras como se pensaba en un principio (por ejemplo, no se observa reducción en los costes globales), ni tan positivas (observándose, por ejemplo, una mayor inseguridad en los padres y menor habituación al entorno hospitalario). Existe una línea de investigación en este campo orientada a evaluar, a nivel psicológico, las semejanzas y diferencias en los pacientes intervenidos con cirugía ambulatoria y en los pacientes intervenidos con cirugía con ingreso, con la finalidad de evaluar cuál es más beneficiosa o menos perjudicial, así como las reacciones en los cuidadores familiares respecto a ambos tipos de cirugía.

En el marco de la cirugía ambulatoria los pacientes son dados de alta el mismo día de la intervención, lo que hace necesario atender a los criterios utilizados para el alta, que serán distintos a los habitualmente utilizados en cirugía con ingreso. A continuación se muestran las investigaciones al respecto.

1.1.1.2. Aspectos médicos de la Cirugía Mayor Ambulatoria

Tras una intervención de amigdalectomía, con o sin adenoidectomía, en régimen ambulatorio, es necesaria la observación controlada del paciente durante un mínimo de 4 horas (Gabalski, Mattucci, Setzen y Moleski, 1996), recomendando algunos autores una

duración de la observación entre 6 y 8 horas (Callanan, Capper, Gurr y Baldwin, 1994; Holzmann, Kaufmann y Boesch, 2000). En ocasiones se reducen las horas de observación cuando el paciente cumple los criterios para el alta médica. Dada esta inmediatez del alta médica, es importante identificar criterios que puedan utilizarse para determinar cuándo los pacientes pueden irse a casa con seguridad, bajo la atención de un cuidador familiar.

La *recuperación postquirúrgica* puede definirse como un proceso continuo con tres etapas (Steward y Volgyesi, 1978) (Cuadro I.3.). Se considera que un paciente está recuperado cuando ha vuelto a su estado funcional y fisiológico preoperatorio (Marshall y Chung, 1999).

Cuadro I.3. Etapas en la recuperación postquirúrgica

Etapas de recuperación	Definición clínica
Fase I. Recuperación	Despertar y recuperación de los reflejos vitales
Fase II. Recuperación intermedia	Recuperación clínica inmediata
Fase III. Recuperación tardía	Disponibilidad para ir a casa Recuperación completa Recuperación psicológica

La primera etapa de la recuperación (Fase I) dura desde la interrupción de la anestesia hasta que los pacientes han recuperado sus reflejos y su función motriz. Ésta se desarrolla, generalmente, en el quirófano. Para decidir cuando la recuperación del paciente permite su paso a la Unidad de Recuperación Postanestésica (Fase II) puede utilizarse el sistema de puntuación Aldrete (1995) (Joshi y Twersky, 2000) (Cuadro I.4.).

Este sistema asigna una puntuación de 0 a 2 en distintas variables de recuperación, con una puntuación máxima de 10, y se exige una puntuación mayor o igual a 9 para trasladar al paciente a la

Unidad de Recuperación Postanestésica. Una vez que los pacientes son dados de alta, se recuperan por completo en casa (Fase III).

Cuadro I.4. Sistema de puntuación modificado de Aldrete

Actividad: capaz de moverse voluntariamente o en respuesta a una orden	
Cuatro extremidades	2
Dos extremidades	1
Ninguna extremidad	0
Respiración	
Capaz de respirar en profundidad y toser libremente	2
Disnea, respiración limitada o superficial	1
Apneica	0
Circulación	
Variación PA \pm 20% del nivel preanestésico	2
Variación PA 20-49% del nivel preanestésico	1
Variación +50% del nivel preanestésico	0
Consciencia	
Completamente despierto y orientado	2
Se despierta cuando se le habla	1
No responde	0
Saturación de O ₂	
Capaz de mantener la saturación de O ₂ > 92% sin O ₂	2
Necesidad de inhalación de O ₂ para mantener la saturación de O ₂ > 90%	1
Saturación de O ₂ < 90% incluso con suplemento de O ₂	0
Se exige una puntuación \geq 9 para el alta	
PA= presión arterial	

Recientemente se han utilizado estos criterios en el quirófano, para determinar si un paciente podía ser elegido para “recorrido rápido” (*fast-tracking*). El recorrido rápido en el ámbito ambulatorio implica el paso del paciente directamente del quirófano a la unidad de recuperación, menos monitorizada. En el marco de la Cirugía Mayor Ambulatoria se entiende por “fast-track o vía rápida de recuperación” el conseguir que el paciente esté completamente despierto (con los criterios de recuperación inmediata) en quirófano, permitiendo su paso directamente a la sala de recuperación (Bustos Molina, 2000). Sin embargo, este sistema de puntuación no fue diseñado para evaluar la capacidad de los pacientes de saltarse el paso por la Unidad de Recuperación monitorizada, después de técnicas ambulatorias mayores bajo anestesia general, y no considera algunos de los efectos secundarios de la anestesia como dolor, náuseas, vómitos, etc.

White, Fanzca y Song (1999) proponen un nuevo sistema de puntuación de recorrido rápido que incorpora los elementos esenciales del sistema modificado de Aldrete, así como una valoración del dolor y el vómito (Cuadro I.5.).

Cuadro I.5. Sistema de puntuación de recorrido rápido

Nivel de consciencia	
Despierto y orientado	2
Despertable con estimulación mínima	1
Responde sólo a la estimulación táctil	0
Actividad física	
Es capaz de mover todas las extremidades a petición	2
Cierta debilidad en el movimiento de las extremidades	1
Incapaz de movimiento voluntario de las extremidades	0
Nivel de consciencia. Estabilidad hemodinámica	
PA < 15% del valor de PAM basal	2
PA 15-30% del valor de PAM basal	1
PA > 30% por debajo del valor de PAM	0
Estabilidad respiratoria	
Capaz de respirar profundamente	2
Taquipnea (respiración acelerada) con tos buena	1
Disneico (dificultad de respirar) con tos débil	0
Estado de saturación de oxígeno	
Mantiene un valor > 90% al aire ambiental	2
Necesita suplemento de oxígeno (púas nasales)	1
Saturación < 90% con suplemento de oxígeno	0
Evaluación del dolor postoperatorio	
Ninguno o molestia ligera	2
Dolor moderado o intenso controlado mediante analgésicos intravenosos	1
Dolor intenso persistente	0
Síntomas eméticos (vómitos) postoperatorios	
Ausencia de náuseas o náuseas leves sin vómitos activos	2
Vómitos o arcadas transitorias	1
Náuseas y vómitos persistentes de moderados a intensos	0
Se necesita un mínimo de 12, sin una puntuación < 1 en ninguna categoría	
PA= presión arterial; PAM= presión arterial media	

Estos criterios de recorrido rápido permiten determinar si el paciente ambulatorio puede ser transferido directamente desde el quirófano a la unidad de recuperación. White, Fanzca y Song (1999) observaron en mujeres sometidas a cirugía mayor ambulatoria que el nuevo sistema de puntuación de recorrido rápido era más útil que el sistema de puntuación modificado de Aldrete para evaluar si el paciente podía pasar directamente a la sala de recuperación.

El nuevo sistema de puntuación permite a los anestesiólogos evaluar con rapidez el estado de vigilia, la estabilidad fisiológica y el nivel de comodidad postoperatorios.

Respecto a los criterios para dar el alta médica, generalmente se tienen en cuenta los criterios clínicos. En el Cuadro I.6. se resumen los *criterios clínicos* generalmente aceptados para un alta hospitalaria segura (Marshall y Chung, 1999; Bustos Molina, 2000).

Cuadro I.6. Pautas de alta segura después de Cirugía Mayor Ambulatoria

Los signos vitales deben haber sido estables al menos durante una hora	
El paciente debe	
Estar orientado con respecto a personas, lugares y momentos	
Ser capaz de retener líquidos administrados por vía oral	
Ser capaz de miccionar	
Ser capaz de vestirse	
Ser capaz de andar sin ayuda	
El paciente no debe tener	
Nada más que náuseas y vómitos mínimos	
Dolor excesivo	
Hemorragias	
El paciente debe ser dado de alta por la persona que le administró la anestesia y la persona que le realizó la operación, o por alguien que ellos designen. Deben forzarse las instrucciones dadas por escrito para el período postoperatorio en casa, entre ellas el lugar y la persona de contacto	
El paciente debe tener un acompañante responsable "validado" que lo lleve a casa y esté con él allí	

Otro método para decidir cuándo un paciente se ha recuperado lo suficiente como para ser dado de alta es utilizar el *sistema de puntuación de alta postanestesia* (PADS) (Cuadro I.7.) (Chung et al., 1995).

El sistema de puntuación de alta postanestesia (PADS) especifica los aspectos a tener en cuenta para el alta médica, como los signos vitales, el nivel de actividad, náuseas y vómitos, dolor y hemorragia. La puntuación debe ser mayor o igual a 9 para dar el alta.

En resumen, en la recuperación postanestésica de los pacientes ambulatorios se observan tres etapas. Para evaluar cuando el paciente puede pasar de la fase I (en quirófano) a la fase II (unidad de atención postanestésica) se suele utilizar el sistema de puntuación modificado de

Aldrete. En el marco de la Cirugía Mayor Ambulatoria se evalúa si los pacientes pueden ser elegidos para “recorrido rápido” (*fast-tracking*), es decir, pasar directamente desde el quirófano a la sala de recuperación, menos monitorizada. Los “criterios de recorrido rápido” permiten evaluar aquellos pacientes susceptibles de ser sometidos a este recorrido. Así mismo, para dar el alta clínica al paciente se pueden utilizar dos vías: observación de criterios clínicos (signos vitales estables, orientación del paciente, ausencia de hemorragia) o el sistema de puntuación de alta postanestésica (PADS).

Cuadro I.7. Sistema de puntuación de alta postanestésico (PADS)

Signos vitales: Los signos vitales deben ser estables y compatibles con la edad y los valores basales preoperatorios	
PA y pulso dentro del 20% de los valores basales preoperatorios	2
PA y pulso, 20-40% del valor basal preoperatorio	1
PA y pulso > 40% del valor basal preoperatorio	0
Nivel de actividad: El paciente debe ser capaz de deambular al nivel preoperatorio	
Marcha estable, sin mareos o similar al nivel preoperatorio	2
Necesita ayuda	1
Incapaz de andar	0
Náuseas y vómitos: El paciente debe tener náuseas y vómitos mínimos antes del alta	
Mínimos: tratados satisfactoriamente con medicación por vía oral	2
Moderados: tratados satisfactoriamente con medicación	1
Intensos: continúan después de tratamiento repetido	0
Dolor	
El paciente debe tener dolor mínimo, o ausencia de dolor, antes del alta	
El nivel de dolor que el paciente tiene debe ser aceptable para él/ella	
El dolor debe ser controlable por analgésicos orales	
La localización, el tipo y la intensidad del dolor deben ser compatibles con el malestar postoperatorio previsto	
Aceptabilidad	
Sí	2
No	1
Hemorragia quirúrgica: La hemorragia postoperatoria debe ser compatible con la pérdida sanguínea prevista para la técnica	
Mínima: no precisa cambio de vendaje	2
Moderada: ha precisado hasta dos cambios de vendaje	1
Intensa: se han necesitado más de tres cambios de vendaje	0
Se exige una puntuación ≥ 9 para el alta // PA= presión arterial	

Como se ha señalado, la Cirugía Mayor Ambulatoria ha despertado la necesidad de establecer una serie de criterios que permitan a los anestesiólogos dar el alta clínica a los pacientes con la seguridad de que no surgirán complicaciones físicas consecuencia de la operación. Así mismo, ha sido necesario evaluar la adecuación de los

procedimientos anestésicos utilizados en cirugía con ingreso, a la cirugía ambulatoria, para realizar un ajuste. A continuación se muestran algunos resultados de esta línea de investigación.

1.1.1.3. Anestesia para Cirugía Ambulatoria Pediátrica

A todos los pacientes pediátricos sometidos a cirugía ambulatoria se les realiza una revisión de su historia médica y un examen físico, bien sea por el cirujano, el anestesista o su pediatra. La condición médica del niño debería ser la más óptima posible para evitar complicaciones con la anestesia. Los niños con problemas otorrinolaringológicos suelen tener problemas respiratorios recurrentes. Este suele ser su estado físico normal o habitual, constituyendo la razón principal por la que es intervenido. Por lo tanto, y siendo conscientes del riesgo que conlleva realizar una intervención quirúrgica en áreas relacionadas con el sistema respiratorio, los médicos y anesthesiólogos intervienen quirúrgicamente a los niños en régimen ambulatorio, siempre y cuando no existan problemas graves que pondrían en peligro la vida del menor, tales como fiebre, procesos víricos (por ejemplo, varicela), anomalías congénitas, retrasos en su desarrollo o trastornos cardíacos y pulmonares (Bogetz, 1989), entre otros.

Cuando el paciente está bajo los efectos de la anestesia, es importante controlar su estado físico a través de distintas medidas tales como el pulso, presión arterial, temperatura, saturación de oxígeno en la sangre y capacidad del paciente de eliminar bióxido de carbono (anhídrido carbónico) de los pulmones (Riaño, Mayoral, Solis, Orejas y Malaga, 1999; Lugo-Vicente, página Web, 2001).

Los objetivos de la anestesia pediátrica son proveer analgesia, relajación muscular y mantener las funciones corporales vitales,

mientras el cirujano realiza la operación. Las técnicas de inducción anestésica pueden dividirse en cuatro grupos: inhaladoras, intravenosas, intramusculares y rectales (Bogetz, 1989). Las *técnicas inhaladoras* permiten una rápida inducción a la anestesia y una rápida recuperación. Las *técnicas intravenosas* también producen una aceptable recuperación. Algunos niños mayores parecen preferir ésta a aspirar a través de una mascarilla (Epstein y Hannallah, 1985). Las *técnicas intramusculares* son fáciles y rápidas de inyectar, especialmente cuando el niño es poco cooperador. Algunas anestésicas específicas de este grupo (por ejemplo, ketamine) no son apropiadas para la cirugía ambulatoria a causa de su prolongada recuperación (Rita, Seleny, Mazurek, et al, 1985). Las *técnicas rectales* son menos invasivas y mejor toleradas por niños en edad preescolar.

Sánchez, García, Abrante, Delgado y Cordero (1998) señalaron que las operaciones de adenoides y/o amígdalas se diferencian de otros tipos de operaciones debido a la corta duración del procedimiento quirúrgico que demanda una menor profundización de la anestesia. Las mascarillas laríngeas constituyen una alternativa segura para intervenciones de adenoidectomía y/o amigdalectomía, no causando irritaciones en la laringe y tráquea como con las intubaciones oro-traqueales, consiguiendo reducir sensiblemente el tiempo anestésico y facilitando un despertar más rápido y confortable para el enfermo.

Una línea de investigación en el marco de la cirugía ambulatoria estudia los efectos de distintos tipos de anestesia sobre el comportamiento postoperatorio de los niños y la aparición de náuseas y/o vómitos. En este sentido, parece ser que cuando se utiliza el anestésico sevoflurane se observa mayor incidencia de agitación en niños intervenidos de amigdalectomía, que cuando se utiliza el anestésico propofol (Eger, 1994; Picard, Dumont y Pellegrini, 2000). Respecto de la aparición de náuseas y/o vómitos postoperatorios, no

parece existir diferencias entre los anestésicos sevoflurane y propofol (Picard et al., 2000), aunque se observa un descenso de la incidencia de náuseas con sevoflurane comparado con halothane (Galinkin et al., 2000).

El sevoflurane es un potente agente inhalatorio con baja solubilidad en sangre, proporciona una rápida y suave inducción y una rápida salida de la anestesia y está asociado con un descenso en la depresión cardiaca comparado con el halothane (Lerman et al., 1996). Otro de los fármacos muy utilizado para la sedación en niños es el midazolam (Riaño et al., 1999).

En general, antes de la cirugía se le administran al niño fármacos antiinflamatorios como ibuprofeno, ketorolac o paracetamol, para reducir el dolor postoperatorio, por ejemplo, un supositorio de paracetamol (Meursing, 1999). El Acetaminophen y el ibuprofeno no han mostrado ser más efectivos que el placebo, sin embargo, el ketorolac oral o intravenoso reduce la incidencia de agitación postoperatoria después de una miringotomía (intervención que consiste en realizar una incisión en la membrana timpánica para el drenaje de fluido o pus) (Galinkin et al., 2000).

En resumen, la anestesia tiene una serie de riesgos que se reducen en la medida que se conoce el estado de salud actual y la historia médica del paciente. Durante la intervención quirúrgica es necesario recoger una serie de medidas fisiológicas del paciente (pulso, oxígeno en sangre, etc.) que permiten controlar su estado físico. El sevoflurane es uno de los mejores anestésicos para la Cirugía Mayor Ambulatoria, debido a que proporciona una suave inducción y una rápida salida de la anestesia. Antes de la intervención quirúrgica, en ocasiones, se le administran al niño fármacos antiinflamatorios, como paracetamol, para reducir el dolor postoperatorio.

1.1.1.4. Características de las patologías estudiadas

Las patologías otorrinolaringológicas estudiadas en la presente investigación han sido hipertrofia amigdalar, vegetaciones adenoideas y otitis media. Conocer en qué consisten estas intervenciones puede ayudar a aliviar el miedo de los padres y los niños. Con esta finalidad, en la actualidad se ofrece la posibilidad de que cualquier persona, especialmente los padres, pueda informarse acerca de este tema, sin términos médicos que pudieran dificultar su comprensión y a través de Internet (Ankara University Medical School, página Web, 2001; Children's Hospital of the King's Daughters, página Web, 2001). A través de estas páginas Web los padres pueden obtener información sobre qué pasa durante la intervención, qué se puede esperar después de la misma y ante qué problemas surgidos en el postoperatorio es recomendable llamar al doctor. A continuación se muestra información obtenida de estas páginas Web, respecto a las patologías otorrinolaringológicas intervenidas en nuestra muestra de estudio.

Las **amígdalas** son tejido glandular localizado a ambos lados de la garganta. Su función es atrapar las bacterias y virus que entran a través de la garganta y producir anticuerpos para luchar contra las infecciones.

La *amigdalitis* ocurre cuando las amígdalas se infectan y se inflaman. Cuando un niño tiene persistentes o recurrentes amigdalitis, el médico puede sugerir eliminarlas. Comúnmente se ha transmitido una idea errónea que ha potenciado el miedo en los padres a someter a su hijo/a a una amigdalectomía (extirpación de las amígdalas), al considerar que los niños sin amígdalas eran más vulnerables a las infecciones. Sin embargo, los niños no sufren más infecciones cuando están sin amígdalas, porque otros tejidos de su cuerpo tienen la misma función que las amígdalas, es decir, producir anticuerpos para luchar

contra las infecciones (Ankara University Medical School, página Web, 2001).

En general, los médicos sugieren extraer las amígdalas cuando están presentes una o más de las siguientes condiciones (Ankara University Medical School, página Web, 2001): (1) repeticiones frecuentes de infecciones de garganta; (2) dificultades de respiración; (3) dificultades de deglución; (4) complicaciones como infecciones del oído medio, sinusitis, etc.

Una línea de investigación en esta área destaca la importancia de intervenir al niño quirúrgicamente debido a la influencia de la amigdalitis sobre su respiración, favoreciendo la apnea obstructiva del sueño. En este sentido, se observa que un año después de una amigdalectomía los niños comen mejor y se elimina en su mayor parte la apnea obstructiva del sueño y los síntomas como ronquidos, sueño agitado y fatiga diurna (Wolfensberger, Haury y Linder, 2000). Por el contrario, otros autores (Capper y Canter, 2001) señalan que no existe una asociación directa entre las amigdalitis recurrentes y la pobre calidad de sueño (ronquidos, dormir agitado, hablar en sueños, respiración irregular y pesadillas, entre otros).

Las **vegetaciones adenoideas** son tejidos con una función similar a las amígdalas y que están localizadas detrás de la nariz. Tienen apariencia de un pequeño grupo de uvas y están localizadas en el pasaje que conecta la nariz con la garganta. Las adenoides filtran las bacterias y virus que entran a través de la nariz y producen anticuerpos para luchar contra las infecciones. Mientras las amígdalas se pueden ver mirando la garganta, las vegetaciones no pueden ser vistas directamente.

Las vegetaciones pueden causar problemas cuando se dilatan o se infectan. El primer tratamiento se hace con antibióticos. La rinometría

acústica es un método eficaz para examinar las adenoides, precisando su dimensión y extensión (Urpegui, Martínez, García, Vallés y Fernández, 1999). Se recomienda la operación si el niño tiene uno o más de los siguientes síntomas (Ankara University Medical School, página Web, 2001): (1) dificultad de respirar; (2) apnea del sueño; (3) infecciones recurrentes; (4) habla distorsionada; e (5) infecciones de oído medio persistentes o recurrentes.

La patología más frecuente de las amígdalas y de las vegetaciones adenoideas está en relación con la infección y con su hipertrofia, que puede disminuir el flujo aéreo nasal (Bicknell, 1994; Moya, Sacristan, Blanco, Cervera, Gil, González, Suarez y Suarez, 1997). Los niños con estas patologías manifiestan peor funcionamiento físico y mayor dolor corporal que los niños con asma (Stewart et al., 2000).

La adenoidectomía (extirpación de vegetaciones adenoideas) y la amigdalectomía (extirpación de amígdalas) son patologías que se realizan frecuentemente en régimen ambulatorio. La amigdalectomía con y sin adenoidectomía en el marco ambulatorio parece ser una alternativa adecuada y segura a la cirugía con ingreso, siempre que se haga una adecuada selección de los pacientes, se utilicen las técnicas adecuadas y se realice una estricta observación del paciente en el periodo postoperatorio inmediato.

Las adenoides dilatadas pueden ser causa de infecciones de oídos (Children's Hospital of the King's Daughters, Página Web, 2001). La polución del aire y ser fumador pasivo parece estar implicado en un incremento de la incidencia de la otitis media (Ankara University Medical School, página Web, 2001), aunque ser fumador pasivo no se considera un factor de riesgo para su persistencia (MRC Multi-Centre Otitis Media Study Group, 2001). En el caso de la amigdalitis y la adenoiditis no se observa una relación tan clara entre su incidencia y

ser fumador pasivo (Strachan y Cook, 1998; Niemelä, Uhari, Möttönen y Pokka, 1999).

La **otitis media** puede ser de diversos tipos. Para una explicación detallada de los distintos tipos de otitis, remitimos al lector a un manual de referencia y a algunas páginas Web (Martínez Vidal, Bertrán Mendizábal, Cabezudo García y Cobeta Marco, 1988; Ankara University Medical School, página Web, 2001; The Vermont Program for Quality in Health Care, página Web, 2001).

A continuación se señalan algunos aspectos básicos respecto a la otitis en niños. En los niños, el tubo de eustaquio es más corto que en los adultos y en ocasiones las bacterias y los virus pasan al oído medio. El resultado es una otitis media, con acumulación de pus dentro del oído medio. La presión de la pus resulta dolorosa e impide que el tambor del oído vibre, provocando pérdida de audición.

Las infecciones de oído persistentes y recurrentes causan pérdidas de audición temporales y puedan retrasar la adquisición de las habilidades del lenguaje (Rvachew, Slawinski, Williams y Green, 1999; The Vermont Program for Quality in Health Care, página Web, 2001). Con el tratamiento médico adecuado, la bacteria suele eliminarse. Cuando el fluido y la pus desaparecen del oído medio, la audición mejora. Cuando la infección persiste, el oído medio y el tímpano pueden comenzar a sufrir un continuo daño, y se hacen necesarios continuos drenajes.

La integridad del aparato vestibular para mantener el control postural es básico en el desarrollo de la función motora y el éxito en logros motores. Después de la miringotomía (intervención que consiste en una incisión en la membrana timpánica para el drenaje de fluido o pus) y la inserción del tubo de ventilación suelen remitir los problemas vestibulares (Koyuncu et al., 1999).

Los tubos básicamente sirven para igualar la presión entre el oído medio y el externo y drenar el fluido hacia fuera. También permite la inspección del oído medio por el médico y permite que los antibióticos puedan ser administrados directamente en el oído medio. Generalmente, los tubos caen por sí solos entre los 6 y los 12 meses. Durante este periodo el anestesista realiza una serie de recomendaciones, tales como no bañarse en piscinas o playas sin gorro, una limpieza del oído adecuada y no manipular los tubos.

Los principales problemas en niños con otitis, son el sufrimiento físico y el distrés emocional, seguido de limitaciones en su actividad, pérdida de audición y problemas de habla. Cuando los niños se someten a una intervención quirúrgica que consiste en la inserción de un tubo de drenaje, se observa una mejora significativa en su calidad de vida, especialmente en síntomas físicos, distrés emocional y pérdida de audición (Rosenfeld et al., 2000).

En resumen, las amígdalas y las vegetaciones adenoideas son tejido glandular encargado de atrapar las bacterias y virus y de producir anticuerpos para luchar contra las infecciones. La amigdalitis y la adenoiditis son inflamaciones o infecciones de estos tejidos, que dificultan la respiración del niño y le pueden producir infección de oídos. La amigdalectomía y la adenoidectomía son la extirpación de estos tejidos, y se realiza frecuentemente con cirugía mayor ambulatoria. La otitis es una inflamación de la membrana timpánica, que suele producir pus, resultando dolorosa y provocando pérdida de audición. La miringotomía (intervención que consiste en una incisión en la membrana timpánica para drenaje de fluido o pus) ayuda a que remitan los síntomas.

1.1.2. Reacciones psicológicas y físicas al proceso quirúrgico

En nuestra sociedad, en general, se concibe el hospital como el mejor recurso que tenemos para tratar y curar enfermedades, siendo el lugar al que el paciente acude con la esperanza de que se realizará todo lo necesario para que su curación se produzca. Sin embargo, en general, los pacientes tienden a sentir ansiedad ante su ingreso en el hospital y miedo ante los procedimientos y acontecimientos que le puedan ocurrir durante su hospitalización. Por ello, el hospital es visto, por un lado, como un lugar que proporciona alivio y curación y, por otro lado, como un sitio desagradable, donde nuestro cuerpo está sometido a intervenciones dolorosas (Valdés y Flórez, 1992).

El miedo y la ansiedad son parte de la experiencia del periodo que rodea la operación (Caumo et al., 2000). Sin embargo, la cirugía no influye de la misma forma en todos los niños, haciendo innecesaria la preparación psicológica en todos los pacientes (Beeby y Morgan-Hughes, 1980).

Las investigaciones acerca de la experiencia de la cirugía en los pacientes se ha diversificado, principalmente, sobre tres líneas: las reacciones emocionales de los pacientes antes de la cirugía y la repercusión sobre su recuperación; las repercusiones psicológicas y físicas consecuencia de la intervención quirúrgica; y, la preparación psicológica de los pacientes para prevenir y/o minimizar dichas repercusiones. En la presente investigación se ha recogido información, tanto a nivel teórico como experimental, respecto a las dos primeras líneas. La preparación psicológica de los pacientes es una línea de investigación ampliamente desarrollada en la literatura y, a nuestro parecer, puede y debe ser tratada como único tema de exposición. Los resultados obtenidos en la presente investigación irán orientados al desarrollo de una preparación psicológica dirigida a aquellos pacientes y

familiares más vulnerables a padecer niveles elevados de ansiedad ante el proceso quirúrgico.

Respecto a los dos primeros temas, que se desarrollarán a continuación, matizar que, en ocasiones, resulta difícil una clara delimitación de lo que son reacciones emocionales previas a la intervención quirúrgica y las que son consecuencia de dicha intervención. En la exposición teórica que se presenta a continuación se han incluido en primer lugar, aquellas reacciones anteriores a la aplicación de la anestesia, incluyendo ese momento. En segundo lugar, se muestra la influencia de dichas reacciones emocionales sobre la recuperación postquirúrgica del paciente. A continuación, se han considerado las repercusiones de la intervención como aquellas que manifiesta el paciente tras el despertar de la anestesia, dividiendo el apartado entre repercusiones psicológicas y físicas.

1.1.2.1. Reacciones emocionales preoperatorias

En el caso del paciente pediátrico, se hace difícil la evaluación de sus reacciones emocionales a través de pruebas y/o cuestionarios. Gran parte de esta información se recoge a través de sus manifestaciones físicas de distrés (lloros, gritos, comportamiento agresivo, etc.), que a los adultos nos lleva a inducir que el niño está siendo sometido a una situación estresante para él.

En pacientes adultos, se ha observado que aproximadamente la mitad de ellos evalúan el hospital como altamente estresante, incrementándose sus niveles de depresión y ansiedad, así como la utilización de estrategias de afrontamiento de evitación (Rodríguez Marín, López Roig y Pastor Mira, 1989; Pastor Mira, López Roig y Rodríguez Marín, 1990).

En el caso del paciente pediátrico el proceso quirúrgico, con o sin hospitalización, se complica en la medida en que no es el paciente el que demanda asistencia a su médico, sino su familia, generalmente su madre, estableciéndose una relación triangular: madre-pediatra-niño. La decisión de hospitalizarlo suele tomarse sin ofrecer ninguna explicación al niño, favoreciendo un aumento de sus niveles de miedo y ansiedad (Valdés y Flórez, 1992).

Las *reacciones emocionales* se asocian a cualquier intervención quirúrgica y se deben a diversos factores como temores (a la situación desconocida, al pronóstico, a la destrucción de la imagen corporal, a posibles cambios de forma de vida, a la anestesia y a la muerte, entre otros), falta de información, agresión física que supone la intervención y alteración que ocasiona la hospitalización en el ámbito familiar, social y económico, entre otros. Las reacciones emocionales se observan tanto en niños (Menke, 1981; Pfeffer, 1989) como en adultos (Saéz, Lleixa, Bonfill, González y Maldonado, 1996).

Villar (1995) recoge distintos efectos negativos que se observan en los niños antes y durante la hospitalización (Cuadro I.8.).

Cuadro I.8. Efectos observados en niños antes y durante la hospitalización

ANTES		DURANTE	
✓ Ansiedad	✓ Negación	✓ Dependencia	
✓ Trastornos del sueño	✓ Depresión	✓ Hospitalismo	
✓ Temor a la pérdida de imagen corporal	✓ Ansiedad	✓ Trastornos digestivos y halitosis	
	✓ Trastornos del sueño	✓ Temblor	
	✓ Hiperactividad	✓ Irritabilidad	
	✓ Llanto	✓ Conductas regresivas	
	✓ Hipervigilancia	✓ Estrés general	
	✓ Mutismo	✓ Desmayo	
	✓ Aislamiento		

Las reacciones emocionales más frecuentes ante una intervención quirúrgica son los miedos, las preocupaciones y la ansiedad. Los *miedos* médicos y las *preocupaciones*, se relacionan con la edad y el género de los niños. Respecto a la edad se observa que los niños con edad

intermedia (entre 11 y 13 años) mostraron mayor nivel de miedo que los niños de edades inferiores (7-10 años) y superiores (14-17 años) (Aho y Erickson, 1985; Dolgin, Phipps, Harow y Zeltzer, 1990).

En relación al género parece existir acuerdo respecto a la mayor manifestación de miedos por parte de las niñas, en general (Dong, Yang y Ollendick, 1994), y de miedos médicos en particular (Aho y Erickson, 1985; Del Barrio y Mestre, 1989; Dolgin, Phipps, Harow y Zeltzer, 1990; Moniz-Mora, Vaz-Leal, Vázquez-Rueda, 2000). Por el contrario, otros autores (Muris, Steerneman, Merckelbach y Meesters, 1996) señalaron que los miedos se reducían con la edad (evaluado en niños entre 9 y 12 años) y que no existen diferencias entre géneros (evaluado en niños con síntomas psicopatológicos previos). Las percepciones maternas de los miedos de sus hijos reflejan que los niños tienen mayor niveles de miedo de lo que perciben sus madres (Dolgin et al., 1990). En niños, se observa una relación positiva entre la ansiedad rasgo y el nivel de miedo que manifiestan (Muris et al., 1996).

Como señalan López Roig, Pastor y Rodríguez Marín (1993) la mayoría de trabajos realizados con distintas muestras, sobre la ansiedad relacionada con la cirugía, coinciden en que los niveles de ansiedad son más elevados en el momento del ingreso que en el alta, y que, correlaciona positivamente con la ansiedad en la precirugía inmediata y con la ansiedad después del alta. Respecto a los pacientes pediátricos diversos autores (Brophy y Erickson, 1990; Valdés, Flórez y Llorián, 1993), ponen de manifiesto que la *ansiedad* de los niños se acentúa cuando se enfrentan a una intervención quirúrgica, observándose en la mayoría de ellos reacciones ansiosas y trastornos emocionales con posterioridad a la operación. Respecto a la ansiedad, se observan diferencias de género, mostrando los niños mayor ansiedad que las niñas (Tiedeman y Clatworthy, 1990). En cuanto a la edad, ésta parece relacionarse negativamente con la ansiedad (Tiedeman y

Clatworthy, 1990). Así, diversos autores (Jay, Ozolins, Elliott y Caldwell, 1983; Flórez y Valdés, 1990) señalaron que los niños menores de siete años manifiestan mayores niveles de estrés, necesitan mayor cantidad de analgésicos (Wallace, 1989), lloran más y exhiben más distrés (Manne, Bakeman, Jacobsen y Redd, 1993) que los niños mayores. Por el contrario, otros autores (Kain, Mayes, OConnor y Cicchetti, 1996), señalaron que son los niños mayores de siete años, con padres ansiosos y con una historia negativa con médicos, los que mostraron mayores niveles de ansiedad en el área preoperatoria.

Otros autores (Tiedeman y Clatworthy, 1990; Lumley, Melamed y Abeles, 1993; Dong et al., 1994) señalaron que los niños de 6 y 7 años manifiestan menos ansiedad fisiológica y comportamental y menos síntomas depresivos que los niños menores o mayores de esa edad. Por el contrario, otros autores (Bijttebier y Vertommen, 1998) no han observado relación entre la edad y la ansiedad. Sin embargo, señalaron que los niños más pequeños manifestaron mayor distrés y fueron menos cooperativos. Como señalan López Roig et al. (1993) es importante reducir los niveles de ansiedad de los pacientes en el momento del ingreso dada su influencia durante todo el proceso.

En niños, las preocupaciones preoperatorias son predictoras de la ansiedad que experimentarán en el momento de la operación (Moix, Bassets y Caelles, 1996). Las principales preocupaciones de los niños ante la cirugía se centran en la separación de sus padres, las inyecciones (García et al., 1996), perder alguna parte del cuerpo, la cirugía (Aho y Erickson, 1985) y la anestesia (Valdés y Flórez, 1992). Los adolescentes suelen estar preocupados, especialmente, con la muerte como consecuencia de la enfermedad de la que le van a operar, despertarse durante la operación y no poder realizar las mismas cosas que antes (Quiles, Ortigosa, Méndez y Pedroche, 1999).

En pacientes adultos, las preocupaciones acerca de la intervención y la recuperación parecen tener un mayor efecto sobre la ansiedad que las preocupaciones sobre aspectos de la hospitalización y la enfermedad, pudiendo predecir la recuperación de los pacientes a través de cuestionarios de preocupaciones o de ansiedad (Moix, 1995).

Moix et al. (1996) señalaron que había dos preocupaciones que correlacionaban con la ansiedad de los niños: el miedo a las inyecciones y la preocupación de los padres respecto a los posibles problemas que puedan surgir durante la intervención.

En resumen, las principales reacciones emocionales preoperatorias son la ansiedad, el miedo y las preocupaciones. En general, las investigaciones muestran que los niños menores de 7 años, con padres ansiosos y con experiencias previas negativas, son más propensos a desarrollar ansiedad. Los niños parecen manifestar mayores niveles de ansiedad que las niñas, mientras estas manifiestan mayores niveles de miedo que sus pares masculinos. Algunos autores ponen de manifiesto que las preocupaciones, son predictoras de la ansiedad que manifestará el paciente el día de la intervención. Los niños están preocupados especialmente por la separación de sus padres y los procedimientos médicos (inyección, anestesia y cirugía).

A continuación se muestran los resultados de investigaciones acerca de la influencia de estas reacciones emocionales sobre la recuperación del paciente.

1.1.2.2. Influencia de las reacciones emocionales sobre la recuperación postquirúrgica

El momento de mayor estrés para los niños parece ser el día de la operación, manifestando mayores niveles de estrés en comparación con

el periodo pre y postoperatorio (Fielding y Tam, 1990). Cuando los niveles de estrés, que se producen ante la intervención quirúrgica son excesivos pueden producirse, con posterioridad a la operación, varios tipos de reacciones, las cuales pueden ser, según Irache y Aymamí (1989) de tipo: *psicológico* (ansiedad, depresión, irritabilidad, agresividad, mayor necesidad de sedantes, etc.); *somático* (algias más acusadas, peor curso de la cicatrización, menos defensas ante las infecciones, etc.); y *evolutivo* (menor disciplina, falta de cooperación en los tratamientos, etc.). Según Moix (1990) la ansiedad prequirúrgica depende de la evaluación del estímulo como amenazante y de la sensación de control. En estudios con pacientes adultos, la autora señala que los que perciben la intervención quirúrgica como más amenazante y con poco control sobre ella, experimentan más ansiedad. Esta ansiedad repercute en su recuperación a nivel fisiológico y psicológico (Martínez Sánchez y Valiente Carrillo, 1994; Valdés y Flórez, 1995).

Sin embargo, niveles moderados de ansiedad parecen ser beneficiosos para afrontar la experiencia. Este nivel permite realizar un “ensayo” sobre la cirugía y sus repercusiones (Salmon, 1993), permitiéndole al paciente poner en marcha sus recursos de afrontamiento. En este sentido, es necesario señalar que la ansiedad, en sí misma, no es perjudicial, son los niveles elevados de ansiedad los que pueden bloquear los recursos de la persona para enfrentarse con el estrés de la experiencia quirúrgica.

El tipo de procedimiento quirúrgico y la ansiedad preoperatoria del niño, parecen ser predictores de la presencia o ausencia de cambios comportamentales negativos postoperatorios, evaluando dichos cambios con el Posthospital Behavior Questionnaire (PHBQ. Vernon, Schulman y Foley, 1966). Así, las intervenciones genitourinarias se asociaron con mayores cambios comportamentales negativos postoperatorios que las

intervenciones de oído, nariz y/o garganta. La ansiedad antes y durante la aplicación de la anestesia también se asoció con mayor presencia de cambios comportamentales negativos postoperatorios (Melamed y Siegel, 1975; Kain, Wang, Mayes, Caramico y Hofstadter, 1999). A este respecto Lumley et al. (1993) señalaron que únicamente se observaba esa influencia de la ansiedad, en niños que eran hospitalizados después de la cirugía. En adultos también se observó que la ansiedad antes de la aplicación de la anestesia influye sobre la percepción del dolor, el distrés postoperatorio y la solicitud de más medicación (Mathews y Ridgeway, 1981).

En pacientes adultos, la ansiedad rasgo, parece correlacionar con la ansiedad estado antes de la cirugía dental con ingreso, pero no con la ansiedad postoperatoria (Ho, Hashish, Salmon, Freeman y Harvey, 1988). Cuando se utilizan otras medidas postoperatorias además de la ansiedad (por ejemplo, dolor, uso de la medicación o síntomas físicos), hay una pequeña evidencia de que la ansiedad preoperatoria se asocia con una peor recuperación (Boeke, Stronks, Verhage y Zwaveling, 1991), aunque no en todos los estudios (Manyande y Salmon, 1992).

Carson, Council y Gravely (1991) no observaron en niños entre 4 y 12 años, sometidos a amigdalectomía, diferencias significativas en sus *comportamientos* antes y después de la operación (evaluado con el PostHospital Behavior Questionnaire. PHBQ). Sin embargo, observaron que los niños manifestaron significativamente mejor ajuste un año después de la amigdalectomía que inmediatamente antes o después de la hospitalización. Estos resultados sugieren que antes del ingreso los sujetos podían haber modificado su comportamiento debido al estrés ocasionado al anticipar la hospitalización y la cirugía y quizá la medida de prehospitalización pueda no ser representativa de su línea base de ajuste.

Goldstein, Post, Rosenfeld y Campbell (2000) señalaron que existe una alta prevalencia de comportamientos problemáticos, (evaluado con el Child Behavior Checklist. CBCL. Achenbach, 1991,1992), en niños sometidos a operaciones de adenoides y de amígdalas debido al síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) o a trastornos crónicos de obstrucción respiratoria que suelen sufrir. Las puntuaciones en el CBCL mejoran después de la operación. Las categorías donde se observaron las mejoras fueron en comportamiento de retirada, quejas somáticas, ansiedad/depresión, problemas de atención y problemas de pensamiento.

También se ha observado (Watcha y White, 1992; Tate y Cook, 1996), un incremento de ansiedad antes de la anestesia y la cirugía, considerándose un factor de riesgo para desarrollar náuseas y vómitos postoperatorios. Sin embargo, otros estudios (Haavik, Soreide, Hofstad y Steen, 1992; Nygren et al., 1995; Wang y Kain, 2000) no observaron relaciones entre la ansiedad preoperatoria, y la cantidad de volumen gástrico residual, es decir, no tiene porque esperarse mayor incidencia de náuseas y vómitos postoperatorios en pacientes más ansiosos.

Moix (1994a,b) señaló que en pacientes adultos el estado prequirúrgico afecta a la recuperación postquirúrgica, en el sentido de que los pacientes con un mejor estado psicológico antes de la cirugía son los que se recuperan más fácil y rápidamente. La tasa cardíaca en pacientes adultos instantes antes de la intervención resultó ser una variable con capacidad predictiva del nivel de ansiedad estado un día antes de la intervención. Es decir, conociendo el nivel de ansiedad del sujeto un día antes de la intervención (variable predictora) será posible predecir la que mostrará instantes antes de ésta (Martínez et al., 1993).

Algunas variables asociadas con la ansiedad y las alteraciones de tipo emocional o psicológico postquirúrgicas son: una estancia breve en el hospital (Tiedeman y Clatworthy, 1990), la ansiedad estado

preoperatoria, las experiencias previas negativas (Atkins, 1981; Tiedeman y Clatworthy, 1990; Caumo et al., 2000), la duración de la cirugía, el dolor postoperatorio (Caumo et al.2000), tener menos de 6/7 años, ser la primera hospitalización, ser intervenido quirúrgicamente, y que los padres estén muy ansiosos (Atkins, 1981; Tiedeman y Clatworthy, 1990).

En resumen, cuando los niveles de estrés ante la intervención quirúrgica son elevados puede repercutir en la recuperación del paciente. Así, la ansiedad preoperatoria puede afectar a los comportamientos postoperatorios, a la ansiedad postoperatoria y a las náuseas y vómitos, aunque no todos los investigadores parecen confirmarlo. Los niveles moderados de ansiedad parecen ser beneficiosos para afrontar el proceso quirúrgico. Algunos autores señalan que se puede predecir la ansiedad del paciente el día de la intervención realizando la evaluación de su ansiedad el día de antes.

López Roig et al. (1993) observaron que la recuperación del paciente se puede clasificar en dos índices: la recuperación emocional y la recuperación física. En este sentido se describen a continuación las principales repercusiones postoperatorias del paciente, por un lado, las repercusiones psicológicas y, por otro, las repercusiones físicas consecuencia de la intervención quirúrgica.

1.1.2.3. Repercusiones psicológicas de la cirugía

Las repercusiones psicológicas posteriores a la cirugía y/o hospitalización, pueden dividirse en dos grupos: reacciones emocionales (alteraciones del estado de ánimo, ansiedad de separación, fobias, etc.) y reacciones comportamentales (regresiones en el comportamiento, alteraciones de la conducta alimentaria, trastornos del sueño, etc.).

Villar (1995) señaló que las repercusiones psicológicas que suelen manifestar los niños después de la hospitalización son: fobias, dificultades escolares, pérdidas de autocontrol, depresión, trastornos del sueño e hiperactividad. La recuperación emocional postquirúrgica parece asociarse de forma lineal con la ansiedad prequirúrgica, así como con variables de recuperación física postquirúrgicas (López Roig et al., 1993).

En el Cuadro I.9. se muestran detalladamente las alteraciones infantiles más frecuentes debidas a la hospitalización (Tomado de Méndez y Ortigosa (2000), p. 49).

Cuadro I.9. Repercusiones negativas asociadas a la hospitalización infantil

<ul style="list-style-type: none"> ♦ REACCIONES EMOCIONALES <ul style="list-style-type: none"> • Sustitución de comportamientos recientemente adquiridos por otros extinguidos en fases evolutivas anteriores (por ejemplo, la conducta de chuparse el pulgar). • Mutismo y retraimiento social. ♦ REACIONES COMPORTAMENTALES <ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones del estado de ánimo (por ejemplo, estados depresivos). • Fobias relacionadas con aspectos médicos (por ejemplo, a la sangre, a las inyecciones, a la muerte, a adquirir una enfermedad, a los hospitales). • Ansiedad de separación. • Trastornos del sueño y otros relacionados (por ejemplo, pesadillas, fobias a la oscuridad). • Agresividad. ♦ TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE RELACIÓN CON EL CUERPO <ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones somatoformes (por ejemplo, hipocondría, afonía secundaria a amigdalectomía). • Alteraciones de la conducta alimentaria (por ejemplo, conducta negativista ante la comida). • Trastornos de la eliminación (por ejemplo, enuresis, encopresis). • Trastornos de tics (por ejemplo, faciales).

Respecto a las **reacciones emocionales** que manifiestan los niños frente a la cirugía y/o hospitalización, Ngim-Kee (1988), observó

que al menos el 20% de los niños ingresados en el hospital experimentaban algún grado de trastorno emocional y/o conductual. Entre las alteraciones emocionales consecuencia de la hospitalización, la ansiedad de separación y el estado de humor triste, parecen ser los efectos más recurrentes en el contexto de la hospitalización infantil (Blasco, 1992; Lizasoain y Polaino-Lorente, 1992; Palomo, 1995).

Es importante evaluar tanto la ansiedad comportamental como la fisiológica, debido a que se ha observado que, en ocasiones, los niños manifiestan ansiedad fisiológica, pero no comportamental o viceversa (Lumley et al., 1993).

La hospitalización no parece ser suficiente para producir un estado depresivo, propiamente dicho, en niños entre 8 y 14 años. Sin embargo, sí afecta al estado de humor, mostrando los niños hospitalizados menos sentimientos positivos de alegría que los niños no hospitalizados. Por otro lado, la ansiedad sí está afectada por la situación de hospitalización, mostrando los niños hospitalizados mayores niveles que los no hospitalizados. No se observan diferencias respecto a la intensidad ni tipo de miedos en los niños, aunque hay una tendencia, no significativa, en los niños hospitalizados, frente a los no hospitalizados, a tener más miedo a las situaciones inhabituales, a la muerte y a la enfermedad (Del Barrio y Mestre, 1989). Este miedo en los niños surge en ocasiones debido a interpretaciones erróneas de la información obtenida o a fantasías que le hacen percibir la situación como amenazante (Rodríguez Marín y Zurriaga, 1997).

Respecto a las **reacciones comportamentales**, señalar que en ocasiones, posteriores a la hospitalización, el niño manifiesta ansiedad de separación, cambios en sus patrones de sueño y alimentación, irritabilidad, alteración al oír hablar del hospital y tiene pesadillas relacionadas con la hospitalización (Palomo, 1995; Rossen y Mckeever, 1996). Rossen y Mckeever (1996), observaron que la mayoría de los

niños manifestaron cambios negativos en su comportamiento durante la primera semana después de la hospitalización, independientemente del tipo de preparación que habían recibido.

Los trastornos postoperatorios parecen ser mayores en niños menores de 6/7 años (Scaife y Campbell, 1988; Lynch, 1994; Kain, Mayes, O'Connor et al., 1996). En este grupo de edad, el distrés se manifiesta en cambios comportamentales tales como ansiedad de separación, conductas agresivas, alteraciones del sueño, problemas alimentarios, apatía y disminución de la interacción con los miembros de la familia (Vernon et al., 1966; Rossen y McKeever, 1996). Estos comportamientos de distrés son exhibidos tanto por niños que son sometidos a cirugía mayor y que han tenido hospitalizaciones largas (Tiedeman y Clatworthy, 1990), como por niños con hospitalizaciones cortas o cirugía ambulatoria (Melamed y Siegel, 1975; Lynch, 1994; Rossen y McKeever, 1996).

Existe una gran variabilidad en la incidencia de cambios en el comportamiento informados en la literatura. En un metanálisis Vernon y Thompson (Thompson y Vernon, 1993; Vernon y Thompson, 1993) identificaron 29 estudios que examinaban el comportamiento de los niños después de la hospitalización y la cirugía utilizando el Posthospital Behavior Questionnaire (PHBQ. Vernon et al., 1966). Estos estudios pusieron de manifiesto porcentajes de cambio en el comportamiento que oscilan entre un 7% en la categoría de ansiedad general y un 65% para la categoría de ansiedad de separación. Kain, Mayes, O'Connor et al., (1996) explicaron esas diferencias en función de los diferentes grupos de edad establecidos, las diferentes técnicas anestésicas y los diferentes procedimientos quirúrgicos utilizados.

Algunos estudios (Brophy y Erickson, 1990; McClowry y McLeod, 1990; Carson et al, 1991) señalaron, que la mayoría de los niños manejan la experiencia de la cirugía, con o sin hospitalización, sin

cambios comportamentales negativos, evaluados con el Posthospital Behavior Questionnaire, PHBQ. Vernon et al., 1966 (Vernon, Foley y Schulman, 1967). Por el contrario, otras investigaciones (Vernon et al., 1966; Friedman y Peled, 1988; Kain, Mayes, O'Connor et al., 1996; Rossen y McKeever, 1996) observaron que entre el 52% y el 78% de los niños sometidos a cirugía muestran cambios comportamentales y emocionales tales como trastornos alimentarios, trastornos del sueño, la aparición de hábitos consoladores (chuparse el pulgar, morderse las uñas y la masturbación), la aparición de imaginaciones o fantasías horribles, regresiones en su desarrollo (mojar la cama y tartamudear), cambios en su actitud hacia los padres (ansiedad de separación, sobredependencia, agresión, indiferencia y negativismo) y la aparición de ansiedades relacionadas con la muerte.

Estos cambios comportamentales son el resultado de una interacción entre el distrés que experimenta el niño, sus características de personalidad y el estado emocional de sus padres. En este sentido, Kain, Mayes, O'Connor et al., 1996, señalaron que las variables predictoras para la presencia de comportamiento desadaptativo postoperatorio estarían asociadas a no tener hermanos, la ansiedad preoperatoria de niños y madres y la edad (los niños menores de 4 años mostraron mayores cambios comportamentales negativos).

Los cambios comportamentales negativos postoperatorios descienden significativamente con el tiempo pasado después de la cirugía (Kain, Wang et al., 1999). Durante la primera y segunda semana posteriores a la hospitalización se observa que algunos niños muestran cambios negativos en su comportamiento oscilando entre el 23% y el 83% de los niños (Kain, Mayes, O'Connor et al., 1996; Rossen y McKeever, 1996; Kain, Wang et al., 1999). Los cambios comportamentales más comunes fueron las pesadillas, despertarse llorando, desobedecer a sus padres, ansiedad de separación, tener

pataletas (Kain, Mayes, O'Connor et al., 1996), y un aumento al miedo a los médicos y a los hospitales (Kain, Wang et al., 1999). Se ha observado que estos cambios pueden persistir hasta cuatro semanas después del alta hospitalaria (Lynch, 1994; Tiedeman y Clatworthy, 1990; Zuckerberg, 1994). A este respecto, algunos autores (Melamed y Siegel, 1975) ponen de manifiesto que existe una relación directa entre la cantidad de estrés experimentado durante la hospitalización y el grado de distrés manifestado después de 3/4 semanas del alta.

Respecto a la evolución de los cambios comportamentales, Kain, Mayes, O'Connor et al. (1996) observaron en niños entre 2 y 10 años sometidos a una intervención quirúrgica en régimen ambulatorio que el 54% mostraron respuestas comportamentales negativas a las dos semanas de la operación (evaluado con el Posthospital Behavior Questionnaire. PHBQ. Vernon et al., 1966). El 20% continuó mostrando cambios comportamentales negativos a los 6 meses y en el 7% estos comportamientos persistieron un año después de la intervención. Es decir, la prevalencia de respuestas comportamentales negativas desciende significativamente de las 2 semanas a los 6 meses y de estos al año. Los cambios comportamentales más frecuentes a las dos semanas fueron las pesadillas, la ansiedad de separación, los problemas alimentarios y un incremento de miedos a los médicos. Al año, el 7% de los niños mostró cambios en un comportamiento negativo, "alterarse cuando alguien mencionaba a los médicos o a los hospitales". A pesar del alto porcentaje de niños que muestran cambios en su comportamiento, estos suelen ser de carácter leve. Cambios más severos en el comportamiento (como enuresis) únicamente se observan en un pequeño porcentaje de los niños (Lumley et al., 1993; Kain, Mayes, O'Connor et al., 1996).

La medicación sedativa preoperatoria parece reducir el desarrollo de cambios negativos en el comportamiento postoperatorio de los niños

sometidos a anestesia general y a cirugía ambulatoria (Kain, Mayes, Wang y Hofstadter, 1999). La evaluación postoperatoria muestra, que aunque la cirugía ambulatoria no es traumática para todos los niños, puede conducir a secuelas psicológicas significativas en algunos de ellos (Brophy y Erickson, 1990). En este sentido, Lumley et al. (1993) destacan que no todos los niños necesitarían preparación y sería importante preguntarles a las madres la predicción del comportamiento de su hijo, debido a que las reacciones negativas a experiencias anteriores puede predecir el estrés actual.

En resumen, los cambios comportamentales negativos consecuencia del estrés ante la cirugía y/o la hospitalización se producen frecuentemente en niños menores de 6/7 años. Algunas investigaciones señalan que no hay cambios en el comportamiento de los niños, sin embargo otras muestran que sí. Estos cambios se reducen con el tiempo, aunque un año después de la intervención algunos niños siguen alterándose cuando alguien menciona a los médicos o a los hospitales. La reacción emocional postoperatoria más frecuente es la ansiedad, especialmente en los más pequeños, observándose también un estado de humor triste en los niños hospitalizados.

La ansiedad postoperatoria puede ser consecuencia del dolor y otros síntomas físicos (Salmon, Evans y Humphrey, 1986). A continuación se muestran las repercusiones físicas más frecuentes como consecuencia de la cirugía.

1.1.2.4. Repercusiones físicas de la cirugía

Las repercusiones físicas más frecuentes posteriores a la intervención quirúrgica en régimen ambulatorio suelen ser el dolor, las náuseas y/o vómitos (Patel, et al., 1986; Grenier, Dubreuil, Siao y

Meymat, 1998; Kokinsky et al., 1999; Marshall y Chung, 1999; Bustos Molina, 2000) y la fiebre (Lancaster, 1997).

Aproximadamente entre un 3% y 4% de los infantes y niños puede tener algún tipo de complicación mayor durante la recuperación postanestesia. Entre las complicaciones más comunes están (Marshall y Chung, 1999; Lugo-Vicente, página Web, 2001): (1) el dolor postoperatorio, siendo más frecuente el dolor de garganta; (2) las náuseas y/o vómitos postoperatorios, ocurren en un 2-5% de todos los pacientes pediátricos quirúrgicos. Es más común en adolescentes, pacientes que padecen mareo y en cirugía de ojo; (3) problemas post-intubación, le ocurren entre el 1% y 6% de los niños, es más común en niños de 1 a 4 años de edad y cuando la intubación endotraqueal es difícil o tiene que repetirse en un lapso de tiempo corto; y (4) saturación de oxígeno durante la recuperación, que se suele manejar satisfactoriamente con oxígeno suplementario administrado con mascarilla.

Los niños que se duermen tranquilamente durante la aplicación de la anestesia suelen tener despertares más tranquilos. La manifestación más temprana de las repercusiones físicas en el postoperatorio se manifiesta al recuperar el niño la conciencia del coma tras la anestesia (Zuckerberg, 1994). Los niños que recuperan la conciencia en un estado de excitación después de la anestesia, suelen hablar a gritos, hacer ruido y a menudo necesitan algún medio de sujeción para evitar lesiones. El periodo de excitación se resuelve por sí solo, a menudo, en menos de 20 minutos y en ese lapso el niño no reacciona a las palabras de tranquilización. Terminado este periodo sigue otro de calma (Zuckerberg, 1994).

Las manifestaciones y expresiones de *dolor* en los niños hospitalizados suelen ser más marcadas en los niños de menor edad (González, Calvo, Benavides y Sifre, 1998). Respecto al dolor en niños

sometidos a intervención de adeno-amigdalitis, con cirugía ambulatoria, se observa que las madres informan de un rápido cambio en la intensidad del dolor en los niños, siendo el dolor mayor durante las primeras 12-36 horas después del alta (Gedaly-Duff y Ziebarth, 1994; Rosbe, Jones, Jalisi y Bray, 2000). La intensidad media de dolor en casa suele ser moderada, y el 20% de los niños suelen experimentar dolor intenso en casa (Nardone y Schuchard, 1991; Nikanne, Kokki y Tuovinen, 1999). Otros autores (Sepponen, Kokki y Ahonen, 1999) señalaron niveles inferiores, observando que tres cuartas partes de los niños intervenidos de adenoides y amígdalas experimentaron un nivel ligero de dolor después del alta en cirugía ambulatoria.

El dolor experimentado en casa parece estar relacionado con la necesidad de analgésicos solicitados en el hospital (Nikanne et al., 1999) y es un importante predictor de los cambios negativos en el comportamiento de los niños después de cirugía ambulatoria (Kotiniemi, Ryhänen y Moilanen, 1997). El dolor suele durar hasta dos semanas después, considerando las madres que las actividades y niveles de energía de los niños habían vuelto a la normalidad entre los 5 y 7 días siguientes a la intervención. El dolor es más intenso al levantarse por la mañana, cuando tienen la garganta seca, al comer y al beber. Las madres interpretan como indicación de dolor el acto de no beber, las muecas faciales de dolor, llorar y el cansancio (Gedaly-Duff y Ziebarth, 1994). El 70% de los padres suministraron algún analgésico a sus hijos para el dolor (Sepponen et al., 1999).

Riaño et al. (1999) entrevistaron a un grupo de pediatras con la finalidad de evaluar sus conocimientos sobre el dolor en niños, destacando que una tercera parte de ellos minusvalora el dolor, tienen una formación incompleta y declaran que es suficiente la sedación (no haciendo falta analgesia), para tratar el dolor en pacientes con trastornos psicológicos. Los autores señalaron, que aunque los sedantes

pueden disminuir la intensidad de la percepción de los estímulos dolorosos carecen de actividad analgésica, siendo necesario, por tanto, la administración de analgésicos para el control del dolor.

Los pacientes ambulatorios con un alto riesgo de padecer *náuseas y vómitos* son aquellos con una historia previa de náuseas o vómitos, las mujeres sometidas a técnicas ginecológicas y los niños operados de estrabismo (Marshall y Chung, 1999).

Después de amigdalectomía, con y sin, adenoidectomía, las complicaciones postoperatorias más comunes son vómitos, fiebre y sangrado (Callanan et al., 1994; Gabalski et al., 1996; Pizzuto, Volk y Kingston, 1998), especialmente durante las seis primeras horas tras la operación (Callanan et al., 1994). La hemorragia es el problema más grave pero también es el menos frecuente. Algunos autores consideran que la intervención de amigdalectomía causa significativamente más secuelas físicas que la de adenoidectomía, en cirugía ambulatoria. Respecto a la edad observaron que los niños mayores de 3 años mostraron mayor tendencia a tener vómitos, que los pacientes menores de esta edad (Holzmann et al., 2000).

En resumen, las repercusiones físicas postoperatorias más comunes son el dolor y las náuseas y/o vómitos. Las reacciones observadas en el paciente al despertar de la operación dependen, en gran medida, de su estado durante la aplicación de la anestesia. Los pacientes que durante la inducción a la anestesia muestran un comportamiento ansioso suelen mostrar un comportamiento similar al despertar. Las manifestaciones de dolor en los pacientes pediátricos suelen ser más marcadas en los niños de menor edad. Sin embargo, los niños de mayor edad tienen más tendencia a padecer náuseas y/o vómitos. A la semana de la intervención quirúrgica los niños suelen volver a su estado físico habitual.

1.2. La familia del paciente pediátrico

La familia ha sido descrita como un sistema abierto o un ecosistema que interacciona libremente con su ambiente, y que crece, se desarrolla y evoluciona a lo largo del espacio y del tiempo. Es un conjunto integrado y unificado, que es más que la suma de sus diferentes partes (Fawcett, 1975). Además, una familia es un grupo social de personas que comparten una historia, unos vínculos emocionales y unas metas. Sus funciones sociales incluyen la interacción entre sus miembros, entre el núcleo familiar y la familia extensa y entre la familia y otras unidades sociales tales como el sistema de salud o el sistema educativo (Sedgewick y Hildebrand, 1981).

Una familia es un sistema compuesto por partes interdependientes, de modo que un cambio en una de ellas provoca cambio en los demás miembros (Whaley y Wong, 1989). En este sentido, una intervención quirúrgica y/o hospitalización de un miembro de la familia puede constituir una crisis, en mayor o menor medida.

En relación a la hospitalización de un hijo, los padres suelen experimentar miedo, culpa y ansiedad de separación; tienen preocupaciones sobre dejar el cuidado de sus hijos a extraños; dudan de sí mismos y se cuestionan sus habilidades para el cuidado y la atención al niño/a (Grant, 1978; Schraeder, 1980).

En el presente apartado, se mostraran en primer lugar, las reacciones emocionales más frecuentes, que manifiestan los miembros de la familia, especialmente los padres, antes, durante y después de la intervención quirúrgica de un hijo/a. En segundo lugar, se mostrará cómo influyen dichas reacciones emocionales sobre la adaptación del niño a la cirugía. Y, por último, se muestra cómo influye la presencia de los padres durante el proceso quirúrgico.

1.2.1. Reacciones de la familia durante el proceso quirúrgico

La transmisión de emociones desadaptativas de padres a hijos, así como la interferencia que producen estas emociones en la habilidad de los padres para afrontar la situación y para apoyar a su hijo, ponen de manifiesto la importancia de evaluar las emociones de la familia tanto en el periodo preoperatorio como tras la intervención quirúrgica. A continuación se exploran ambos momentos.

1.2.1.1. La experiencia preoperatoria de la familia

En el mismo momento en que los padres deciden intervenir quirúrgicamente a su hijo surgen reacciones emocionales relacionadas con la intervención. En general, al acercarse la fecha de la operación, en caso de cirugía programada, el nivel de estrés se incrementa en relación a la evaluación que realizan de los estresores específicos. La experiencia que la familia vive ante esta situación pone de manifiesto la importancia de atender a sus necesidades.

A continuación se muestran las investigaciones relativas a estas reacciones emocionales, preocupaciones, estresores y necesidades de los padres.

Las *reacciones emocionales* más frecuentes ante la intervención de un hijo/a suelen ser: ira, culpa, temor, ansiedad, preocupación y/o frustración (Benavides et al., 2000). Las madres parecen estar más ansiosas y más preocupadas que los padres (Montoya, González, Zaragoza y Vila, 2001). El sentimiento de culpa suele proceder del propio cuestionamiento acerca de si podían haber hecho algo para prevenir la enfermedad de su hijo. La culpa paterna se intensifica cuando está indicada la hospitalización, ya que se sienten impotentes

para aliviar el dolor físico y emocional de su hijo. También es frecuente que los padres expresen sentimientos de temor, ansiedad y frustración. El miedo y la ansiedad pueden relacionarse con la gravedad de la enfermedad y el tipo de procedimientos médicos necesarios.

La ansiedad de los padres relacionada con la hospitalización de su hijo también puede alimentar los sentimientos de frustración. Es frecuente que las madres informen de estar preocupadas debido a no tener información acerca de los procedimientos y tratamientos a los que se somete su hijo. Pueden surgir sentimientos de frustración y una sensación de pérdida de control, como resultado de la incertidumbre acerca de las normas y los reglamentos hospitalarios, de sentir que no se es bien recibido por el personal o del temor a hacer preguntas (Whaley y Wong, 1989).

Turner, Tomlinson y Harbaugh (1990), pusieron de manifiesto cómo el sentimiento de incertidumbre se asocia con sentimientos de ansiedad elevados y falta de control para los padres de niños ingresados en una unidad de cuidados intensivos. Estos autores plantearon cuatro categorías en la percepción de la incertidumbre parental: *la incertidumbre sobre el ambiente* (localización de recursos, jerarquía en el personal médico/sanitario, guías de conducta, gestión de la unidad); *la incertidumbre sobre la enfermedad* (gestión del sistema de salud, condiciones causales, tratamiento, severidad de la enfermedad, pronóstico, calidad de vida); *la incertidumbre sobre los cuidadores* (calidad del cuidado, competencia y empatía de los cuidadores); y, *la incertidumbre sobre el sistema familiar* (incertidumbre sobre los límites, actuación del rol parental, incertidumbre entre roles, efectos presentes y futuros).

La mayoría de los padres parecen necesitar más información sobre los posibles cambios comportamentales de sus hijos tras la cirugía, así como sobre posibles intervenciones para manejarlos

(Schaeffer y Youngblut 1991, Rossen y McKeever, 1996). La incertidumbre en los padres, en ocasiones, se mantiene por una comunicación no satisfactoria con los médicos (Whelan y Kirkby, 1997). Así, el estrés parental ante la intervención quirúrgica de su hijo deriva principalmente de su imposibilidad de anticipar los problemas postoperatorios que pueden surgir y la incertidumbre para afrontarlos (Tönz, Herzig y Kaiser, 1999).

De esta manera, cuando los padres son informados, a través de folletos explicativos sobre la intervención quirúrgica y sobre técnicas de preparación para los niños, se sienten más capaces de prepararlos y de afrontar los problemas (Stone y Glasper, 1997; Chan y Molassiotis, 2002).

Las principales *preocupaciones* de los padres cuando sus hijos se ponen enfermos suelen ser la fiebre, la tos y la posibilidad de meningitis (Kai, 1996). Cuando su hijo tiene que someterse a una intervención quirúrgica las principales preocupaciones hacen referencia a la anestesia y sus posibles consecuencias, así como que su hijo fallezca como consecuencia de la enfermedad (González, Montoya, Zaragoza, García-Aguado, García-Muñoz y Peiro, 2001).

A continuación se presentan en cinco grupos las principales preocupaciones referidas por los padres durante la hospitalización de su hijo/a (Tomado de Quiles y Pedroche, 2000b, p.156) (Cuadro I.10.).

Ante la intervención de un hijo es frecuente que algunos de los padres experimente cierto nivel de *estrés* que suele estar relacionado con el sentimiento de no estar suficientemente preparados y con ser la primera vez que un hijo es intervenido quirúrgicamente (Tönz, Herzig y Kaiser, 1999).

Cuadro I.10. Principales preocupaciones en los padres ante la hospitalización de un hijo/a

Cambios en el rol parental	Desconocimiento de los cuidados que precisa el niño. Desconocimiento de lo que deben y/o pueden hacer. Sentimientos de inutilidad y falta de control.
La enfermedad y los procedimientos médicos	Falta de información acerca del tratamiento médico, sus riesgos, efectos secundarios, etc. Necesidad de seguridad acerca de la idoneidad de los cuidados.
Ansiedad generada por el comportamiento del niño	Dolor y ansiedad del paciente infantil. Cambios en su comportamiento: mayor demanda de atención, comportamientos regresivos, etc.
Trato del personal sanitario	Comunicación médico-paciente-padres. Reacciones de paternalismo o de falta de interés.
La alteración de la rutina diaria	Desatención a los demás hijos. Dificultades económicas. No cumplimiento de las obligaciones cotidianas.

Algunos autores (Gofman, Buckman y Schade, 1957; Schum, 1989) señalaron que las demandas potenciales y los estresores para los padres incluyen miedo respecto a la enfermedad, el desconocimiento, el ambiente restrictivo del hospital, la separación de su hijo, la falta de tiempo para el cónyuge, trabajo adicional, encontrar tiempo para hacer lo que necesita, cambios en las rutinas, cambios en el comportamiento del niño hospitalizado, cambios en el comportamiento de los hermanos y problemas con el transporte.

En la misma línea, Shutt (1991) señaló que los estresores que los padres perciben relacionados con el hospital, en cirugía ambulatoria, incluyen cambios en el rol parental, respuestas emocionales y comportamentales de los niños, procedimientos, cosas que ven y oyen, comunicación y comportamiento del personal sanitario y aspecto o estado del niño.

Maligalig (1994) distinguió entre estresores intrapersonales, interpersonales y extrapersonales relacionados con la operación y con el periodo postoperatorio en cirugía ambulatoria.

- ♦ Los *estresores intrapersonales* incluyen: (1) la ansiedad sobre los sentimientos y reacciones de su hijo a la experiencia quirúrgica, (2) pruebas y procedimientos, (3) miedo al riesgo de la cirugía, (4) miedo a lo desconocido, y (5) aprensión y deseos de un resultado positivo de la cirugía. La ansiedad sobre el dolor y las molestias, incluye dolor de garganta, náusea y vómito y que su hijo pueda sentirse como una fuente de estrés para sus padres. En el periodo postoperatorio, los padres identifican sentimientos de falta de confianza en sí mismos y algo de miedo sobre sus responsabilidades para cuidar de su hijo en casa.
- ♦ Los *estresores interpersonales* identificados por los padres en cirugía ambulatoria, incluyen la experiencia de ansiedad de separación, los sentimientos de pérdida de control sobre cómo su hijo se enfrentaba a la cirugía, y la ansiedad experimentada mientras esperaban las noticias del cirujano (Maligalig, 1994).
- ♦ Los *estresores extrapersonales* identificados por los padres se relacionaban con sus responsabilidades en el cuidado de su hijo en casa y la disponibilidad de sus recursos o de llamar al médico si ocurrían problemas después del alta. Algunos padres señalaron la pérdida de ingresos por no trabajar ese día como un estresor (Maligalig, 1994).

El estrés que experimentan los padres ante la intervención de su hijo/a influye a su vez en su capacidad para entender la información que le ofrece el personal médico/sanitario. En este sentido, Lander y Warnock (1999) observaron que la mayoría de los padres no entendieron o no retuvieron la información prequirúrgica ofrecida, debido a que estaban ansiosos y con frecuencia fatigados y hambrientos. Algunos estaban ansiosos sobre la inminente cirugía de

sus hijos o las respuestas de estos. Muchos estaban cansados debido a que habían madrugado o debido al viaje hasta el hospital. Algunos no habían desayunado y descubrieron al llegar que no podían dejar al niño para ir a comer algo. Algunos informaron que tuvieron que parar a comer, o a comprar medicinas recetadas por el médico, durante la vuelta a casa, dejando al niño solo en el coche, generando una situación estresante para ellos.

Kristjánisdóttir (1991) evaluó a través de un cuestionario seis grupos de *necesidades* en los padres de niños hospitalizados entre 2 y 6 años:

- ♦ *La necesidad de ser capaz de confiar en los/las doctores/as y enfermeros/as*: por ejemplo, “Ser capaz de confiar que aunque yo no esté presente, mi hijo tendrá el mejor cuidado médico posible” y “Ser capaz de confiar que aunque yo no esté presente mi hijo tendrá el mejor cuidado posible de enfermería”.
- ♦ *La necesidad de sentir que son de confianza*: por ejemplo, “Sentir que no soy culpado por la enfermedad de mi hijo” y “Que las enfermeras estén en contacto conmigo y me consulten sobre el cuidado que es necesario para atender a mi hijo”.
- ♦ *La necesidad de información*: por ejemplo, “Que yo esté informado de todo lo que se sabe sobre el pronóstico de mi hijo” y “Que yo esté informado de todos los tratamientos que mi hijo recibirá”.
- ♦ *Necesidad de apoyo y orientación*: por ejemplo, “Que una enfermera me ayude a reconocer mis propias necesidades (de comida, sueño, etc.)” y “Que yo pueda ayudar a identificar las necesidades de mi hijo”.

- ♦ *Necesidades relacionadas con los recursos humanos y físicos:* por ejemplo, “Que tenga suficiente reposo o descanso” y “Que las enfermeras reconozcan y entiendan los sentimientos de los padres”.
- ♦ *Necesidades relacionadas con otros miembros de la familia:* por ejemplo, “Que tenga tiempo para estar con mi otro hijo” y “Que sea capaz de explicar cosas relacionadas con la hospitalización de mi hijo a mis familiares, amigos y a mi otro hijo”.

Los dos grupos señalados como más importantes son la necesidad de ser capaz de confiar en los/las doctores/as y enfermeros/as y la necesidad de información. En general, los padres perciben los items como menos importantes que las madres. Los padres con más de dos niños percibieron las necesidades relacionadas con el apoyo y orientación más importantes que los otros padres (Kristjánsdóttir, 1995).

Lander y Warnock (1999) señalaron que para ofrecer el tipo de apoyo adecuado a los padres es necesario identificar los factores de riesgo psicosociales. Las personas que necesitan más apoyo parecen ser las familias monoparentales sin apoyo social, personas con dificultades para leer, padres que viven en un área rural y padres con niveles económicos bajos.

En resumen, las investigaciones muestran que para la mayoría de los padres la decisión de intervenir quirúrgicamente a un hijo/a, desencadena una serie de reacciones emocionales (ansiedad, miedo, incertidumbre, preocupaciones) que van asociadas a la evaluación que realizan de los estresores potenciales. Esta evaluación pone en marcha una serie de estrategias dirigidas a resolver la situación y restaurar el equilibrio emocional. La evaluación y atención de las necesidades

parentales por parte del personal sanitario puede ser un sistema de apoyo útil para la familia.

A continuación se presentan las investigaciones relacionadas con las repercusiones psicológicas en la familia después de la intervención quirúrgica del paciente.

1.2.1.2. Repercusiones psicológicas en la familia

Las investigaciones acerca de las repercusiones psicológicas en la familia se basan principalmente en la ansiedad de los padres, en las estrategias de afrontamiento utilizadas y en las reacciones de los hermanos.

Algunas de las causas de la angustia o ansiedad de la familia se relacionan, como se ha señalado, con el sentimiento de culpa, así como con los resultados de la cirugía y la anestesia (Cuadro I.11.) (Zuckerberg, 1994).

Cuadro I.11. Causas de ansiedad en los padres

Causas generales
Culpa (incapacidad de "proteger" al hijo)
Pérdida de control
Ansiedad de separación (padre e hijo)
Control conductual
Aspectos económicos
Resultados de la cirugía
Fracaso del método
Desfiguración
Muerte
Resultados de la anestesia
Lesión cerebral
Muerte
Duración e intensidad del dolor
Reacciones del personal
Comunicación errónea
Falta de interés aparente
Paternalismo
Experiencia prehospitalaria
¿Qué es lo que piensan y sienten los miembros de la familia respecto a los hospitales, los miembros del personal médico y asistencial y qué experiencias personales han tenido?

La hospitalización de un hijo para cirugía es muy estresante para la mayoría de padres (Ogilvie, 1990), en ocasiones, más que para los propios niños (Harris, 1981).

Después de pasar la crisis aguda de la enfermedad, una vez dado de alta, algunos padres pueden reaccionar con alteraciones de su estado de ánimo (Whaley y Wong, 1989). Grenier et al. (1998) señalaron que casi la mitad de los padres informaron de ansiedad en el postoperatorio después de cirugía ambulatoria.

Una vez en casa, el cuidado del niño o del adolescente es responsabilidad de los padres. Para poder confiar en su habilidad de cuidar a su hijo necesitan tener resueltas sus dudas, así como saber que hacer en caso de presentarse complicaciones (fiebre alta, sangrado, etc.) (Lancaster, 1997).

Una línea de investigación respecto a las repercusiones en la familia se relaciona con el afrontamiento realizado por los padres frente a la cirugía y sus consecuencias. La evaluación cognitiva y las estrategias de afrontamiento influyen sobre las emociones que desarrollan los padres. Estas emociones, como se ha señalado, ansiedad, miedo, culpa, ira, tristeza y depresión, pueden afectar al funcionamiento adaptativo e interferir con el pensamiento productivo y el comportamiento eficaz ante la experiencia de la hospitalización (Lazarus, 1968; Lazarus y Launier, 1978; Lazarus y Folkman, 1984).

Las estrategias de afrontamiento que utilizan los padres para enfrentarse a la intervención quirúrgica de su hijo suelen formar parte de su forma habitual de enfrentarse con los estresores. Entre las más utilizadas suelen estar la búsqueda de información, identificar los recursos a utilizar, hablar sobre sus preocupaciones, utilizar los sistemas de apoyo social y racionalizar su decisión de operar a su hijo. Otros mecanismos de afrontamiento utilizados por los padres en cirugía

ambulatoria incluyen representar calma y fortaleza, mantenerse ocupados leyendo o hablando mientras esperaban, mentalizarse a sí mismos para la experiencia, guardar silencio, llorar y utilizar la fe (Maligalig, 1994).

Aunque se observa que la ansiedad de los padres disminuye significativamente desde el ingreso al alta y desde el ingreso a la poshospitalización, no disminuye significativamente a partir del alta. Estos cambios en la ansiedad se pueden explicar dentro del Modelo Transaccional de estrés y afrontamiento (1984), que se expondrá posteriormente. Así, inicialmente ante la hospitalización de un hijo los padres pueden percibir numerosas demandas, incrementando su ansiedad. En el momento del alta puede haber una percepción de descenso en las demandas al haber una mejora en la condición de su hijo, y mayor familiaridad con el ambiente. Aunque la ansiedad de los padres no continua disminuyendo después del alta, en el alta y en la poshospitalización la ansiedad parental fue significativamente más baja que en la muestra normativa (Tiedeman, 1997).

Las *reacciones de los hermanos* a la enfermedad y la hospitalización suelen ser de ira, resentimiento, celos y culpa. Es usual que la culpa sea resultado de reprimir los demás sentimientos, y resulta más común en niños mayores. Durante la hospitalización y posterior a ésta, generalmente es la madre la que pasa más tiempo junto al niño enfermo, pudiendo afectar a sus relaciones con el resto de la familia, y especialmente a los otros hijos (Benavides et al., 2000).

Los dos efectos principales que se observan en los hermanos de niños hospitalizados son las manifestaciones conductuales y las reacciones emocionales (Benavides et al., 2000). Los cambios en las rutinas familiares debido a la hospitalización o enfermedad pueden desencadenar en los hermanos problemas de conducta como reacciones violentas, rabietas, dificultades en sus relaciones sociales y problemas

escolares. Sus reacciones emocionales pueden deberse a falta de información que desencadena miedos y temores a ser contagiados por la enfermedad y/o sentimientos de culpa por haberles causado la enfermedad (Barahona, Montoya y González, 2001).

La capacidad de los hermanos de hacer frente a las crisis depende principalmente de su edad de desarrollo, pero también está sujeta a la influencia de la estructura familiar, las experiencias estresantes previas y los mecanismos usuales para hacer frente a las crisis. Por ejemplo, los niños de corta edad suelen tener más dificultades para ajustarse al estrés que entraña la separación respecto de sus padres, que están más centrados en el hermano enfermo. El ajuste suele resultarles menos difícil a los niños mayores, que usan la comunicación verbal como un mecanismo para hacer frente a la crisis, siempre y cuando se les dé información adecuada.

En resumen, tras la intervención quirúrgica la emoción más frecuente en los padres es la ansiedad. Esta ansiedad se desencadena tanto por las posibles consecuencias de la intervención, como por la inseguridad ante el cuidado postoperatorio. Ante esta situación los padres ponen en marcha los recursos y estrategias disponibles para hacerle frente a sus emociones y a los posibles problemas que puedan surgir. Los hermanos, como miembros del sistema familiar, también pueden desarrollar diversas reacciones emocionales ante la intervención quirúrgica del paciente.

1.2.2. Influencia de los padres en la adaptación del niño a la cirugía

Existen dos hipótesis explicativas de la influencia de los padres en el afrontamiento de los niños a situaciones médicas estresantes: el

contagio emocional y la crisis parental (Melamed y Bush, 1985). La hipótesis del contagio emocional (Escalona, 1953, Visintainer y Wolfer, 1975; Heffernan y Azarnoff, 1971; Vernon et al., 1967) propone que la ansiedad parental es comunicada al niño de forma verbal y no verbal, y que esto produce un incremento en el nivel de ansiedad del niño. Por otro lado, la hipótesis de la crisis parental enfatiza la importancia del estado emocional de los padres para ayudar al niño a enfrentarse a estresores (Kaplan, Smith, Grobstein y Fischman, 1973).

La hipótesis del contagio emocional difiere de la de la crisis parental en que esta última enfatiza la importancia del comportamiento de los padres, para ayudar al niño a enfrentarse con los estresores. De esta manera, el estrés parental puede influir en el niño de dos formas. En primer lugar, el incremento de ansiedad puede ser comunicado al niño (hipótesis del contagio emocional), y en segundo lugar, este incremento de ansiedad puede interferir con la habilidad de los padres de ayudar a su hijo (hipótesis de la crisis parental) (Melamed y Bush, 1985; Tiedeman, 1997; Hägglöf, 1999).

En ocasiones, es difícil delimitar qué investigaciones se basan en una u otra hipótesis para analizar los datos y explicar los resultados obtenidos. Esto es debido tanto, a que algunas investigaciones a nivel teórico están basadas en ambas hipótesis, como a que algunos autores no explicitan cuál es su base teórica. En el presente trabajo se ha intentado delimitar aquellas investigaciones que se basan en la hipótesis del contagio emocional, en la de la crisis parental o en ambas, tal como se muestra a continuación.

1.2.2.1. La hipótesis del contagio emocional

La Hipótesis del Contagio Emocional, postula, que es posible para los padres emocionalmente trastornados transmitir su ansiedad a sus

hijos a través de comunicación verbal y no verbal (Vander Veer, 1949), aunque no especifica exactamente cómo se produce esta transmisión. Diversas investigaciones muestran cómo las emociones son comunicables de una persona a otra. Jimerson (1982) señaló que la ansiedad es comunicable y transferible de una persona a otra. En este sentido, Skipper y Leonard (1968) destacaron que la ansiedad de los padres puede ser transmitida al niño hospitalizado e influir en su índice de recuperación. Smitherman (1981) sugirió que los niños pequeños (los que empiezan a andar) pueden experimentar ansiedad cuando otros a su alrededor están ansiosos. Estos niños pueden exhibir manifestaciones conductuales de angustia relacionada con la ansiedad transferida (Fiser, Stanford y Dorman, 1984).

El apoyo empírico de la hipótesis del contagio emocional se obtiene de los estudios que correlacionan la ansiedad estado del niño con la de los padres en situaciones médicas (Melamed y Bush, 1985), poniendo de manifiesto la necesidad de prestar atención a la influencia de las reacciones emocionales de los padres sobre las emociones de los niños (Kashani y Vaidya, 1990; Spiegelber, 1990). En la misma línea, Dix (1991) puso de manifiesto que las expresiones de afecto positivo tienden a provocar respuestas positivas y cooperativas en los niños, mientras que las expresiones de afecto negativo tienden a provocar reacciones negativas, de resistencia y de distrés en los niños. Kain, Mayes, Wang, Caramico, Krivutza y Hofstadter (2000) ponen de manifiesto también el proceso inverso, señalando que la alta ansiedad que manifiestan los niños puede estar influyendo en el aumento de ansiedad de los padres.

En la línea del “contagio emocional”, Bush, Melamed, Sheras y Greenbaum (1986) señalaron que los niños con madres que mostraban una conducta ansiosa, poseían mayores rasgos de ansiedad en su conducta. Por otro lado, las madres más ansiosas ofrecían pocas

conductas orientadas a facilitar la adaptación del niño y su distracción frente a los eventos médicos, que estaría relacionado con la hipótesis de la crisis parental. Estos autores pusieron de manifiesto que la ansiedad de la madre predecía un peor ajuste a la hospitalización, a la exploración y tratamientos médicos de los niños, al tiempo que se correlacionaba positivamente con la alteración experimentada por el niño. En esta línea, Kain, Mayes, Weisman y Hofstadter (2000), señalaron que la ansiedad de los padres es un buen predictor de la ansiedad del niño. Otros autores (Frank, Blount, Smith, Manimala y Martin, 1995), observaron que la ansiedad rasgo de las madres no contribuía significativamente a predecir el comportamiento de distrés o de afrontamiento de los niños.

Las investigaciones sobre la relación entre la ansiedad parental y la de sus hijos muestran resultados inconsistentes. La mayoría de investigaciones (Tsigounis, 1978; Vardaro, 1978; Meng y Zastowny, 1982; Kain, Mayes, O'Connor et al., 1996; LaMontagne, Hepworth Johnson y Cohen, 1996; Tiedeman, 1997; Meursing, 1999; Palermo, Drotar y Tripi, 1999; Kain et al., 2000; Voepel Lewis, Tait y Malviya, 2000) señalan que los padres pueden transmitir su ansiedad al niño/a, mostrando una relación positiva entre la ansiedad de los padres y sus hijos, tanto en niños como en adolescentes. En general, se considera el estrés de los padres como uno de los principales factores que dificultan el ajuste del niño a la hospitalización (Affleck, 1985; Wertlieb, Hauser y Jacobson, 1986; Daniels, 1987; Melamed, 1988).

Por el contrario, otros autores (Sides, 1977; Hamilton y Sofio, 1979; Scaife y Campbell, 1988; Caumo et al., 2000) no obtienen relaciones significativas, poniendo de manifiesto que la ansiedad de la persona responsable del niño no fue predictora del nivel de ansiedad postoperatoria del paciente. Algunas razones para estos resultados inconsistentes pueden ser la comparación entre cuestionarios

proyectivos y de autoinforme para evaluar dicha ansiedad y el hecho de que, quizá, diferentes medidas de ansiedad muestran diferentes dimensiones de la ansiedad (Tiedeman, 1997).

Una línea de investigación sobre el contagio emocional examina la influencia del estado emocional de las madres sobre el distrés de los niños. En este sentido, Robins, Robins y Rawson (1973) observaron una relación positiva entre la ansiedad maternal y el comportamiento negativo de los niños sometidos a tratamiento médico. Klorman, Michael, Hilpert y Sveen (1979) indicaron que la ansiedad maternal estaba asociada con el distrés en los niños únicamente en aquellos niños con poca o ninguna experiencia médica. En esta línea, Jay et al. (1983) señalaron que la ansiedad rasgo de los padres estaba correlacionada positivamente con el distrés de los niños sometidos a aspiraciones de médula ósea. De esta manera, parece existir una relación positiva entre la ansiedad o distrés paterno y el de sus hijos (Lizasoáin y Polaino-Lorente, 1992; Frank et al., 1995).

En resumen, cuando uno de los miembros de la familia desarrolla una enfermedad, la familia como sistema se altera. En ocasiones, la cirugía, con o sin hospitalización, de un hijo/a constituye una crisis para la familia. Las emociones que los padres experimentan ante la cirugía suelen ser de miedo, culpa, ansiedad y preocupación. Estas emociones influyen sobre la ansiedad y reacciones comportamentales de sus hijos a través de dos vías: el contagio emocional y la crisis parental. El contagio emocional señala que la ansiedad parental puede ser transmitida a los niños a través de comunicación verbal y no verbal. No especifica exactamente cómo se produce esa transmisión y se basa en las correlaciones positivas obtenidas entre la ansiedad de los padres y la de sus hijos.

1.2.2.2. La hipótesis de la crisis parental

Como se ha señalado, con frecuencia la hospitalización de un hijo es una situación que produce estrés en los padres, mostrando una variedad de conductas como ansiedad, miedo, retirada y culpa (Vulcan y Nikulich-Barrett, 1988; Whelan y Kirkby, 1997). La observación clínica muestra que los padres alterados emocionalmente suelen ser menos capaces de responder a las necesidades y señales de distrés de sus hijos y de ayudarlos en el afrontamiento del estrés (Wolfer y Visintainer, 1975; Kain et al., 2000). Concretamente, un nivel de ansiedad alto puede interferir con sus habilidades de afrontamiento y dificultar su habilidad para apoyar a su hijo (Melnyk, 1994; Tiedeman, 1997).

La hipótesis de la crisis parental se basa en las dificultades que manifiestan los padres, cuando se sienten alterados emocionalmente, para desarrollar comportamientos que ayuden a sus hijos. En este sentido, se muestra que las madres que tenían una alta ansiedad rasgo tendían a ignorar más a su hijo/a favoreciendo respuestas desadaptativas en el niño. Sin embargo, las madres con menor ansiedad que utilizaron estrategias de afrontamiento focalizadas en el problema, tranquilizaron más a sus hijos (Bush et al., 1986). En el mismo sentido, Carson et al. (1991) observaron que las madres que estaban más ansiosas antes de la cirugía de sus hijos tendían a ser más rechazantes, sobreindulgentes y sobreprotectoras, y tuvieron niños que afrontaron menos satisfactoriamente la experiencia hospitalaria.

Cuando los padres se adaptan al marco hospitalario y aprenden a afrontar la situación también ganan seguridad y confianza en sí mismos, y es más probable que utilicen diversas estrategias que les permitan atender a las necesidades de sus hijos (Lynn, 1986; Melnyk, 1994).

La ansiedad de los padres no necesariamente tiene un efecto negativo sobre su competencia. Para algunos padres cierto nivel de ansiedad puede ser adaptativo, siempre que no sea excesivo o crónico (Melamed, 1993; Whelan y Kirkby, 1997). Un nivel medio de ansiedad le permite a las madres adaptarse a la situación y ofrecer la información más adecuada para su hijo/a respecto a la situación médica. Sin embargo, tanto la alta como la baja ansiedad de las madres antes de la cirugía parece relacionarse con mayor tasa cardíaca en los niños (Brophy y Erickson, 1990).

Respecto a la importancia del comportamiento de los padres para el desarrollo de alteraciones emocionales en los niños, se habla del aprendizaje por modelado o imitación de las conductas desadaptativas. En este sentido, Zabin y Melamed (1980) observaron que aquellos padres que permitían y alentaban la evitación del estímulo que provocaba miedo, tendían a tener niños que respondían temerosamente ante las situaciones evocadoras de miedo. Greenbaum, Cook III, Melamed, Abeles y Bush (1988), señalaron que entre madre e hijo se produce un modelado o imitación de conductas y emociones. En este sentido, Blount, Davis, Powers y Roberts (1991), señalaron que el comportamiento de los padres y del personal sanitario es uno de los principales factores que ha mostrado su influencia sobre el distrés de los niños. En la misma línea, Muris, Steerneman, Merckelbach y Meesters (1996), mostraron que el nivel y la expresión de miedo en las madres, parece contribuir al desarrollo de miedos en los niños, a través del modelado.

En resumen, la hipótesis de la crisis parental es la segunda vía a través de la cual el estado emocional y los comportamientos de los padres pueden influir sobre sus hijos. Esta hipótesis destaca dos aspectos: que un estado emocional alterado en los padres interfiere en su habilidad para apoyar al niño y que es importante el comportamiento

que tienen los padres en el aprendizaje por modelado del niño. Ambas hipótesis, el contagio emocional y la crisis parental, son complementarias. La hipótesis de la crisis parental especifica que la influencia entre padres e hijos se produce a través de los comportamientos que realizan los padres, pero igualmente la transmisión de emociones, que señala la hipótesis del contagio emocional, puede producirse por imitación o modelado de las conductas asociadas a dichas emociones.

Otra línea de investigación sobre la influencia de los padres sobre sus hijos, se centra en cómo la presencia o ausencia de una figura paterna condiciona el comportamiento que muestran los niños. A continuación se presentan investigaciones relativas a este tema.

1.2.3. Presencia de los padres en el proceso quirúrgico

En el proceso quirúrgico los padres pueden intervenir en tres momentos principalmente, en la preparación preoperatoria, durante la aplicación de la anestesia (u otros procedimientos médicos) y durante la recuperación en sala. En el presente apartado se mostraran las investigaciones acerca de la influencia de la presencia paterna durante los dos últimos momentos. Como se señaló, previamente, no se tratarán en el presente trabajo los aspectos relativos a la preparación psicológica.

Como muestran Palermo et al (1999) los estudios sobre los efectos de la presencia de los padres durante los tratamientos médicos han mostrado resultados contradictorios. Melamed y Bush (1985) señalaron que estas diferencias observadas en los resultados podían ser debidas a distintos estados emocionales y a las distintas estrategias de afrontamiento utilizadas por las madres. Por un lado, algunas investigaciones (Shaw y Routh, 1982; Gross, Etern, Levin, Dale y

Wojnilower, 1983) muestran la influencia negativa de la presencia paterna cuando los padres manifiestan niveles elevados de ansiedad, poniendo de manifiesto que los niños tienen más reacciones comportamentales negativas (lloros, quejas) a una inyección cuando sus madres estaban presentes que cuando estaban ausentes. Así mismo, Greenbaum et al. (1988) señalaron que los niños cuyas madres tenían una alta ansiedad estado, respondieron con un nivel alto de distrés durante el tratamiento médico. La presencia materna durante los procedimientos médicos, parece favorecer que los niños lloren más que cuando no está presente su madre (Dahlquist y Czyzewski, 1989). Sin embargo, su estrés cognitivo, afectivo y fisiológico es menor al contar con la presencia de una “figura de apoyo” (Jay, 1988; Lizasoáin y Polaino-Lorente, 1992). Bevan et al. (1990) observaron en niños de 2 a 10 años, en cirugía ambulatoria, que presentaron más trastornos durante la aplicación de la anestesia los que estaban acompañados de padres extremadamente ansiosos.

Esto puede estar relacionado con las hipótesis señaladas en el subapartado anterior, la hipótesis del contagio emocional y la de la crisis parental. En este sentido, parece ser que no todos los padres están preparados y puede ser perjudicial para el niño que los padres que presentan alteraciones emocionales los acompañen durante los procedimientos médicos (Waterworth y Lusher, 1990). Así, la ansiedad de los padres parece contribuir al afrontamiento desadaptativo de los niños durante los procedimientos médicos, como se mostró previamente (Melamed y Bush, 1985; Kain, Mayes, Caramico et al., 1996; Méndez y Ortigosa, 2000). En general, parece ser que algunas respuestas de los padres pueden provocar miedo en los niños, que algunas formas de preparación utilizadas por los padres aumentan más que eliminan la ansiedad y que la presencia parental puede aumentar los lloros y quejas de los niños en algunas circunstancias (Peterson, Mori y Carter, 1985).

Por otro lado, otras investigaciones señalan que la presencia de los padres, principalmente la madre, durante la aplicación de la anestesia tiene efectos beneficiosos para el niño. La participación de los padres es beneficiosa tanto para el niño como para la familia, y el estrés y la ansiedad pueden reducirse para ambos si un padre o un cuidador familiar acompaña al niño en el hospital (Wolfer y Visintainer, 1975; Grant, 1978). Así, algunos autores (Schulman, Foley, Vernon y Allan, 1967; Hannallah y Rosales, 1983; Hannallah, 1994), señalaron que los niños acompañados de sus madres, durante la aplicación de anestesia, mostraron menos trastornos que aquellos que habían sido separados de sus madres. De esta manera, ponen de manifiesto que la presencia de los padres evita el trauma de la separación, facilita la inducción a la anestesia y minimiza el uso rutinario de premedicación (Hannallah, 1994; Hannallah, 1995).

A pesar de la ansiedad de los padres, la mayoría de ellos desea estar con sus hijos durante la recuperación de la anestesia y la cirugía, considerando que pueden apoyar y consolar a su hijo y no parecen haber complicaciones relacionadas con su presencia, actuando los padres como observadores de la evolución de su hijo (Hannallah y Rosales, 1983; Hannallah, 1994; Hall, Payne, Stack y Stokes, 1995; Odegard, Modest y Laussen, 2002). La mayoría de los padres que ha estado presente durante la anestesia informan que volverían a estar y consideran que fue beneficioso para su hijo al poder asegurarse que estaba cómodo y bien cuidado y al ayudarlo a reducir su estrés (Schulman et al., 1967; Ryder y Spargo, 1991; Vessey, Bogetz, Caserza, Liu y Cassidy, 1994; Coyne, 1995). Las principales razones para estar con sus hijos son: el bienestar emocional de los niños y su propia tranquilidad (Coyne, 1995; Callery y Luker, 1996). Whelan y Kirkby (1997) señalaron que, aproximadamente, dos tercios de los padres (72%) indicaron que ellos querían estar presentes cuando su hijo fuera anestesiado, sin embargo únicamente se les permitió a 15 (28%).

Los padres se ven a sí mismos como expertos en el cuidado, comportamiento y respuestas de sus hijos, de esta manera, ellos sienten que pueden suministrar los mejores cuidados a sus hijos (Schaeffer y Youngblut, 1991; Coyne, 1995). Sin embargo, también reconocen que tener información sobre diversos aspectos, como horarios en el hospital, medicación y cuidados médicos específicos, les ayuda a enfrentarse con la situación (Coyne, 1995).

Algunos autores (Kain, Mayes, Caramico et al., 1996; Kain et al., 1998) han evaluado si se modifica la ansiedad en los padres dependiendo de si están presentes o no en la aplicación de anestesia, señalando que no hay diferencias. Posteriormente, parte de estos autores (Kain, Mayes, Wang, et al., 2000) observaron que los padres que acompañaban a sus hijos dentro de la sala de operación estuvieron menos ansiosos y más satisfechos. Respecto a los niños se ha observado que la presencia de los padres durante la aplicación de la anestesia no parece reducir la ansiedad del niño más que lo hace un fármaco sedante (Kain et al., 1998; Kain, et al., 2000).

Los estudios sobre los efectos de la presencia de los padres durante la recuperación de la anestesia destacan la importancia de que los padres estén presentes cuando el niño se está despertando (Moix, 2000). De esta manera, Fina, Lopas, Stagnone y Santucci (1997) pusieron de manifiesto que los niños que estaban acompañados de sus padres, lloraron significativamente menos, estuvieron menos agitados y más cómodos, que aquellos que estaban sin sus padres. Diversas investigaciones (Maligalig, 1994; Hannallah, 1995; Blesch y Fisher, 1996; Whelan y Kirkby, 1997) pusieron de manifiesto que aproximadamente la mitad de los padres deseaban estar en la sala de recuperación cuando su hijo está recuperando la conciencia tras la anestesia.

En ocasiones, la presencia de la familia no repercute ni

beneficiando ni perjudicando, siendo el comportamiento de los niños acompañados de sus madres similar al de los niños no acompañados (Hannallah y Rosales, 1983). Peterson et al. (1985) señalaron que concluir que la presencia de la familia es siempre positiva y sostener que los miembros de la familia no deberían estar separados del niño enfermo en ningún momento es demasiado simple. En la misma línea, Moix (2000) señaló que aunque la colaboración de los padres no está exenta de inconvenientes, es posible reducirlos con una preparación adecuada. Estas investigaciones ponen de manifiesto la importancia de que los padres estén preparados para enfrentarse a la intervención quirúrgica de su hijo/a.

En resumen, la mayoría de los padres informan de su deseo de estar presente durante la aplicación de la anestesia y cuando su hijo está recuperando la conciencia después de la intervención, considerando que su aportación puede ser beneficiosa. Las investigaciones al respecto muestran resultados contradictorios, mientras unas señalan la disminución de ansiedad en niños acompañados por sus madres, otras, por el contrario, señalan un incremento. Estos resultados pueden explicarse desde las hipótesis del contagio emocional y de la crisis parental. En este sentido, la presencia de los padres excesivamente ansiosos puede ser más perjudicial que beneficiosa para los niños.

La experiencia quirúrgica no influye por igual en todos los niños. Esto depende de una serie de variables del niño, como la edad, nivel de desarrollo, experiencia previa con el marco hospitalario y estrategias de afrontamiento, entre otras. También influyen variables relacionadas con los padres como el apoyo que les ofrecen a los niños, sus estrategias de afrontamiento y sus reacciones emocionales. Un tercer grupo de variables que pueden influir son las relacionadas con el entorno hospitalario. A continuación se exponen detalladamente estas variables.

1.3. Variables psicológicas relacionadas con la cirugía pediátrica

La hospitalización, y especialmente la cirugía, suponen experiencias potencialmente estresantes e inductoras de reacciones que pueden mediar en el proceso quirúrgico, y en la recuperación del paciente (Martínez et al., 1993).

No todos los niños responden de la misma manera a los estresores hospitalarios, es decir, no todos los niños son igualmente vulnerables a los efectos negativos de la experiencia hospitalaria. Por ello, es necesario evaluar qué factores aumentan el estrés emocional que acompaña a la hospitalización e identificar qué niños tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos comportamentales sin una preparación psicológica adecuada para la hospitalización (Melamed, 1983).

El grado de estrés experimentado por los niños dependerá de diversas variables tales como: (1) la experiencia previa con tales procedimientos; (2) la habilidad de los padres para comunicar el evento inminente; (3) el cuidado de los médicos para comunicar con antelación cada evento; (4) las instrucciones ofrecidas según la edad y el nivel de entendimiento; (5) la habilidad para llevar a cabo las instrucciones; (6) la edad de desarrollo; (7) el sistema de apoyo; y (8) la gravedad de la enfermedad o la amenaza que represente la hospitalización (Whaley y Wong, 1989; Melamed, 1993).

En el presente apartado se muestran, en primer lugar, las variables que pueden influir en el marco hospitalario agrupadas en dos bloques, las variables potencialmente estresoras y las variables moduladoras. En segundo lugar, se muestra cómo influye la etapa de desarrollo del paciente sobre su experiencia hospitalaria.

1.3.1. Variables que pueden influir en el marco hospitalario

Como se ha señalado previamente, el marco hospitalario tiene *potencialidad estresora* y genera estados cognitivos y/o emocionales que pueden considerarse como fuentes de estrés. En este sentido, los sentimientos que genera el hospital son antagónicos a los recursos psicológicos del individuo (Rodríguez y Zurriaga, 1997; pp.154-155).

En la presente investigación se consideran el hospital y la cirugía como eventos potencialmente estresores, en la medida en que las variables que los componen generan estrés. Estas variables han sido agrupadas en diversas categorías que difieren según el autor de referencia. A continuación se muestran algunas de estas clasificaciones.

Así, por ejemplo, Gellert (1958) identificó algunas variables que podían favorecer problemas psicológicos en los pacientes pediátricos, como la separación de sus padres y de su casa, el apoyo inadecuado de los padres, rutinas desconocidas, horarios y procedimientos, dependencia impuesta, malentendidos y restricciones físicas.

Otros autores (Visintainer y Wolfer, 1975; Teichman, Ben Rafael y Lerman, 1986), señalaron que la influencia que la hospitalización ejerce sobre los niños va a depender de una serie de variables que agrupan en tres factores.

- En primer lugar, el factor *personal*, que incluye variables como la edad, nivel de desarrollo cognitivo, rasgos de personalidad, capacidad de resistencia, o la experiencia previa ante amenazas similares.
- En segundo lugar, el factor *interpersonal*, con variables como la separación del ambiente familiar y de la figura materna, la cantidad y tipo de apoyo que recibe de sus padres y del

personal sanitario, o el nivel de información que recibe sobre el proceso.

- ♦ En tercer lugar, el factor *ambiental*, con variables como las características y organización del hospital, duración de la estancia, rutinas, o procedimientos.

Lambert (1984) dividió en cuatro categorías los factores que influyen sobre la respuesta del niño a la hospitalización y a la cirugía:

- ♦ *Factores que dependen del niño* (etapa de desarrollo, experiencias previas en afrontamiento del distrés y situaciones de crisis, sus estrategias de afrontamiento, el significado de la enfermedad o estado de salud, los sentimientos y sensaciones evocadas por la hospitalización).
- ♦ *Factores que dependen de los padres* (cómo perciben la gravedad de la enfermedad y su amenaza y cómo transmiten su percepción al niño, el grado de apoyo y actitud positiva hacia el niño, experiencias previas en afrontamiento del estrés y situaciones de crisis y, específicamente, con la enfermedad y la hospitalización, la existencia de un sistema de apoyo para los padres, otras fuentes de estrés en la familia, las relaciones entre los padres y entre los padres y el niño)
- ♦ *Factores relacionados con la enfermedad* (la naturaleza de la hospitalización, el grado de sufrimiento o dolor asociado a la enfermedad y al tratamiento, frecuencia duración y grado de separación del niño de su ambiente natural).
- ♦ *Factores relacionados con el hospital* (el tipo de sala en la que el niño es hospitalizado, actividades infantiles que realiza y la habilidad del personal para entender y responder a las necesidades del niño).

Melamed, Siegel y Ridley-Johnson (1988) identificaron los siguientes estresores:

- ♦ Separación de los padres durante algunos procedimientos intensos.
- ♦ Separación del grupo de iguales y hermanos en su rutina diaria.
- ♦ Miedo a la pérdida de control.
- ♦ Tener que interactuar con extraños.
- ♦ Expectativa de algunos procedimientos incómodos o dolorosos.
- ♦ Posibilidad de estar solo durante la noche.
- ♦ Miedo a la anestesia o a estar inconsciente.

Valdés y Flórez (1992) señalaron que las amenazas o situaciones estresoras a las que tiene que enfrentarse un niño en el hospital pueden agruparse dentro de cuatro categorías: 1) la separación de su madre; 2) el ambiente hospitalario; 3) las exploraciones y procedimientos dolorosos, y 4) la intervención quirúrgica.

Lizasoáin y Polaino-Lorente (1992) señalaron que los principales factores que intervienen en el impacto de la hospitalización son de diversos tipos, tal como se muestra en el Cuadro I.12.

Palomo (1995) destacó la existencia de cinco factores que producen estrés en los niños durante su estancia en el hospital:

- ♦ El hospital como entorno extraño.

- ♦ Separación de los padres y familiares.
- ♦ Dolor y malestar asociado con la enfermedad y la terapia.
- ♦ La amenaza de muerte y la ansiedad que provoca.
- ♦ La influencia de los padres en la ansiedad del niño.

Cuadro I.12. Factores que intervienen en el impacto de la hospitalización

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

La autora, citando a Lambert (1984), habla de “*variables intervinientes*” en la adaptación del niño a la hospitalización y la cirugía. Estas variables modulan el impacto de los factores estresantes señalados y son de tres tipos: *variables del niño* (nivel evolutivo y mecanismos de afrontamiento), *variables referentes a los padres* (presencia o ausencia de la madre, preparación de ambos padres,

estatus socioeconómico y valores de la familia) y *variables del hospital* (acontecimientos estresantes, características de la enfermedad y preparación psicológica).

Villar (1995) identifica tres factores generadores de estrés en el marco hospitalario. En primer lugar, los *factores psicológicos*, que incluyen congruencia-incongruencia en la información recibida, incomunicación, falta de empatía, y de contacto físico. En segundo lugar, *factores socio-familiares*, que hacen referencia al sentimiento de culpa, ansiedad y autoestima de los familiares, así como a su actitud, especialmente hacia la enfermedad. Por último, los *factores físico-ambientales*, tales como exploraciones, horarios, condiciones de privacidad, ruido, frío-calor, mobiliario, decoración y material médico-quirúrgico.

Blesch y Fisher (1996) ponen de manifiesto que algunas variables, tales como el personal del hospital desconocido, los objetos no familiares e hirientes y la separación de sus padres, contribuyen a intensificar la ansiedad en los niños.

Moure, Rodeño, Antón, Fernández, Varela y Castro (1996), señalaron que aunque el estrés es una parte integrante de la vida de cualquier persona, sus causas durante la hospitalización de los niños se deben a muchos factores que se ven alterados, tales como la separación de su medio y la incorporación a un ambiente totalmente desconocido para él; la propia pérdida de salud, que por sí misma causa alteraciones emocionales; el descenso de la actividad consecuencia de la permanencia en cama; los constantes procedimientos diagnósticos; las técnicas dolorosas; y el miedo a lo desconocido.

Méndez y Ortigosa (1997) establecen cuatro grupos de estresores hospitalarios: los derivados de la enfermedad, los relacionados con los procedimientos médicos, los vinculados con la estructura y

organización del hospital y los asociados a las relaciones personales. Así mismo, señalan dos grupos de factores amortiguadores del impacto de esos estresores hospitalarios: los factores ambientales (entorno físico y apoyo social) y los factores personales (edad, sexo, historia de aprendizaje y repertorios básicos de conducta).

Benavides et al. (2000), realizan otra división de estos factores amortiguadores, denominándolos variables moduladoras y estableciendo tres grupos: las características de la enfermedad y de la hospitalización, las características del niño y las relaciones interpersonales.

Las distintas categorías establecidas por distintos autores, en ocasiones, dificultan la comprensión de estas variables. Así, por ejemplo, las características de la enfermedad pueden considerarse como variable interviniente (Lambert, 1984), como variable estresora (Palomo, 1995; Méndez y Ortigosa, 1997), como variable moduladora o amortiguadora del estrés y como efecto de la hospitalización (Benavides et al., 2000).

Esto puede ser debido a que se consideran distintos aspectos de una misma variable. En el ejemplo señalado, el dolor y malestar producido por la enfermedad puede considerarse como una variable potencialmente estresora, pero también como efecto de la hospitalización. Sin embargo, las características de cronicidad (aguda-crónica) de la enfermedad y la experiencia hospitalaria (primera hospitalización o no) pueden considerarse variables moduladoras y, en ocasiones, amortiguadoras del estrés.

En el presente trabajo se ha intentado recoger e integrar las distintas variables señaladas por diversos autores y hacer una distinción entre variables potencialmente estresoras (las que actúan en ese sentido negativo, provocando distrés) y variables moduladoras (para

designar aquellas variables que pueden actuar como estresor o como amortiguador del estrés), tal como se presenta a continuación. En el Cuadro I.13. se presentan esquemáticamente las variables recogidas, así como los autores tomados como referencia.

1.3.1.1. Variables potencialmente estresoras

Se considera como variable potencialmente estresora aquella que generalmente, actúa provocando estrés en el paciente y/o sus cuidadores familiares. Las variables potencialmente estresoras consideradas han sido: el entorno hospitalario, la separación de los padres, el dolor y malestar físicos y la amenaza de muerte.

El **entorno hospitalario** es una de las variables considerada como potencialmente muy estresora (Lizasoáin y Polaino-Lorente, 1992; Rodríguez Marín, 1995; Rodríguez Marín y Zurriaga Llorens, 1997). Esto es debido a aspectos como la interrupción de la actividad diaria, la pérdida de intimidad, la incertidumbre sobre la conducta apropiada, las relaciones con desconocidos y la decoración del hospital.

Una de las características potencialmente estresora del marco hospitalario, tanto para los niños como para sus padres, es la *interrupción de la actividad diaria*. Durante la estancia en el hospital se rompe la rutina diaria en la familia, por ejemplo en horarios escolares, organización del tiempo libre, horarios de comida a la que los niños y sus padres deben adaptarse, etc. (Palomo, 1995; Méndez y Ortigosa, 2000).

La falta del ambiente familiar amenaza la seguridad del niño, haciendo que su mundo sea menos predecible. Esta falta de control puede aumentar su estrés, alterar su habilidad de afrontamiento y producir diversos grados de ansiedad en los niños (Lynch, 1994).

En el contexto hospitalario se da con frecuencia los sentimientos de *pérdida de intimidad* y de *despersonalización*, especialmente, durante los exámenes físicos donde varios profesionales (médicos y/o enfermeras) exploran y discuten acerca de una dimensión de la persona (su cuerpo), sin tener en cuenta a la persona en su globalidad (Palomo, 1995). En este sentido, se puede potenciar en los niños el sentimiento de tener que rendirse al control sobre su propia vida, favoreciendo el desarrollo de ansiedad (Wishon y Brown, 1991). Esta pérdida de control favorece la despersonalización del paciente (Valdés y Flórez, 1992).

Otra de las características es la *incertidumbre* sobre la conducta apropiada en el entorno hospitalario. El niño puede mostrar gran incertidumbre sobre los límites aceptables de su comportamiento. En general, cuando el niño es ingresado casi nunca se le explica qué va a pasar, y el niño observa cómo va perdiendo poco a poco el control sobre la situación (Valdés y Flórez, 1992).

Por otra parte, los padres pueden tener dudas acerca del comportamiento correcto hacia el niño y hacia el personal médico/sanitario. En ocasiones, los padres que no saben cómo responder a sus hijos utilizan el engaño, por ejemplo, diciéndole que no le pueden dar agua porque en ese lugar no hay. Esto provoca enfado y rabia en el niño que siente su necesidad no satisfecha (Palomo, 1995).

Durante la estancia del niño en el hospital, otro factor potencialmente estresante es las relaciones con desconocidos, concretamente, *con el personal sanitario*, que son personas desconocidas y con un uniforme extraño para los niños (Lizasoáin y Polaino-Lorente, 1992; Méndez y Ortigosa, 2000).

Como se puede observar en la mayoría de los hospitales, la *decoración* y el mobiliario no están adaptados para los niños, siendo lugares fríos y asépticos potencialmente estresores para los niños.

Además, en algunas secciones, los pacientes adultos y los niños están juntos (Méndez y Ortigosa, 2000).

Cuadro I.13. Variables que pueden influir en el marco hospitalario y estudios relacionados

<p>VARIABLES ESTRESORAS</p>	<p>- El entorno hospitalario</p>	<p>Wishon y Brown, 1991; Valdés y Flórez, 1992; Palomo, 1995; Rodríguez Marín, 1995; Villar, 1995; Kornfeld, 1997; Rodríguez Marín y Zurriaga Llorens, 1997; Méndez y Ortigosa, 2000.</p>
	<p>- Separación de los padres</p>	<p>Spitz, 1946; Robertson, 1958; Bowlby, 1960, 1969; Mahaffy, 1965; Vernon et al., 1966; Vernon et al., 1967; Gaona, Pérez de Sobrino, Ocaña, Romanos y Castilla del Pino, 1985; Pitzer y Hock, 1989; Wishon y Brown, 1991; Lizasoain y Polaino-Lorente, 1992; Valdés y Flórez, 1992; Zuckerberg, 1994; Palomo, 1995; López, 1998; Méndez y Ortigosa, 2000; Voepel et al., 2000.</p>
	<p>- Dolor físico y malestar</p>	<p>Vallejo, 1983; Jay, 1985; Cambell et al., 1988; Flórez y Valdés, 1990; Valdés y Flórez, 1992; Zuckerberg, 1994; Palomo, 1995; Méndez y Ortigosa, 2000.</p>
	<p>- Amenaza de muerte</p>	<p>Wishon y Brown, 1991; Méndez, 1999; Palomo, 1995; Quiles et al., 1999; Méndez y Ortigosa, 2000.</p>
<p>VARIABLES MODULADORAS</p>	<p>- Características del niño</p>	<p>Melamed y Siegel, 1975; Wolfer y Visintainer, 1975; Dahlquist, Gil, Armstrong, Delawyer, Greene y Wuori, 1986; Dahlquist et al., 1986; Scaife y Johnstone, 1988; Mesa, Bel, Angosto y Blanco, 1989; Brophy y Erickson, 1990; Tiedeman y Clatworthy, 1990; Carson et al., 1991; Lizasoain y Polaino-Lorente, 1992; Martínez y Valiente, 1994; Tévar, González, Benavides y Costa., 1995; Villar, 1995; Tiedeman, 1997; Benavides, et al. , 1998; Bijttebier y Vertommen, 1998; Benavides et al., 2000; Méndez y Ortigosa, 2000.</p>
	<p>- Características de los padres</p>	<p>Scaife y Johnstone, 1988; Brophy y Erickson, 1990; Palomo, 1995; Villar, 1995; Méndez y Ortigosa, 2000.</p>
	<p>- Relaciones interpersonales (apoyo social)</p>	<p>López Roig, Pastor Mira y Rodríguez Marín, 1990; Kübler-Ross, 1992; González-Simancas, 1997; Benavides et al.,2000; Méndez y Ortigosa, 2000.</p>

Algunos hospitales han instaurado una decoración más apropiada para los niños, por ejemplo con paredes pintadas de colores e incluyendo espacios lúdicos, dándole al hospital una visión más alegre y lúdica y menos estresora, contribuyendo al bienestar del niño (Guerro, 1997; Méndez y Ortigosa, 2000). Sin embargo, en la actualidad lo más frecuente es encontrar espacios fríos y asépticos, siendo la decoración y el mobiliario potencialmente estresantes (Kornfeld, 1977; Palomo, 1995). En los hospitales españoles (datos de 1998) lo más frecuente es que los niños jueguen en la habitación, independientemente de la existencia de sala de juego. Ésta suele ser de tamaño reducido y estar formada por estanterías, mesas, sillas y otros materiales como armarios, butacas o televisores (González y Montoya, 2001).

A este respecto, Valdés y Flórez (1992) señalaron que el entorno hospitalario es un medio excesivamente ansiógeno y estresante y, en este sentido, no parece un lugar bastante adecuado para recuperar al niño de su enfermedad.

La **separación de los padres** como variable potencialmente estresora se sustenta sobre las teorías del apego (López, 1988). Se concibe, el apego como un lazo afectivo o una relación especial que se establece entre el niño y determinadas personas. El contacto con estas personas le hace sentirse protegido, seguro y le ayuda a calmarse, por ello el niño tenderá a buscar la proximidad y el contacto con ellas (Palomo, 1995).

Según señaló inicialmente Robertson (1958) y posteriormente Valdés y Flórez (1992), la separación del niño de su madre potencia una serie de reacciones en él. Spitz (1946), realizó numerosas investigaciones sobre los efectos de la privación que la hospitalización supone para el desarrollo mental y conductual del niño. En su teoría de la *depresión anaclítica y hospitalismo*, estableció que los niños cuyo

primer año de vida transcurría en instituciones y que no habían sido provistos del adecuado cuidado maternal, presentaban frecuentemente retrasos intelectuales y motrices, y se comportaban de forma manifiestamente menos emotiva, pudiendo llegar hasta la muerte.

Bowlby (1969), estimuló los primeros estudios en el campo de la hospitalización infantil al describir el síndrome que afectaba a los niños que eran separados de sus madres, como consecuencia del ingreso en un centro hospitalario. Las hipótesis de Bowlby sobre la *privación maternal* recibieron una amplia aceptación entre los profesionales de la medicina. Bowlby parte de la teoría de que la madre y el niño constituyen una unidad biológica. De aquí, que la separación cause trastornos psicológicos en el niño, como consecuencia de haber violentado un vínculo biológico bien establecido. En este modelo de privación maternal, se estableció que sus efectos nocivos son más pronunciados en la primera infancia que en otra etapa de la vida y que su severidad estaba directamente relacionada con la frecuencia y duración de las experiencias de privación. En cualquier caso resulta evidente que la privación de la convivencia familiar, como consecuencia de la hospitalización, modifica de forma sensible y relevante la conducta del niño y la de sus familiares, representando una crisis para toda la familia.

El concepto de “separación ansiosa” ha sido definido como la reacción de ansiedad que el niño experimenta ante la separación del adulto familiar, generalmente la madre, que le suministra cuidados (Valdés y Flórez, 1992). En este sentido, como se ha señalado, cuando un niño es separado de su madre en el contexto hospitalario, favorece en él cambios en su comportamiento. Cuando el niño se reúne nuevamente con su madre, se observa, primeramente, una gran frialdad emocional (el niño parece que no reconoce a su madre, no habla con ella e incluso se muestra agresivo y hostil). Posteriormente, esta

respuesta desaparece para dar paso a un aferramiento intenso y posesivo, por lo que el niño quiere tener a su madre al lado en todo momento, incluso por la noche, siente celos de otros niños y reacciona de forma violenta ante cualquier posibilidad de separación. Además, el niño puede desarrollar un gran número de síntomas y trastornos (trastornos somáticos, regresiones del comportamiento, trastornos de sueño, tendencias al aislamiento e incomunicación, depresión, miedos, etc.), como consecuencia del elevado nivel de ansiedad y estrés ante dicha separación (Mahaffy, 1965; Valdés y Flórez, 1992). Estos síntomas pueden persistir de dos a tres semanas después de la vuelta a los hábitos normales (Vernon et al., 1966).

Cuando el niño vive el entorno como amenazante tiende a buscar a las personas significativas a través de *conductas de apego* como lloros, gestos, conductas motoras de aproximación, etc. En el entorno hospitalario el niño puede sentirse atemorizado tanto por la presencia de personas desconocidas (médicos y/o enfermeras), que asocia con determinadas situaciones (por ejemplo, dolor de una inyección), como por la ausencia de la figura de apego (debido a que en ocasiones los padres deben permanecer fuera de la sala) (Palomo, 1995).

La separación de los padres es uno de los mayores estresores para los niños menores de seis años (Lizasoáin y Polaino-Lorente, 1992; Wishon y Brown, 1991; Zuckerberg, 1994; Voepel Lewis et al., 2000), observándose un incremento de esta vulnerabilidad entre los dos y tres años (Gaona et al., 1985). Así, parece ser que el momento más perturbador en el perioperatorio es cuando el niño es separado de los brazos de sus padres (Zuckerberg, 1994).

No parece haber acuerdo respecto a la influencia de la separación materna según el orden de nacimiento. Algunos autores (Vernon et al., 1967) no encuentran diferencias en el comportamiento de los niños ante la separación según sean hijos únicos o no. Otros autores (Gaona

et al., 1985), han señalado que los hijos únicos, debido a su sobredependencia materna resultan más afectados por la separación. Pitzer y Hock (1989) señalaron que el comportamiento de las madres es distinto en función del orden de nacimiento de sus hijos, así, señalan que las madres sienten menos culpa y ansiedad ante la separación de su segundo hijo, que la que sintieron con su primer hijo a una edad similar.

En general, las madres saben cómo reaccionará su hijo/a ante los procedimientos médicos, por como ha reaccionado en experiencias anteriores con el hospital. Así, Voepel Lewis et al. (2000), observaron que la predicción sobre el comportamiento de los niños ante la separación, informado por los padres, fue el mejor indicador del comportamiento de separación del niño.

El **dolor y malestar físicos como consecuencia de la enfermedad y los procedimientos médicos** son dos potenciales estresores que determinan la experiencia que tiene tanto el niño como sus padres. Se considera el dolor como una sensación compleja relacionada con el daño físico que lo produce, e influida por factores psicológicos, sociales y culturales (Palomo, 1995). Con los niños pequeños es difícil saber si su malestar (manifestado, por ejemplo, a través del llanto) se debe al dolor. El nivel de desarrollo cognitivo influye en el grado de comprensión de la enfermedad, en la experiencia dolorosa, en el control cuando experimenta dolor y en la habilidad para referirlo, detectarlo e indicar su lugar (Palomo, 1995).

La relación entre ansiedad y dolor ha sido ampliamente aceptada. La tolerancia al dolor disminuye cuando el niño se encuentra en estado de estrés y en los casos en que la intensidad del dolor permanece constante, es el aumento de la ansiedad lo que hace intolerable la dolencia (Vallejo, 1983).

Los numerosos exámenes que se realizan al paciente pediátrico, suelen ser una fuente muy importante de estrés. En niños no preparados psicológicamente, incluso una simple inyección es capaz de provocar en ellos elevados niveles de ansiedad y miedo (Jay, 1985).

La mayoría de los procedimientos médicos que se le practican al niño (inyecciones, extracciones de sangre, cirugía, etc.) incluyen dolor y malestar. El miedo a las inyecciones, tanto para administrar un fármaco como para extraer sangre, es uno de los miedos más extendidos entre la población infantil y una de las mayores preocupaciones en niños hospitalizados (Zuckerberg, 1994; Palomo 1995; Méndez y Ortigosa, 2000). La cirugía es una variable relacionada con los procedimientos médicos que implica, en sí misma, diversas fuentes de estrés (inyección, pérdida de conciencia, separación de los padres, etc.) (Flórez y Valdés, 1990).

Como forma de disminuir el estrés del niño ante la cirugía, se ha intentado acortar su estancia hospitalaria, con la “cirugía de día” o cirugía ambulatoria, con lo que también se reduce el tiempo que el niño está separado de sus padres (Campbell et al., 1988).

La **amenaza de muerte** puede ser uno de los factores estresantes para los niños al relacionar la muerte con procedimientos que atentan contra su integridad corporal (cirugía, punciones lumbares, etc.) y con la anestesia y pérdida de conciencia (Palomo, 1995; Méndez, 1999; Quiles et al., 1999; Méndez y Ortigosa, 2000). Aunque la patología sea leve, los padres también pueden relacionar el riesgo de muerte con la anestesia.

La conciencia de los niños de su propia enfermedad puede ocasionar confusión, pánico y culpa. El niño puede asociar la enfermedad con algo que ha hecho mal. Los procedimientos quirúrgicos

pueden producir sentimientos de miedo a que una parte del cuerpo será mutilada (Wishon y Brown, 1991).

Los niños menores de cinco años suelen concebir la muerte como reversible y como un sueño. De los cinco a los ocho o nueve años la muerte se asocia a acontecimientos agresivos y acciones hostiles de otras personas. A partir de los ocho o nueve años la muerte se percibe como un proceso biológico inevitable. El miedo a la muerte parece ser muy común a partir de los 9 años (Méndez, 1999; Quiles et al., 1999).

En resumen, no todos los niños responden de la misma forma ante el proceso hospitalario y/o quirúrgico. Su reacción está modulada por diversas variables. Se define como variables potencialmente estresoras aquellas que, generalmente, actúan provocando distrés en el paciente y/o sus cuidadores familiares. Algunas de ellas son: el entorno hospitalario (debido a la interrupción de la rutina diaria, a la pérdida de la intimidad, la incertidumbre sobre la conducta adecuada); las relaciones con desconocidos; la separación de los padres (que hace que el niño se sienta desprotegido e inseguro); el dolor y malestar físicos consecuencia de la enfermedad y los procedimientos médicos; y la amenaza de muerte (relacionada con determinados procedimientos médicos).

A continuación se presenta el segundo tipo de variables denominadas variables moduladoras.

1.3.1.2. Variables moduladoras

Las variables moduladoras hacen referencia a aquellas variables, que en función de la característica observada, pueden actuar en ocasiones como potencialmente estresoras y, en otras ocasiones, como amortiguadoras del estrés. Estas se pueden dividir en tres bloques: las

características psicológicas específicas del niño, las características de sus padres y las relaciones interpersonales (apoyo social).

Las **características psicológicas, sociodemográficas y de la enfermedad del niño** pueden influir en la vivencia e intensidad del estrés frente a la hospitalización o la cirugía (Lizasoáin y Polaino-Lorente, 1992; Martínez y Valiente, 1994). Estas características incluyen la edad o el momento evolutivo, el género y el repertorio de conductas o habilidades para hacer frente a las exigencias relacionadas con el hospital, las características de la enfermedad y las experiencias previas.

La *edad*, o la etapa evolutiva, parece ser la variable demográfica más influyente. Por ello, en el presente trabajo se dedica un apartado a este tema (*La etapa de desarrollo del niño y su experiencia hospitalaria. Apartado 1.3.2.*).

Sobre la influencia del *género* se observa que las niñas tienen mayores índices de tasa cardíaca (Wolfer y Visintainer, 1975) y miedos que los niños (Méndez y Ortigosa, 2000). Estas diferencias pueden deberse a que la expresividad emocional del miedo se sanciona socialmente más en los varones (Melamed y Siegel, 1975; Wolfer y Visintainer, 1975). Otros autores (Bijttebier y Vertommen, 1998) señalan que no hay diferencias entre la ansiedad manifestada por los niños y por las niñas, sometidos a análisis de sangre.

Los *repertorios básicos de conducta* se analizan, principalmente, sobre cuatro variables: las estrategias de afrontamiento, el temperamento, el *locus* de control y el autocuidado. Así, se observa que son predictores de un buen ajuste y afrontamiento de la enfermedad y la hospitalización, la búsqueda de información, las respuestas de aproximación, el buen humor, la alta adaptabilidad, un moderado nivel de actividad, un *locus* de control interno y un papel activo del niño en

su cuidado (Méndez y Ortigosa, 2000). Los esfuerzos de afrontamiento de los niños ante los tratamientos médicos aversivos proceden tanto de sus experiencias previas en situaciones similares, como de sus expectativas hacia la situación médica específica.

Las *características de la enfermedad y de la hospitalización* influyen en la adaptación del niño al hospital y en sus emociones (Lizasoáin y Polaino-Lorente, 1992). A este respecto, parece ser que el tiempo y la frecuencia de las hospitalizaciones (Mesa et al., 1989) y la duración y la gravedad de la enfermedad (Martínez y Valiente, 1994) influyen incrementando los problemas conductuales y emocionales. Concretamente, se observa que las hospitalizaciones prolongadas o repetidas suelen dar lugar a manifestaciones de ansiedad, agresividad y retraimiento y a problemas postoperatorios (Ngim-Kee, 1988), por ejemplo, en el caso de niños con cáncer (Tévar et al., 1995).

Se ha investigado el efecto de la *experiencia previa* sobre las reacciones emocionales de los niños. A este respecto, algunos autores (Tiedeman y Clatworthy, 1990; Tiedeman, 1997; Benavides et al., 1998; Caumo et al., 2000; Moniz-Mora, et al., 2000) señalaron que las experiencias previas pueden ayudar a los niños a desarrollar estrategias para afrontar las sucesivas hospitalizaciones. Así, los niños que eran hospitalizados por primera vez mostraban mayor nivel de preocupación, ansiedad y alteraciones emocionales, desarrollando ideas fantásticas e infundadas sobre el hospital, que los niños con experiencias previas. Sin embargo, cuando las experiencias previas del niño han sido negativas, éstas pueden sensibilizarlo aumentando su vulnerabilidad (Dahlquist et al., 1986; Méndez y Ortigosa, 2000), ansiedad y distrés, y reduciendo su cooperación con los tratamientos médicos (Dahlquist et al., 1986; Bijttebier y Vertommen, 1998). Otros autores (Brophy y Erickson, 1990; McClowry y McLeod, 1990; Carson et al., 1991) no

encontraron relación entre las experiencias previas con la cirugía y el aumento de reacciones negativas postoperatorias.

Las **características psicológicas de los padres** también pueden actuar como variables potencialmente estresoras o como amortiguadoras. La insatisfacción con las atenciones sanitarias recibidas puede ser una variable de vulnerabilidad para la familia (Benavides et al., 1997). La enfermedad y/o hospitalización del paciente pediátrico constituye una crisis en la familia, trastornando su equilibrio normal y potenciando cambios en las relaciones familiares (Palomo, 1995).

La forma en que la familia afronta la enfermedad de un miembro, depende principalmente de las características de la enfermedad y la hospitalización y de las características de la familia (Benavides et al., 2000). Así, un afrontamiento inadecuado por parte de los padres tiende a incrementar el estrés en los niños, que no los perciben como figuras de apoyo adecuadas (Quiles y Pedroche, 2000b).

Las investigaciones en esta línea destacan cómo las alteraciones emocionales de los padres (Méndez y Ortigosa, 2000) y algunas características psicológicas (culpa, ansiedad, autoestima, actitudes, habilidad para manejar su propia ansiedad) pueden ser generadoras de estrés en los niños intervenidos en cirugía ambulatoria (Scaife y Johnstone, 1988) y en niños hospitalizados (Villar, 1995). Otros autores (Brophy y Erickson, 1990) no observan relaciones entre la respuesta parental y el aumento de reacciones negativas postoperatorias en cirugía ambulatoria.

Las variables parentales que influyen en la adaptación del niño a la cirugía, así como el procedimiento a través del cual actúan se explicó detalladamente en el apartado 1.2.2.

Las **relaciones interpersonales** del niño influyen en su ajuste y bienestar ante la cirugía y/o la hospitalización. Concretamente, el **apoyo social** tanto de su familia como del personal sanitario puede ser un factor protector ante el estrés. Los padres son la fuente de apoyo emocional más importante. El apoyo ofrecido por el personal sanitario puede realizarse ofreciendo información al niño sobre los procedimientos y las sensaciones que experimentará, y a través de la sensibilidad y empatía que potencian una relación cálida (Kübler-Ross, 1992; González-Simancas, 1997; Méndez y Ortigosa, 2000).

El apoyo social, tanto en niños (Méndez y Ortigosa, 2000) como en adultos (López-Roig et al., 1990), actúa de amortiguador o de protector de las consecuencias negativas del estrés. En adultos se observó que aquellos que percibían un menor apoyo social obtuvieron puntuaciones más altas en depresión, ansiedad y distrés, que aquellos que percibían un alto apoyo social (López-Roig et al., 1990).

Sin embargo, como se mostró en el apartado destinado a la familia del paciente pediátrico, la presencia de los padres también puede actuar como un elemento reforzador de conductas desadaptativas (Manne, Bakeman, Jacobsen y Redd, 1992).

En resumen, se define como variables moduladoras, aquellas que pueden actuar en ocasiones como potencialmente estresoras y, en otras ocasiones, como amortiguadoras del estrés. Algunas de ellas son: las características psicológicas del niño (edad, género, características de la enfermedad, experiencia previa); las características psicológicas de los padres (tipo de afrontamiento, alteraciones emocionales, etc.); y las relaciones interpersonales (apoyo social).

La influencia de la edad sobre las reacciones a la cirugía ha sido ampliamente estudiada. A continuación se muestran algunas investigaciones al respecto.

1.3.2. La etapa de desarrollo del niño y su experiencia hospitalaria

Los niños son especialmente vulnerables al estrés, porque éste representa un cambio respecto a su estado de salud habitual y porque, en general, tienen un número limitado de mecanismos para hacer frente a los problemas y resolver los acontecimientos estresantes (Whaley y Wong, 1989; Palomo, 1995).

Como se ha señalado en el apartado anterior, la incidencia de las variables potencialmente estresoras en el niño depende de diversos factores, que pueden ser tanto ambientales (entorno hospitalario), personales (género, tipo de enfermedad, experiencia previa), como relacionales (apoyo social de los padres). Uno de los factores, más estudiados, que determina la influencia de las variables estresoras en el niño es su edad o su nivel de desarrollo. El nivel de desarrollo del niño influye sobre su comprensión de la enfermedad y en la identificación de estrategias de afrontamiento y recursos disponibles para hacer frente a la situación médica estresante (Whaley y Wong, 1989, 1991).

A continuación se muestran algunos de los estresores más característicos asociados a cada etapa evolutiva, así como las reacciones más frecuentes en los niños. Se muestra esquemáticamente en el Cuadro I.14.

*** LACTANCIA (de 0 a 2 años)**

Durante la lactancia, se observa que los niños tienen un vínculo emocional intenso con sus padres, identificándolos selectivamente y protestando si se les separa de ellos. Parece ser que los lactantes tienen una enorme capacidad de soportar cualquier tipo de estrés siempre que sea acompañado de sus padres (Whaley y Wong, 1989). Esto se explica en términos de las teorías del apego descritas en el apartado anterior.

Los síntomas de estrés a esta edad se relacionan con la comida, con no crecer adecuadamente, con problemas de sueño y con irritabilidad (Hägglöf, 1999). En este sentido, destacar que sus reacciones al estrés producido por el dolor, la enfermedad o la hospitalización se derivan principalmente de la separación respecto de sus padres (Benavides et al., 2000).

Cuadro I.14. Principales temores y reacciones conductuales asociados a cada edad

Edad	Temores	Reacciones conductuales
Lactantes (0-2 años)	Separación y abandono figuras de apego Dolor	Protesta: llora, grita, se aferra a los padres, evita y rechaza el contacto con los extraños Desesperación: inactivo, retraído, falta de interés Desprendimiento: resignación, feliz y amistoso Neonatos: reacción corporal total, se distrae con facilidad Reacciones localizadas, actitud poco cooperativa, presentan resistencia física
Preescolares (2-4 años)	Separación y abandono figuras de apego Restricción física, pérdida de las rutinas, dependencia Lesiones corporales y dolor	Protesta: pide verbalmente a sus padres, ataca verbalmente a otros, se aferra a los padres Desesperación: pasivo, falta de interés en el ambiente, pérdida de habilidades adquiridas Desprendimiento: similar al de los lactantes; conductas menos regresivas Regresión, negativismo, resistencia, agresión física, actitud poco cooperativa
Preescolares (4-6 años)	Separación y abandono figuras de apego Sensación de poder Lesiones corporales y dolor: procedimientos con penetración corporal	Protesta: menos directa y agresiva suele desplazar sus sentimientos a otros Desesperación; desprendimiento Agresión: física y verbal Regresión: dependencia y retraimiento; sensaciones de miedo, ansiedad, culpa y vergüenza
Escolares (6-11 años)	Separación (de los padres y los amigos) Dependencia forzada y alteración en las funciones familiares Sentimientos de culpa Lesiones corporales y dolor: temor a la enfermedad, incapacidad, muerte y procedimientos con penetración corporal	Cualquiera de los aspectos siguientes indica temor a la separación y otros miedos: aburrimiento, soledad, aislamiento, retraimiento, depresión, ira desplazada, hostilidad, frustración y dormir o ver el televisor, excesivamente Busca información, acepta pasivamente el dolor, inmovilidad rígida, intenta mostrarse valiente, intenta posponer acontecimientos
Adolescentes (12-18 años)	Pérdida de la identidad, dependencia forzada Lesiones corporales y dolor: mutilación Separación (en especial del grupo de amigos)	Rechazo, falta de cooperatividad, retraimiento, autoafirmación, autocontrol, conducta cooperativa, miedos y ansiedad, confianza excesiva, depresión, soledad, retraimiento y aburrimiento

Parece haber acuerdo entre distintos autores (Bates y Broome, 1986; Ngim-Kee, 1988; Lizasoain y Polaino-Lorente, 1992; Ellerton y Merriam, 1994; Lynch, 1994; Zuckerberg, 1994; Moure et al., 1996; Montoya, González, Zaragoza y García-Aguado, 2001) en que la hospitalización ejerce una influencia estresante en los niños, siendo mayor en las edades comprendidas entre los 4 meses y los 6/7 años.

Llorar es la forma más común con la que los niños responden a los estímulos aversivos, especialmente durante sus primeras 6-12 semanas. Entre los cuatro y seis meses de edad, los lactantes no sólo reaccionan al estímulo doloroso sino a una amplia variedad de estímulos ambientales y muestran tener recuerdos de experiencias dolorosas previas. Suelen reaccionar con resistencia física y una actitud poco cooperativa. A partir de los 4 meses la distracción sirve poco para reducir su reacción inmediata al dolor y la preparación anticipada, como mostrarles el equipo quirúrgico, tiende a incrementar su temor y su resistencia (Whaley y Wong, 1989).

La ansiedad de separación y la ansiedad ante los extraños se desarrolla alrededor de los 8 meses, alcanza su punto máximo a los 15 meses y se calma alrededor de los dos años, cuando el niño desarrolla nuevas habilidades. Alrededor de los dos años comienzan a entender lo correcto, incorrecto y las expectativas de los padres. Las fantasías sobre la enfermedad y los tratamientos como castigo y sentimientos de culpa son comunes en esta edad (Lancaster, 1997).

* **PREESCOLARES (de 2 a 6 años)**

Las principales amenazas en esta etapa son el contacto con un ambiente extraño, la separación del entorno familiar (García et al., 1996), la pérdida de control, las restricciones físicas, los cambios en las rutinas, la dependencia, las lesiones corporales y el dolor (Whaley y Wong, 1989; Hägglöf, 1999; Benavides et al., 2000).

Este periodo, como se ha señalado, es de especial vulnerabilidad para el niño. El niño está desarrollando sus capacidades y estrategias de afrontamiento, ejerciendo una gran influencia los miedos y fantasías que desarrolla ante la falta de conocimientos o la comprensión de éstos (Benavides et al., 2000). Los niños menores de 7 años suelen manifestar más trastornos en su comportamiento y mayores índices de tasa cardíaca que los niños mayores de esa edad (Wolfer y Visintainer, 1975; Tiedeman y Clatworthy, 1990).

El principal factor estresante desde fines de la lactancia hasta fines de la edad preescolar es la ansiedad por la separación (Whaley y Wong, 1989; Lancaster, 1997). Teniendo en cuenta esto, en el Hospital de Niños de Nueva York intentan evitar en lo posible el miedo a la separación, permitiendo que los padres estén con sus hijos en la habitación de operación hasta que el niño se duerme. Además evitan en lo posible utilizar las agujas, hasta que el niño está anestesiado (University Hospital of Columbia and Cornell, Página Web, 2001).

En la crisis de separación, generalmente los niños pasan por 3 fases. Durante la fase de *protesta*, el niño llora con fuerza, grita llamando a sus padres, se niega a recibir la atención de cualquier otra persona y está inconsolable. El llanto desaparece durante la fase de *desesperación*. El niño presenta mucho menos actividad, no le interesan el juego o los alimentos y se aleja de otras personas. Sus conductas suelen ser de desesperación, tristeza y lamentación. En la tercera fase, de *desprendimiento* o negación, parece que finalmente se ha ajustado a la pérdida. Muestra mayor interés en su entorno, juega con otros y parece formar nuevas relaciones. Sin embargo, esta conducta es resultado de la resignación y no un signo de que está contento con la situación. Se “desprende” de sus padres en un esfuerzo de escapar al dolor emocional de desear su presencia (Bolwby, 1960).

Los niños de estas edades suelen tener rituales en distintas áreas como alimentación, sueño, baño, excreción de desechos y juegos. Las alteraciones de estos rituales, y cualquier restricción o limitación a las habilidades motoras recién adquiridas, dan como resultado una amenaza inmediata a su sentido de seguridad. Sus principales respuestas a estos factores estresantes son la resistencia física, la agresión, el negativismo y la regresión. La principal reacción a dichos cambios es la regresión a conductas realizadas en etapas previas. Aunque puede parecer que este tipo de conductas incrementa la seguridad y la comodidad de estos niños, para ellos es muy perturbador deshacerse de los logros ya adquiridos (Whaley y Wong, 1989).

Los tratamientos con penetración corporal, como el examen de los oídos o la boca, les causan ansiedad intensa debido al escaso desarrollo respecto a los límites de su cuerpo y al miedo a la mutilación. Suelen reaccionar a tales procedimientos indoloros tan intensamente como si fueran dolorosos. En términos generales, los niños de este grupo de edad continúan reaccionando con emociones intensas y resistencia física a cualquier experiencia dolorosa real o percibida (Whaley y Wong, 1989). Los niños entre 2 y 5 años pueden entender explicaciones simples acerca del procedimiento que se le va a realizar, lo que puede ayudarles a reducir parte de su angustia (Lancaster, 1997).

Hacia finales del periodo preescolar los niños pueden comunicar verbalmente el dolor. Todavía no tienen la capacidad de describir su tipo o intensidad, pero es común que puedan localizarlo. Deben tomarse con seriedad tales comentarios, ya que los niños de esta edad pocas veces imaginan o fingen molestias (Whaley y Wong, 1989).

En términos generales, las conductas de protesta observadas en los niños preescolares son más sutiles y pasivas que las observadas en niños de menor edad. Suelen expresar su ansiedad por separación negándose a comer, teniendo dificultades en el sueño, llorando

tranquilamente la ausencia de sus padres, y evitando la relación con otras personas. Suelen expresar su ira indirectamente rompiendo sus juguetes, golpeando a otros niños o negándose a cooperar en las actividades de autocuidados usuales (Whaley y Wong, 1989).

Las reacciones de los preescolares al estrés del dolor y al miedo son, frecuentemente, agresivas y dirigidas a un objetivo, en comparación con la de niños de edades inferiores, y va encaminada hacia la respuesta de lucha o huida. Los preescolares suelen empujar a la persona, tratan de tomar el equipo en sus manos o intentar esconderse en un sitio seguro. Es posible que insulten verbalmente al atacante diciéndole “lárgate” o “te odio”. También lo es que muestren un enfoque más tranquilo, de intentar persuadir a la persona para que no realice la actividad que intenta. Un ruego común de los preescolares es: “No me pinche, seré bueno” (Whaley y Wong, 1989).

*** EDAD ESCOLAR (de 6 a 11 años)**

Los niños de edad escolar, en términos generales, están más capacitados para hacer frente a la separación, pero el estrés que acompaña a las enfermedades o la hospitalización puede intensificar su necesidad de seguridad y el apoyo que encuentran en sus padres. Durante esta etapa el pensamiento mágico desciende y se entienden mejor las causas y efectos de la enfermedad y la hospitalización (Whaley y Wong, 1989).

En las fases media y tardía de la edad escolar, los niños suelen reaccionar más intensamente a la separación o ruptura respecto a sus actividades usuales y sus logros sociales que a la ausencia de sus padres. El temor a la naturaleza física de las enfermedades aparece en esta edad. Los niños en edad escolar tienen mucho miedo a la anestesia, a experimentar dolor, a la pérdida de autonomía e intimidad, o a la posible muerte (Whaley y Wong, 1989; Benavides et al., 2000;

University Hospital of Columbia and Cornell, Página Web, 2001). Son comunes los sentimientos de soledad, aburrimiento, aislamiento y depresión. También es común el sentimiento de culpa sintiendo que están en el hospital porque han hecho algo malo. La ansiedad de separación no es común pero continua siendo problemática (Lancaster, 1997).

Los niños en edad escolar pueden necesitar y desear la orientación o el apoyo paternos o de otras figuras adultas, pero no ser capaces de pedirlos o no estar dispuestos a hacerlo. Es frecuente que la necesidad de expresar sentimientos hostiles, de ira o negativos encuentre salida en formas alternativas, como la irritabilidad y la agresión hacia los padres, el no relacionarse con el personal sanitario, la incapacidad de relacionarse con niños de la misma edad, el rechazo a los hermanos o los problemas de conducta en la escuela (Whaley y Wong, 1989). Los síntomas más comunes de los 7 a los 12 años relacionados con el estrés son los problemas de ansiedad, síntomas de depresión, dolor de estómago, dolor de cabeza, hiperactividad y síntomas de déficit de atención, enuresis secundaria, incontinencia o encopresis (Hägglöf, 1999). Entre los nueve y diez años de edad, la mayoría de los niños muestran escasos temores o resistencia franca al dolor. Los niños en edad escolar comunican verbalmente su dolor en cuanto a la localización, intensidad y otras características (Whaley y Wong, 1989).

*** ADOLESCENCIA (de 12 a 18 años)**

De todos los periodos previos a la edad adulta, el de la adolescencia es el que se acompaña de mecanismos más desarrollados para hacer frente al estrés. Sin embargo, esto no evita que sean uno de los grupos más vulnerables al estrés de las enfermedades y la hospitalización. Las principales amenazas para ellos son la pérdida de

control (especialmente en la forma de pérdida de identidad), temor a la alteración de la imagen corporal y separación de su grupo de amigos.

Como se ha señalado, el papel de paciente fomenta la dependencia y la despersonalización. Los adolescentes son más sensibles que los niños de corta edad a la pérdida de control y la dependencia. Es posible que su reacción sea de rechazo, actitud poco cooperativa o retraimiento. Suelen responder a la despersonalización con actitudes de autoafirmación, ira, no siendo frecuentes la resistencia física y la agresión (Whaley y Wong, 1989). Estas reacciones se pueden reducir informando e implicando a los adolescentes en las decisiones para la cirugía (Lancaster, 1997). Los adolescentes necesitan apoyo y expresar su opinión en las decisiones sobre su enfermedad (University Hospital of Columbia and Cornell, Página Web, 2001).

El establecimiento de la imagen corporal se inicia desde el nacimiento, pero su importancia es abrumadora durante la adolescencia (Whaley y Wong, 1989; Benavides et al., 2000). Por ello, cualquier acontecimiento que pueda afectar a su imagen corporal como una intervención quirúrgica puede ser una fuente de estrés importante.

En resumen, los niños menores de 6/7 años son los más vulnerables al estrés. La separación y el abandono de las figuras de apego es un estresor común a todas las edades, generalizándose a partir de la edad escolar también al grupo de amigos. A cada etapa de desarrollo van asociados unos estresores característicos y unas reacciones más frecuentes. Estas dependen de la capacidad del niño para evaluar los estresores y afrontarlos.

En el siguiente apartado se expone el Modelo Transaccional de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman, que constituirá el marco teórico en el que se enmarcará la metodología desarrollada y la discusión de los resultados.

1.4. El Modelo Transaccional de estrés y afrontamiento

Uno de los modelos teóricos que más ha influenciado la investigación en estrés y afrontamiento, ha sido el “Modelo Transaccional de tipo Procesal de estrés y afrontamiento”, desarrollado por Lazarus y Folkman en 1984 (traducido al español en 1986). Este modelo teórico pone el énfasis sobre el proceso que se produce en las transacciones entre cada individuo y su entorno, ante un evento determinado.

En la presente investigación se ha adoptado este marco teórico, tanto para el desarrollo de la evaluación de la muestra, como para la posterior explicación de los resultados obtenidos. Por ello, a continuación se muestra con detalle este modelo teórico de referencia.

La investigación sobre estrés y afrontamiento se plantea sobre la base de tres niveles: sociológico, psicológico y fisiológico. Estos niveles pueden ofrecer información complementaria, debido a que el estrés experimentado se manifiesta de forma parcialmente independiente en cada nivel (Hugdahl, 1981).

La **investigación realizada tradicionalmente sobre estrés y afrontamiento**, se ha orientado a la búsqueda de antecedentes y consecuentes de la respuesta adaptativa del sujeto. Este planteamiento ha seguido dos direcciones. La primera, definir el estrés como un estímulo que procede del entorno. Es decir, algunas condiciones ambientales (los estímulos) tienen efectos estresantes sobre el individuo y el grupo social (Lazarus y Folkman, 1986). La segunda, identificar las variables de personalidad que median en los efectos estresantes de los factores ambientales. Es decir, existirían variables de personalidad, que actuarían como mediadoras de la influencia ambiental y, que tendrían un valor predictivo de los resultados adaptativos (Pervin, 1998).

Como destacaron Lazarus y Folkman (1986) este planteamiento positivista tradicional considera las variables en una relación lineal y unidireccional (con el paradigma Estímulo-Respuesta, o con Estímulo-Organismo-Respuesta). Por ello, los autores señalaron que desde este paradigma no se considera la influencia que el individuo ejerce sobre su entorno y sobre su propia conducta, a través de un mecanismo de *feedback* y de reevaluación de la situación.

Partiendo de estas críticas, Lazarus y Folkman (1986) proponen el Modelo Transaccional, que considera al individuo y al entorno en una relación bidireccional, dinámica y recíproca.

La perspectiva transaccional de tipo procesal se basa, principalmente, en dos aspectos: la relación entre individuo-entorno y el proceso. *La relación entre un individuo y su entorno* crea un nuevo nivel de abstracción. Las características de las variables separadas adquieren una identidad distinta de la suma de cada una de sus partes integrantes. Así mismo, *la unidad de análisis es el proceso*, que hace referencia al desarrollo o curso de los acontecimientos (Lazarus y Folkman, 1986).

El entorno está en constante cambio, por lo tanto, también la relación del individuo con él y como consecuencia sus emociones y sentimientos. Por lo tanto, no existe un estado emocional estático sino que las emociones varían a medida que se desarrollan los acontecimientos, es decir, en función de la interacción entre el individuo y su entorno. Así, un individuo puede pasar de optimismo e impaciencia, a preocupación y miedo, y posteriormente a alegría o decepción (Folkman y Lazarus, 1985). Estos cambios en las emociones son un reflejo de los cambios que se producen en el significado de la relación individuo-entorno durante el proceso.

Como consecuencia, la forma de afrontamiento también varía en función del proceso de la interacción individuo-entorno (Folkman y Lazarus, 1985). El proceso de afrontamiento tiene tres aspectos principales: 1) lo que el individuo piensa o *hace realmente*; 2) un *contexto determinado*; y 3) *cambios en la conducta* a medida que se desarrolla la interacción estresante (Lazarus y Folkman, 1986).

La ***medición del estrés, de la evaluación y del afrontamiento*** desde la perspectiva transaccional plantea unas características particulares (Lazarus y Folkman, 1986).

Para la *medición del estrés*, hay que valorar la importancia que el individuo otorga al estímulo del entorno (por ejemplo, importancia otorgada a una intervención quirúrgica).

Para la *medición de la evaluación* hay que tener en cuenta dos tipos de evaluación: la primaria y la secundaria. La evaluación primaria hace referencia a lo que está en juego para el individuo y hasta qué punto ese estímulo es importante para él. Es decir, la relevancia para su bienestar o de otras personas significativas.

La evaluación secundaria es la valoración que hace el individuo de sus recursos y opciones de afrontamiento, así como del control que puede ejercer sobre el entorno. Se enfatiza la influencia de los factores cognitivos (evaluaciones primaria y secundaria y atributos personales), en las reacciones emocionales al estrés y su afrontamiento (LaMontagne, 1984).

En la *medición del afrontamiento* proponen evitar una evaluación global y dirigida a estilos o rasgos generales de afrontamiento. Lo esencial, es centrarse en evaluar el afrontamiento con respecto a las múltiples demandas de la situación estresante concreta, y los cambios que se van produciendo en el afrontamiento a lo largo del tiempo.

Según Lazarus y Folkman (1986), las personas difieren en su sensibilidad y vulnerabilidad a ciertos tipos de estresores, así como en sus interpretaciones y reacciones a estos. Lo que determina esas diferencias es la **evaluación cognitiva** que cada individuo realiza, que está mediatizada por factores personales y ambientales.

La evaluación del individuo determinará si una situación conduce a una respuesta de estrés. Los individuos evalúan un evento como potencialmente perjudicial según su valoración de la situación para producir daño y de sus recursos disponibles para enfrentarse al evento (Lazarus, 1966). Si la persona evalúa que no tiene control, la percepción de la amenaza aumentará, sin embargo, una creencia en el control de la situación reducirá la percepción de amenaza (LaMontagne, 1984). Por ejemplo, un padre que evalúa la situación como teniendo una alta probabilidad de amenaza (inseguridad en la recuperación de su hijo), pero evalúa que tiene recursos de apoyo disponibles (apoyo de la esposa, de médicos y enfermeros) tiene una mayor probabilidad de manejar la situación eficazmente.

En resumen, el planteamiento positivista tradicional ha considerado al organismo, como un receptor de ciertos estímulos estresantes que proceden del entorno, en una relación lineal y unidireccional. El Modelo Transaccional de tipo Procesal, viene a destacar la existencia de una relación bidireccional, dinámica y recíproca entre un individuo y su entorno. Esta relación forma parte de un proceso.

La reacción de un individuo frente a su entorno está mediada por su evaluación cognitiva. Desde esta perspectiva, se ha investigado sobre el estrés, el afrontamiento, la adaptación y las emociones, como se expondrá en posteriores apartados.

1.4.1. Evolución del concepto de estrés

Lazarus y Folkman (1986) realizan una revisión histórica acerca del **concepto de estrés**, hasta llegar a plantear la concepción del estrés en el marco de su modelo. A continuación se exponen los eventos más destacados relacionados con la concepción del estrés, así como las definiciones asociadas.

La Segunda Guerra Mundial potenció las investigaciones acerca del estrés y el desarrollo de teorías (Lazarus y Folkman, 1986). Se despertó el interés en conocer cómo el estrés podía aumentar la vulnerabilidad de los soldados y debilitar su efectividad de combate, tras haber observado como los soldados ante momentos críticos (cuando estaban sometidos al fuego del enemigo) se quedaban inmobilizados o paralizados.

En 1944 la palabra *estrés* aparece en el índice de *Psychological Abstract*. Las teorías psicodinámicas, en general, y Freud, en particular, dieron un papel central en la psicopatología al concepto de ansiedad, considerándola como producto del estrés. En ocasiones, la distinción entre ambos términos resultaba confusa. A principios de la década de los 50 las investigaciones sobre ansiedad reciben un gran impulso con la publicación de la escala de Taylor (1953) que permite la medición de la ansiedad como rasgo.

En esta época, se consideraba el estrés como cualquier estimulación que representaba una amenaza y causara cambios en la conducta (Miller, 1953) o trastornos (Basowitz, Persky, Korchin y Grinker, 1955).

Uno de los autores relevantes en la investigación del estrés y de su definición es Hans Selye (1950, 1956). Como señalan Lazarus y Folkman (1986), dicho autor jugó un papel importante en la expansión que se produjo posteriormente en la investigación sobre el estrés. En

1956 Selye, hace referencia al término estrés como un conjunto coordinado de *reacciones* fisiológicas (respuestas no específicas del organismo) que denominó Síndrome General de Adaptación y que se produce ante cualquier forma de estímulo nocivo (incluyendo las amenazas psicológicas). En su definición, se destacaba el término reacciones, en el sentido de respuesta originada ante una demanda ambiental (que denominó estímulo estresor).

Al final de la década de los 50, un acontecimiento importante en la investigación sobre el estrés fue la aportación de Janis (1958), que sistematizó su teoría y metodología, concibiendo el estrés como una reacción ante la amenaza, en la línea de Selye.

A partir de la década de los 60 el término estrés comienza a relacionarse con el afrontamiento, considerando éste como una variable que favorece o dificulta la adaptación al estrés (Lazarus, 1966).

En la década de los 80, según Lazarus y Folkman (1986), se dan cinco hechos que estimularon el interés por el estrés y su afrontamiento: la preocupación por las *diferencias individuales*, el resurgimiento del interés por la *medicina psicosomática*, el desarrollo de una *terapia conductual*, el crecimiento de la *psicología evolutiva* y una preocupación cada vez mayor por la influencia de los *aspectos ambientales o socioecológicos* en los problemas del hombre.

Lazarus y Folkman (1986) definieron el *estrés psicológico* como “una *relación particular* entre el individuo y el entorno, que es evaluado por el individuo como amenazante o desbordante de sus *recursos* y que pone en peligro su *bienestar*” (p.42). Así, el estrés psicológico en el Modelo Transaccional, estaría determinado por la evaluación cognitiva (de daño, amenaza y desafío), sobre la interacción de individuo-entorno, en una transacción determinada (Lazarus y Folkman, 1986).

En la misma línea Moos y Schaefer (1986), definieron el concepto de *crisis* como una situación que es tan nueva o impactante que las respuestas habituales no tienen éxito, conduciendo a un estado de alteración o trastorno comportamental. Para resolver la crisis, la persona ejecuta tareas adaptativas que le permitan el ajuste a la situación. Estas tareas adaptativas incluyen el establecer significado personal al evento, confrontar la realidad para responder a las demandas de la situación externa, mantener relaciones con los otros significativos y mantener un sentido de competencia. De esta manera, en la medida que una persona establece el significado y la importancia de un evento puede adaptarse adecuadamente a esa situación (LaMontagne, Johnson y Hepworth, 1995).

Una crisis importante a la que algunos padres deben enfrentarse es la hospitalización de un hijo. Hay una marcada evidencia en las investigaciones, como se ha señalado, que éste es un evento estresante para los padres (LaMontagne y Pawlak, 1990; Youngblut y Jay, 1991).

Como señala Rodríguez Marín (Rodríguez Marín, 1995; Rodríguez Marín y Zurriaga Llorens, 1997) las ***manifestaciones del estrés*** pueden agruparse en cuatro categorías: cambios fisiológicos, respuestas cognitivas, reacciones emocionales y respuestas comportamentales. Los *cambios fisiológicos* están relacionados con una activación del sistema simpático que se manifiesta a través de un incremento de la presión sanguínea, la tasa cardíaca, el pulso, la conductancia de la piel y la respiración. Las *respuestas cognitivas* hacen referencia a la evaluación del acontecimiento y a respuestas involuntarias consecuencias del estrés como dificultades de concentración, pérdidas de memoria, pensamientos intrusivos, etc. Las *reacciones emocionales* al estrés incluyen el miedo, la ansiedad, la excitación, la ira, la depresión y la resignación. Como señala el autor, las *respuestas comportamentales* pueden ser de *aproximación* (lucha), *evitación* (huida) e *inmovilización*.

Además el estrés produce cambios en la conducta social de la persona (Rodríguez Marín, 1995).

En resumen, tradicionalmente se concebía el estrés como un estímulo nocivo que representaba una amenaza para el individuo y ante el cual reaccionaba con cambios en su conducta y con trastornos. Lazarus y Folkman (1986) no definen el estrés basándose en los “estresores” sino en una *relación particular* que se establece entre un determinado individuo, que se halla en un entorno concreto, incluyendo en la definición la valoración, los recursos y el bienestar personal. Es decir, tienen en cuenta las características del sujeto por un lado y la naturaleza del medio por otro. Las manifestaciones del estrés pueden agruparse en cuatro categorías: cambios fisiológicos, respuestas cognitivas, reacciones emocionales y respuestas comportamentales.

En la relación individuo-entorno se dan dos procesos: la evaluación cognitiva y el afrontamiento, que se describen en el siguiente apartado.

1.4.2. La evaluación cognitiva

Se entiende la *evaluación cognitiva* como un *proceso evaluativo* que determina por qué y hasta qué punto la relación entre un individuo y su entorno puede ser estresante (Lazarus y Folkman, 1986). Es decir, este proceso determina las repercusiones o consecuencias que un determinado acontecimiento provocará en el individuo.

Como se señaló previamente, este tipo de evaluación cognitiva, o procesos cognitivos, y los factores que influyen sobre ella, son los que marcan la diferencia en la respuesta que dan los individuos ante situaciones similares.

Lazarus y Folkman (1986) distinguen entre “*evaluación primaria*” y “*evaluación secundaria*”. Los autores especifican que los términos elegidos pueden ocasionar errores en su interpretación, aclarando que estos no hacen referencia a que una evaluación sea más importante (primaria) que otra (secundaria), ni que la preceda. Además, señalan que estos términos (primario y secundario) no explican el contenido de las formas de evaluación. Ambas evaluaciones señalan dos aspectos valorativos, “*¿Me perjudica o me beneficia, ahora o en el futuro, y de qué forma?*” (primaria) y “*¿Puede hacerse algo al respecto?*” (secundaria).

Se distinguen tres clases de **evaluación primaria**:

- 1) *Irrelevante*: Cuando la interacción con el entorno no conlleva implicaciones para el individuo, no implica valor, necesidad ni compromiso.
- 2) *Benigna-positiva*: Cuando las consecuencias de la interacción con el entorno se valoran como positivas, es decir, preservan, logran el bienestar o parecen ayudar a conseguirlo. Estas evaluaciones suelen generar emociones placenteras como alegría, amor, felicidad o tranquilidad.
- 3) *Estresante*: Cuando las consecuencias de la interacción con el entorno se valoran como: (1) *daño o pérdida* (Cuando el individuo ya ha recibido algún perjuicio como sufrir una lesión, enfermedad o perder algún ser querido), (2) *amenaza* (Cuando los daños o pérdidas no han ocurrido pero se prevén, o cuando tienen implicaciones negativas para el futuro. Se valora principalmente el potencial lesivo y se acompaña de emociones negativas como miedo, ansiedad y mal humor. Se diferencian del daño/pérdida en que permite el afrontamiento adaptativo), o (3) *desafío* (Se valoran principalmente las fuerzas necesarias para vencer en la confrontación con el

entorno y se acompaña de emociones placenteras como impaciencia, excitación y regocijo. Implica la movilización de estrategias de afrontamiento). Las evaluaciones de amenaza y desafío pueden coexistir, no son excluyentes entre sí.

La **evaluación secundaria** se da cuando percibimos que estamos en peligro, por amenaza o por desafío. Hace referencia a la evaluación de los recursos y de las estrategias de afrontamiento que le ayudarán a enfrentarse al estresor. La evaluación de las estrategias de afrontamiento también incluye valorar las consecuencias de utilizar una determinada estrategia, o grupo de ellas, y no otra/s.

En el modelo se incluye también el concepto de **reevaluación** que hace referencia a un cambio introducido en la evaluación inicial, debido a información nueva recibida del entorno o a información obtenida de las propias reacciones suscitadas en el individuo.

El proceso cognitivo evaluador (producto de la interacción entre la evaluación primaria y la secundaria) determina el grado de estrés, la intensidad y calidad (o contenido) de la respuesta emocional y el tipo de afrontamiento (Folkman y Lazarus, 1980, 1985). Esta evaluación cognitiva se basa en la interpretación subjetiva que hace el individuo de un acontecimiento y, en este sentido, es fenomenológica. Es decir, el individuo interpreta el entorno mediante sus percepciones y evaluaciones.

En el modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1986) se destaca también el concepto relacional de **vulnerabilidad psicológica**. Ésta viene determinada por la *importancia* que las consecuencias, de determinado evento, tiene para el individuo y por sus *recursos* para evitar la amenaza a tales consecuencias. La vulnerabilidad psicológica al estrés puede concebirse, en sí misma, como una amenaza potencial que se transforma en amenaza activa, cuando pone en peligro al

individuo. Por ejemplo, las personas que otorgan mucha importancia a la aprobación social o a causar buena impresión, y que además se sienten incapaces para controlar el malestar y el miedo provocados por la desaprobación, resultan vulnerables psicológicamente a la ansiedad (Kaplan, 1976; Schlenker y Leary, 1982).

Lazarus y Folkman (1986) utilizan este concepto para introducir la idea de vulnerabilidad psicológica o susceptibilidad al estrés que se observa en algunas personas y que viene determinada por factores personales, entre los que los autores incluyen los compromisos, las creencias y los recursos.

En resumen, la evaluación cognitiva es un proceso que determina cómo la relación entre un determinado individuo, en un contexto concreto, puede ser estresante. Existen dos tipos de evaluación: la primaria (¿es relevante para mi bienestar?) y la secundaria (¿puedo hacer algo al respecto?). En este proceso evaluativo interviene también la reevaluación a modo de *feedback*, que se realiza en base a factores personales y/o ambientales. La vulnerabilidad psicológica al estrés viene determinada por un resultado negativo entre la importancia personal de la situación y los recursos para manejarla.

Como se ha señalado, en la evaluación cognitiva influyen tanto variables personales como variables situacionales específicas. A continuación se analizan más detalladamente ambos tipos de variables.

1.4.2.1. Variables personales

Las variables personales que influyen en el proceso cognitivo evaluador son de dos tipos: los compromisos y las creencias (Cuadro I.15.). Estas variables determinan qué es lo importante para conservar

el bienestar, y ponen en marcha reacciones emocionales y estrategias de afrontamiento.

➤ Los **compromisos** hacen referencia a procesos cognitivos, sociales, motivacionales y emocionales del individuo. Expresan lo que es importante para el individuo y lo que está en juego en una determinada situación estresante.

Los compromisos determinan la evaluación a través de tres mecanismos: (1) alejando al individuo de las situaciones que pueden amenazarle, desafiarse o dañarle y acercándolo a las que pueden beneficiarle; (2) modelando la sensibilidad del sujeto respecto a las características de la situación. Cuanto más importante es la situación, mayor sensibilidad desarrolla hacia ella; y (3) mediante su relación con la vulnerabilidad psicológica del individuo. Cuanto más intenso es el compromiso, mayor es la vulnerabilidad psicológica.

La misma intensidad del compromiso que es capaz de influir sobre la vulnerabilidad en el individuo, puede también impulsarle a actuar para reducir la amenaza y desarrollar recursos o estrategias de afrontamiento para resolver el problema. En este sentido, los compromisos tienen una capacidad motivadora.

Cuadro I.15. Variables Personales que influyen en la evaluación cognitiva

COMPROMISOS	- Alejan al individuo de las situaciones estresantes	
	- Modelan la sensibilidad del individuo hacia la situación	
	- Se relaciona positivamente con la vulnerabilidad psicológica del individuo	
CREENCIAS	Creencias sobre el control personal	Creencias generales Creencias específicas
		Dios
	Creencias existenciales	El destino
		La justicia

Lazarus y Folkman (1986) señalan que, conociendo los compromisos importantes para un individuo, se pueden identificar sus

esferas de vulnerabilidad y predecir las circunstancias bajo las cuales se sentirá dañado, amenazado o desafiado.

➤ Las **creencias** determinan la realidad de cómo son y cómo entendemos el significado de las cosas en el entorno. En el proceso de evaluación cognitiva las creencias importantes son de dos tipos: las creencias que tienen que ver con el control personal que el individuo cree tener sobre los acontecimientos y las creencias existenciales (Dios, el destino y la justicia).

Las *creencias sobre el control personal* tienen que ver con las sensaciones de dominio y de confianza. Pueden ser de dos tipos: creencias generales (estables) o específicas de la situación (procesales).

Las “creencias generales sobre el control” hacen referencia al grado en que un individuo asume que puede controlar los acontecimientos y las situaciones importantes de su vida. Se habla de creencias como disposiciones generales o tendencias a hacer ciertas atribuciones sobre el control. Es similar al concepto de Rotter (1966) de *locus* de control interno (creencia de que los acontecimientos son contingentes a mi conducta) y externo (creencia de que los acontecimientos dependen de la suerte, la casualidad, el destino o el poder de los demás). Hace referencia a la conexión entre el comportamiento y las consecuencias del mismo. Las personas con un *locus* de control externo creen que su salud está determinada por cosas como la suerte, el azar, el destino, la familia, los médicos, etc. Las personas con un locus de control interno creen que pueden influir y modificar su estado de salud y sus consecuencias (Rodríguez Marín, 1995). Estas creencias generales son especialmente importantes cuando las situaciones son ambiguas y/o nuevas. La creencia de que nuestra conducta afecta más o menos directamente a nuestra salud o enfermedad se ha considerado *locus* de control de salud (Rodríguez-Marín y Zurriaga Llorens, 1997).

Las “creencias específicas sobre el control situacional” se refieren al grado en que el individuo cree que puede determinar o modificar sus relaciones estresantes con el entorno. Son el resultado de las evaluaciones de las demandas de la situación, de los recursos propios, de las alternativas de afrontamiento y de la capacidad para aplicarlas. Las evaluaciones del control situacional incluyen tanto los estímulos externos (entorno) como los estímulos internos (individuo) (Folkman, 1984).

Las *creencias existenciales* son creencias generales que ayudan a los individuos a conservar la esperanza y a buscarle sentido a su vida, a pesar de sus experiencias dolorosas. Hacen referencia a temas como Dios, el destino y la justicia.

Tanto las creencias existenciales como los compromisos ayudan a mantener los esfuerzos de afrontamiento. Sin embargo, las creencias hacen referencia a aquello que uno piensa que es verdad, al margen de que le guste o no, y tienen una afectividad neutra, mientras que los compromisos reflejan valores, aquello que uno considera deseable y están cargados de afectividad (Feather, 1975; Wrubel, Benner y Lazarus, 1981). Las creencias pueden generar o regular emociones, pero no son emocionales por sí mismas. Se convierten en emocionales cuando una determinada situación incluye también un compromiso, o cuando el bienestar físico se encuentra amenazado.

En resumen, las variables personales que influyen en el proceso de evaluación son de dos tipos: los compromisos y las creencias. Los compromisos tienen capacidad motivadora, que ayuda a mantener el esfuerzo de afrontamiento; dirigen y alejan al individuo de situaciones que puedan dañarle, amenazarle o desafiarle; modelan su sensibilidad hacia las señales (estímulos); y se relacionan positivamente con la vulnerabilidad psicológica al estrés. Las creencias tienen que ver con el control personal que el individuo cree tener sobre los acontecimientos y

con la esperanza y búsqueda de sentido sobre lo que ocurre en nuestro entorno.

Las variables del individuo y del entorno influyen de forma interdependiente en la evaluación, así, el grado en que un acontecimiento se valora como estresante está determinado por una confluencia entre las variables personales y las situacionales. A continuación se describen las variables situacionales que influyen sobre el proceso de evaluación.

1.4.2.2. Variables situacionales

Las variables situacionales consideradas por Lazarus y Folkman (1986) son seis: novedad de la situación, predictibilidad, incertidumbre, factores temporales, ambigüedad y cronología de los acontecimientos estresantes respecto al ciclo vital.

➤ La **novedad de la situación** hace referencia a aquellas situaciones en las que el individuo no tiene experiencia previa, ni directa, ni vicaria, con situaciones similares a la actual. Si el sujeto no tiene una experiencia previa directa o vicaria, la novedad de la situación es una dificultad para el desarrollo de los recursos de afrontamiento necesarios para resolver las demandas de la situación.

La novedad absoluta de una situación es muy rara. Pueden existir aspectos o características específicas de esa situación que el individuo relacione con otras experiencias anteriores. Si estas características tienen una asociación previa con daño o peligro puede resultar estresante.

➤ La **predictibilidad de la situación** implica que existen características de la situación que nos permiten diferenciar esa situación de otras, intuir algunas consecuencias y formarnos una idea

de esa situación con pocos datos. Las investigaciones sobre este concepto se han realizado principalmente con animales.

Existe relación entre el control sobre el entorno y la predictibilidad de la situación. Un individuo puede ejercer control sobre el entorno (saber lo que puede o no hacer) en la medida en que puede predecir la situación. Es decir, no se puede controlar una situación que no es predecible, aunque sí puede existir predictibilidad sin control (cuando no se puede influir sobre la aparición del estímulo doloroso o estresante que se sabe ocurrirá).

➤ La **incertidumbre del acontecimiento** es un término que comparte similitudes con el de predictibilidad y se ha investigado principalmente con personas, no con animales. Hace referencia a cómo la probabilidad de que ocurra un acontecimiento influye en su evaluación.

Las investigaciones realizadas en casos reales de enfermedad física e incapacidad (Moos y Tsu, 1977; Cohen y Lazarus, 1979; Hunter, 1979) citaron la incertidumbre como un importante obstáculo para la adaptación y afrontamiento del individuo, observándose que a mayor incertidumbre menor adaptación en los individuos. La incertidumbre parece tener un efecto inmovilizador sobre los procesos de afrontamiento anticipatorio. Por ejemplo, en el caso de pacientes con riesgo de amputarles una parte del cuerpo, el afrontamiento anticipatorio les permite adaptarse y asumir que perderán esa parte de su cuerpo, sin embargo, los adelantos médicos mantienen su esperanza de conservarlo, lo que crea la incertidumbre acerca de si le realizarán o no la amputación.

➤ Los **factores temporales** (inminencia, duración e incertidumbre temporal) son factores importantes que influyen en las evaluaciones de amenaza y desafío.

La *inminencia* hace referencia al intervalo de tiempo que transcurre antes de que ocurra un acontecimiento. Es el tiempo que tiene el individuo para analizar la información que posee. Los estímulos menos inminentes (cuando el individuo tiene más tiempo de anticipación) se relacionan con un aumento de la amenaza. El tener mucho tiempo hace que la evaluación sea más compleja, que aumente la sensación de amenaza y que utilice diversas estrategias de afrontamiento, que repercutirán sobre las evaluaciones posteriores y sobre sus emociones. Sin embargo, un mayor tiempo también puede permitir al individuo desarrollar diversos recursos de afrontamiento para adaptarse a las demandas de la situación, reduciendo las reacciones desarrolladas ante el estrés.

La *duración* hace referencia al tiempo en el que transcurre un acontecimiento estresante. Lazarus y Folkman (1986) señalan que los “estímulos estresantes crónicos persistentes” pueden disminuir la respuesta conductual o fisiológica del individuo por agotamiento o por habituación emocional, tal como señaló Selye en el Síndrome General de Adaptación (1950, 1956). En un primer momento el grado de amenaza del estímulo estresante crónico estará determinado en gran parte por las características de dicho estímulo. Posteriormente, los efectos perjudiciales del estresante crónico dependen en mayor medida de la reevaluación y el afrontamiento. Los “acontecimientos crónicos intermitentes” (conflictos con la ley, problemas financieros) permiten periodos libres de amenaza y puede resultar menos estresante que los acontecimientos crónicos persistentes. Los “acontecimientos agudos limitados en el tiempo” (exámenes, intervenciones quirúrgicas menores, nacimiento de un hijo, muerte de un familiar), pueden ser evaluados por el individuo como acontecimientos a los que se va enfrentando según las demandas de la situación, o como secuencias de un solo acontecimiento prolongado que tiene efectos más parecidos a los acontecimientos crónicos persistentes.

Por último, la *incertidumbre temporal*, se refiere al desconocimiento de cuándo se va a producir un acontecimiento dado. La incertidumbre temporal se relaciona con un nivel alto de *arousal* (frecuencia cardíaca, nivel de resistencia de la piel, respuesta galvánica de la piel y respiración) cuando aparece el acontecimiento (descarga), y una posterior disminución del *arousal*. Ante la incertidumbre temporal parece que el individuo tiende a utilizar estrategias de afrontamiento de tipo evitativo, que favorecen el descenso progresivo de los niveles de *arousal*. Por el contrario, el hecho de saber cuando va a aparecer el acontecimiento se relaciona con un nivel más bajo de *arousal* cuando aparece el acontecimiento (descarga), y un aumento posterior del *arousal*. Es decir, la vigilancia hacia el acontecimiento, a medida que se hace inminente, se asocia a un aumento de *arousal* posterior (Monat, Averill y Lazarus, 1972).

➤ El concepto de ***ambigüedad*** hace referencia a la falta de claridad de la información situacional para poder realizar la evaluación de esa situación. Se diferencia de la incertidumbre, que hacía referencia a la confusión del individuo sobre el significado de la información del entorno, en que se centra en las características situacionales.

Las situaciones ambiguas, poco claras o con poca información, potencian que el individuo infiera su significado basándose en variables personales. Por ejemplo, como señalan Lazarus y Folkman (1986), la variable Ansiedad-Rasgo parece influir en las situaciones ambiguas, y no afectar en las situaciones claras y explícitas (Archer, 1979).

La ambigüedad es una variable de naturaleza dual. Por un lado, puede ser amenazante y el individuo intenta reducirla, y, por otro lado, hay situaciones en las que puede resultar ventajosa, por ejemplo, permitiendo mantener la esperanza, como ocurría con la incertidumbre del acontecimiento (Lazarus y Folkman, 1986).

➤ La ***cronología de los acontecimientos estresantes en relación con el ciclo vital***, hace referencia a la creencia de las personas acerca de que ciertos acontecimientos tienen un determinado momento para ocurrir (como mejoras laborales, matrimonio, nacimiento de un hijo). Cada individuo tendría un “reloj mental”, o biológico, de su ciclo vital (Neugarte, 1968, 1977, 1979).

Los acontecimientos “fuera” de tiempo son más amenazantes porque no son esperados, privan al individuo del apoyo del grupo, de la sensación de satisfacción cuando ocurren en su momento o de la oportunidad de desarrollar un afrontamiento anticipatorio.

En resumen, el modelo transaccional plantea la existencia de seis variables situacionales que influyen, de alguna manera, en el proceso cognitivo evaluador. La *novedad*, la *incertidumbre* y la *ambigüedad* del acontecimiento pueden dificultar la evaluación y el desarrollo de estrategias de afrontamiento. La falta de *predictibilidad* impide controlar el acontecimiento. Los *factores temporales* y la *cronología* de los acontecimientos pueden influir convirtiendo algunos estímulos en amenazantes.

En el presente apartado se ha mencionado el afrontamiento, sin explicar detalladamente dicho concepto. Desde la perspectiva planteada, el afrontamiento está influido por la evaluación que hace el individuo de la situación que vive en un momento determinado, considerándolo como un proceso. A continuación se explica este concepto y sus características.

1.4.3. El afrontamiento como proceso

En el presente apartado se expone la concepción de afrontamiento desde el punto de vista del Modelo Transaccional propuesto por Lazarus

y Folkman (1986). Se explicará la concepción del afrontamiento como inserto en un proceso, así como los recursos y condicionantes que influyen en dicho proceso.

1.4.3.1. El concepto de Afrontamiento

Los modelos tradicionales de afrontamiento lo conciben como un rasgo o estilo, como *estructuras del yo* que el sujeto desarrolla, y que actúan como predisposiciones estables para afrontar las diversas situaciones.

Desde el Modelo Transaccional, Lazarus y Folkman (1986) proponen una concepción del afrontamiento como proceso, señalando que las conductas de afrontamiento dependen de las demandas específicas de las situaciones y de las evaluaciones que el individuo hace de ellas. También señalan que existe estabilidad en el afrontamiento y que el individuo tiene preferencias por determinadas estrategias. Este estilo estable de afrontamiento determina las estrategias que el individuo utiliza en las situaciones concretas, denominadas estrategias situacionales (Lazarus, 1991; Frydenberg, 1997).

Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como “aquellos *esfuerzos* cognitivos y conductuales, *constantemente cambiantes*, que se desarrollan para *manejar* las *demandas específicas*, externas y/o internas, que son evaluadas como *excedentes o desbordantes de los recursos* del individuo” (p.164).

Al introducir los términos *constantemente cambiante* y *demandas específicas* ellos destacan la noción del afrontamiento como proceso.

El afrontamiento *no debe definirse ni valorarse en función de sus resultados*, es decir, en función de los éxitos conseguidos con las

conductas de afrontamiento (Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek y Rosenthal, 1964). La definición de afrontamiento como *esfuerzos para manejar las demandas*, hace referencia a cualquier intervención que el individuo haga o piense encaminado a manejar (minimizar, evitar, tolerar, aceptar y dominar) las condiciones estresantes, independientemente del resultado obtenido con sus esfuerzos (Plancherel y Bolognini, 1995).

Al hacer referencia, en la definición, a *las demandas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos* ellos distinguen entre las conductas que movilizan los recursos, e implican esfuerzo, y aquellas que son automáticas y que no requieren esfuerzos.

Desde la perspectiva del modelo transaccional no todos los procesos adaptativos se consideran afrontamiento. El afrontamiento es un proceso que requiere esfuerzo. En este sentido, hay que distinguir afrontamiento de estilos cognitivos. Los estilos cognitivos hacen referencia a respuestas automáticas que constituyen recursos del individuo para adaptarse a su entorno.

En un primer momento, la adquisición de estos recursos requieren de un gran esfuerzo, y en ese sentido sí se habla de afrontamiento, posteriormente esos recursos se vuelven automáticos, y no se consideran recursos de afrontamiento. Se observa, por ejemplo, en la conducción, al principio, la persona realiza esfuerzos de afrontamiento, y posteriormente son conductas adaptativas automáticas, que ya no se consideran afrontamiento. En este sentido, la mayoría de las personas se enfrentan diariamente con una serie de demandas que no exceden ni desbordan sus recursos, y esto es una muestra de que la mayoría de las conductas de afrontamiento han sido aprendidas y se han convertido en automáticas (Lazarus y Folkman, 1986).

En resumen, el afrontamiento se concibe como un proceso en el que las conductas de afrontamiento que realiza el sujeto dependen de las demandas específicas de la situación y de su evaluación. El proceso de afrontamiento se valora en función de los esfuerzos realizados por el sujeto para manejar las demandas de la situación, que desbordan sus recursos personales.

A continuación se describen algunos aspectos y características respecto a las estrategias y al proceso de afrontamiento.

1.4.3.2. Características y funciones del afrontamiento

En el modelo propuesto por Lazarus y Folkman (1986) la concepción del afrontamiento, señalada previamente, conlleva implícitas, y/o explícitas, algunas **características** que se detallan a continuación.

En primer lugar, ninguna estrategia se considera inherentemente mejor que otra, ni son buenas o malas en sí mismas. Como se señaló, se considera afrontamiento, los esfuerzos que realiza el individuo para manejar las demandas de la situación. Estos esfuerzos tienen unas consecuencias sobre el manejo de esas demandas, a corto y a largo plazo. En ocasiones unas estrategias que son eficaces en los primeros momentos (situación concreta) con el tiempo dificultan la adaptación del individuo (a largo plazo) (Janis, 1958).

En segundo lugar, no debe confundirse el afrontamiento con el dominio sobre el entorno. El afrontamiento ideal no es aquel que permite dominar el entorno, actuando para solucionar el problema, porque no todas las fuentes de estrés pueden dominarse. Por ejemplo, ante la muerte de una persona significativa, en ocasiones, será más idóneo, efectivo o adaptativo invertir los esfuerzos en el dominio

emocional (tolerando, minimizando, aceptando o ignorando aquello que no se puede dominar).

En tercer lugar, el afrontamiento hace referencia a lo que el individuo “realmente” piensa o hace en un determinado momento y contexto, y no a lo que generalmente hace o haría, que responde más a un planteamiento de rasgo o estilo.

En cuarto lugar, esto que realmente piensa o hace se inserta y se analiza dentro de un contexto específico. El afrontamiento se produce en respuesta a un estímulo concreto. Para entender y evaluar el afrontamiento es necesario conocer el estímulo ante el cual el individuo pone en marcha sus esfuerzos. Es decir, es importante valorar si el proceso de afrontamiento se ajusta tanto a los aspectos personales, como a los situacionales.

En quinto lugar, la noción de proceso implica un cambio de pensamientos y actos según va desarrollándose la interacción entre individuo-entorno. De esta manera, el afrontamiento se desarrolla como un proceso cambiante. Estos cambios se producen como consecuencia de las evaluaciones y reevaluaciones de la cambiante relación individuo-entorno, o de cambios en alguno de los términos que implican la relación (Lazarus, 1991).

Lazarus y Folkman (1986) señalan, que existen diversas clasificaciones de las **funciones del afrontamiento**, en función del marco teórico y de los contextos específicos en los que se da el afrontamiento. Destacan dos funciones principales del afrontamiento: manipular o alterar el problema causante de perturbación (afrontamiento dirigido al problema) y regular la respuesta emocional consecuencia del problema (afrontamiento dirigido a la emoción). Ambas formas de afrontamiento hacen referencia a aspectos del individuo y del entorno.

Las formas de afrontamiento dirigido al problema suelen aparecer cuando se evalúa que las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno son susceptibles de cambio (Folkman y Lazarus, 1980). Por otro lado, las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción suelen aparecer cuando el individuo evalúa que no puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno e incluye estrategias como la evitación y el distanciamiento (Folkman y Lazarus, 1980). Ambos tipos de afrontamiento, generalmente, coexisten y pueden interferirse entre sí durante el proceso de afrontamiento, facilitando o impidiendo la aparición del otro. Aunque el valor de una estrategia de afrontamiento concreta dependa del contexto en que se utilice, las estrategias dirigidas a resolver el problema parecen ser más adaptativas (Lazarus, 1991).

En resumen, no existen estrategias inherentemente mejor (más adaptativas) que otras, dependen del contexto determinado y del tipo de estímulo al que se enfrenta. En este sentido, para valorar si el proceso de afrontamiento es adaptativo hay que conocer el contexto y la situación específicos. Las funciones principales del afrontamiento son dos: manipular la situación (afrontamiento centrado en el problema) y regular la respuesta emocional (afrontamiento centrado en la emoción).

A continuación se describen los recursos del individuo que favorecen el afrontamiento y los condicionantes que lo dificultan.

1.4.3.3. Recursos y condicionantes en el proceso de afrontamiento

El proceso de afrontamiento hace referencia a la evaluación secundaria dentro del Modelo Transaccional de Lazarus y Folkman (1984). La cuestión ¿qué puedo hacer?, es respondida en la medida en que se ponen en marcha los recursos de que dispone el individuo y de su habilidad para aplicarlos ante las demandas del entorno.

Lazarus y Folkman (1986) distinguen entre recursos del individuo (salud y energía, creencias positivas, técnicas de resolución de problemas, habilidades sociales, apoyo social y recursos materiales) y del ambiente (sociales y materiales).

Respecto a los **recursos del individuo**, la *salud y la energía* constituyen unos recursos físicos que favorecen el afrontamiento. En general, cuando una persona se siente enferma o cansada tiene menos energía para invertir en el proceso de afrontamiento.

Las *creencias positivas* tanto en general, como específicamente en uno mismo, forman parte de los recursos psicológicos del individuo para enfrentarse a las situaciones estresantes. Las creencias sobre las que más se ha investigado son las referentes al control. De esta manera, las estrategias utilizadas difieren en función del *locus* de control (interno o externo) del individuo.

Las *técnicas de resolución del problema* hacen referencia a la habilidad de extraer información de las situaciones, elaborarla y actuar eficazmente. Parecen ser especialmente útiles en situaciones como prepararse un examen, conseguir un empleo y las situaciones de emergencia entre otras.

Las *habilidades sociales* son también un importante recurso de afrontamiento. Hacen referencia a la capacidad de comunicarse y actuar, en coordinación con otros, de forma eficaz.

Los **recursos del ambiente** hacen referencia a lo que el individuo extrae del entorno para afrontar determinada situación estresante.

El *apoyo social* incluye el apoyo emocional y/o informativo y parece ser un recurso importante frente al estrés.

Los *recursos materiales* incluyen el dinero y los bienes y servicios que pueden adquirirse con él. Los recursos económicos aumentan las

opciones de afrontamiento, proporcionando un acceso más fácil de asistencia (por ejemplo, legal y médica).

En ocasiones, aún cuando el individuo dispone de los recursos necesarios para hacer frente a las demandas del entorno de forma efectiva, no los utiliza debido tanto a condicionantes personales como ambientales.

Los **condicionantes personales** incluyen los valores y creencias, así como los déficits psicológicos del individuo. Los valores y creencias culturales determinan cuándo ciertas conductas y sentimientos se consideran adecuados o no. Los déficits psicológicos pueden ser un impedimento a la hora de obtener recursos del ambiente. Por ejemplo, un individuo que se siente enfermo puede necesitar del apoyo y ayuda de alguien en un momento determinado. Si para él pedir ayuda significa que es incapaz de valerse por sí mismo, que es dependiente, y que los demás sentirán compasión por él, basándose en sus creencias, puede negarse a pedir ayuda o a aceptarla.

Los **condicionantes ambientales** hacen referencia a las características del entorno (por ejemplo, actuación de las instituciones públicas), que dificultan que el individuo utilice sus recursos para afrontar las situaciones eficazmente. En otras ocasiones, factores ambientales, como la coacción social de grupo, pueden actuar como facilitadores de un afrontamiento eficaz, por ejemplo, al enfrentarse a un desastre natural, el grupo puede ayudarse entre ellos para sobrevivir.

El **grado de amenaza**, junto con los recursos y los condicionantes influyen sobre el afrontamiento que realiza el individuo. Los tres componentes se influyen entre sí. De esta manera, el grado en que un individuo se siente amenazado depende de la evaluación de sus recursos para esa situación y de los condicionantes que limitan su

aplicación. Además, el grado de amenaza también influye en el grado en que tales recursos pueden aplicarse. Cuanto mayor es el grado de amenaza, hay mayor interferencia sobre los modos de afrontamiento dirigido al problema y favorece los modos de afrontamiento dirigidos a la emoción.

En resumen, la evaluación de recursos y condicionantes influyen sobre el grado de amenaza que percibe el sujeto en una situación concreta. Los recursos y condicionantes del individuo y del entorno, junto con el grado de amenaza percibido influyen sobre el afrontamiento que realizará. Los recursos hacen referencia a las herramientas que tiene el sujeto a su alcance para afrontar la situación. Por el contrario, los condicionantes son las trabas que dificultan un afrontamiento adaptativo.

La forma en que un individuo afronta las circunstancias estresantes de su vida, es la forma en que el individuo se adapta a las circunstancias. En este proceso de afrontamiento están implicadas las reacciones emocionales. A continuación se describen ambos conceptos.

1.4.3.4. Adaptación y emoción

Como se ha señalado, los resultados del proceso de adaptación a corto plazo, pueden ser diferentes de los resultados a largo plazo. Por ejemplo, cuando se utiliza la negación ante la muerte de un ser querido, puede ser adaptativo a corto plazo, pero no a largo plazo. Así mismo, un individuo puede manejarse eficazmente en un ámbito de su vida (ambiente laboral) y no hacerlo en otro ámbito (relaciones interpersonales). La forma en que un individuo se adapta a sus circunstancias, a corto y a largo plazo, va ligado a su calidad de vida y a su salud física, psicológica y social (Lazarus y Folkman, 1986).

Lazarus y Folkman (1986) establecen tres consecuencias adaptativas a largo plazo: el funcionamiento social (aspectos sociológicos y psicológicos), la moral (satisfacción y bienestar) y la salud del organismo.

En las interacciones con el entorno, son más adaptativas las evaluaciones y estrategias de afrontamiento formadas sobre juicios realistas, acerca de las implicaciones que dicha interacción tendrá para su bienestar. Por ejemplo, se puede valorar una situación como muy importante (padecer una enfermedad), valorar adecuadamente qué puedo hacer (tratamiento médico) y utilizar una estrategia no eficaz (evitación).

La efectividad del afrontamiento se basa en la correcta combinación entre el afrontamiento dirigido a regular el malestar (afrontamiento centrado en la emoción) y el afrontamiento dirigido a manejar el problema que está ocasionando ese malestar (afrontamiento centrado en el problema). Si un individuo domina un problema de forma efectiva, pero en detrimento de un gran coste emocional, no puede decirse que afronte el problema con eficacia (Lazarus y Folkman, 1986). En este sentido, Pervin (1998) señala que las estrategias de afrontamiento efectivas facilitan la adaptación.

Para que un afrontamiento sea efectivo, es decir, facilite la adaptación, ha de existir un correcto ajuste entre los esfuerzos de afrontamiento, los valores, los objetivos, los compromisos, creencias y condicionantes tanto personales como ambientales.

Así, como señala Moos y Schaefer (1996) (Cuadro I.16.), en su teoría sobre la crisis, la adaptación depende tanto de factores personales, relacionados con el evento (la enfermedad), como relacionados con el ambiente físico-social, que influyen sobre la evaluación, los intentos de adaptación y las habilidades de

afrontamiento. Esta conjunción influirá sobre la adaptación a la situación si se evalúa y afronta como una transición, o sobre la no adaptación, desembocando en una crisis.

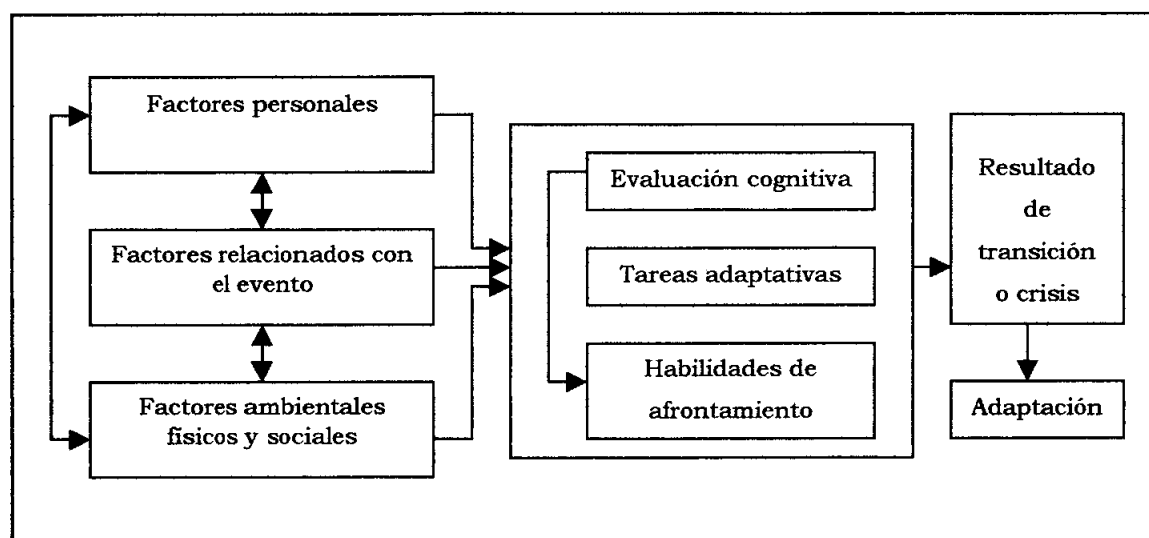
Lazarus y Folkman (1986) desarrollaron una teoría de las emociones cognitivo-motivacional-relacional.

- ♦ *Cognitiva* al enfatizar los procesos de evaluación y las creencias sobre sí mismo y el mundo.
- ♦ *Motivacional* al incluir los motivos o metas con que la persona se enfrenta al medio.
- ♦ *Relacional* al enfatizar las relaciones entre el individuo y el medio (Pervin, 1998).

Las emociones son respuestas a estímulos significativos que se producen en tres sistemas diferenciados: el neurofisiológico-bioquímico, el motor o conductual-expresivo y el cognitivo o experiencial-subjetivo (Bayés, Arranz, Barbero y Barreto, 1996). La emoción que experimenta una persona está determinada por las circunstancias, en la medida que éstas dificulten o faciliten la consecución de las metas (Smith y Lazarus, 1990). De esta manera, las emociones negativas surgen cuando el individuo evalúa que las circunstancias impiden o frustran la consecución de metas importantes. Las emociones positivas surgen al evaluar las circunstancias como facilitadoras de metas importantes. Además, el individuo hace otras evaluaciones que determinan el tipo concreto de emoción. Por ejemplo, un individuo siente ansiedad cuando evalúa que se enfrenta a la incertidumbre y/o a una amenaza existencial, siente miedo cuando evalúa que se enfrenta a un peligro físico inmediato, concreto e implacable, y siente tristeza cuando evalúa que se enfrenta a una pérdida irrecuperable. Estas emociones no ocurren de forma aislada, pudiendo darse varias en una misma situación (Pervin, 1998).

En la teoría de la emoción, Lazarus y Folkman (1986), destacan que no se puede afirmar que las emociones preceden a los pensamientos, ni lo opuesto, que los pensamientos preceden a las emociones. En este sentido, afirman que la causalidad es bidireccional y consideran la emoción como una variable consecuente de la relación cognición-emoción. La emoción surge en la relación entre un individuo y un entorno específico, y una vez generadas, pueden intervenir en los procesos de reevaluación.

Cuadro I.16. Modelo conceptual para entender las crisis vitales y las transiciones. Moos y Schaefer (1986).



Lazarus y Folkman (1986) ponen de manifiesto que se tiende a afirmar la estabilidad de las dimensiones de la emoción, así por ejemplo, cuando uno está triste no puede sentirse feliz. Sin embargo, ellos observan que esto no es así realmente y que la estructura de las emociones no es estable. En una investigación realizada sobre las fases del estrés durante los exámenes, Folkman y Lazarus (1985) observaron que las emociones positivas y negativas no correlacionaron en el periodo anterior al examen, durante el examen ni en la fase postexamen, antes de saber las notas. Únicamente correlacionaron en la fase final cuando los alumnos ya conocían su calificación. De esta manera, las relaciones

entre las emociones varían en función de la naturaleza de la información (clara o ambigua) y del significado de la situación, es decir, de las evaluaciones. Se observa que las emociones positivas y negativas están inversamente relacionadas sólo cuando la situación de la que dependen es clara respecto a sus implicaciones para el bienestar. En caso contrario, los individuos no saben si estar contentos o tristes.

Respecto al tema de la hospitalización y la cirugía, las emociones suelen ser negativas, debido como señala Rodríguez-Marín (1995) a que en la mayoría de los casos la hospitalización supone un “acontecimiento vital estresante”. Se puede considerar la hospitalización como un estresor en cuatro ámbitos:

- ♦ *Un estresor cultural* (el paciente debe aceptar nuevas normas, valores y símbolos de la subcultura hospitalaria, que frecuentemente son inconsistentes con él mismo).
- ♦ *Un estresor social* (porque el rol del paciente hospitalizado entraña elementos que presionan fuertemente sobre la identidad psicosocial del individuo, y las interacciones sociales en un hospital pueden llegar a ser una importante fuente de estrés por sí mismas).
- ♦ *Un estresor psicológico* (porque puede introducir fenómenos de disonancia entre dos o más fenómenos cognitivos, situaciones de dependencia o situaciones consideradas infantiles).
- ♦ *Un estresor físico* (debido a que las percepciones físicas del hospital –olores, ruidos, etc.- y el propio entorno físico, pueden causar emociones negativas en la mayoría de los pacientes) (Rodríguez-Marín, 1995; p.172).

A modo de resumen del modelo transaccional de estrés y afrontamiento, Pervin (1998) destaca cuatro puntos esenciales que se muestran a continuación:

- ♦ Se enfatiza la evaluación cognitiva de la situación
- ♦ Se concibe el estrés como una relación entre el individuo y el medio. Es decir, lo que es estresante para una persona no tiene porque serlo para otra. De esta manera, el estrés no está en el estímulo u objeto, sino en la relación entre la persona y el acontecimiento.
- ♦ Tanto el estrés como el afrontamiento se conciben como procesos.
- ♦ El afrontamiento, a pesar de la existencia de estilos estables de afrontamiento, depende en gran medida del contexto.

El proceso de afrontamiento ocurre a nivel consciente e inconsciente. Es decir, en ocasiones la persona es consciente de la estrategia de afrontamiento utilizada para afrontar el estrés y en otras ocasiones, la utiliza inconscientemente o sin darse cuenta.

El modelo teórico propuesto por Lazarus y Folkman (1986) ha sido aplicado al contexto sanitario. Así, por ejemplo, Bayés et al., (1996) lo aplican a los cuidados paliativos. Estos autores proponen un modelo integral con un triple objetivo de bienestar o evitación/atenuación del sufrimiento: en el enfermo, en su cuidador familiar y en los miembros del equipo sanitario. Bayés et al. (1996) simplifican la definición de sufrimiento señalando que una persona sufre cuando acontece algo que percibe como una amenaza importante para su existencia personal y/u orgánica y, cree que carece de recursos para hacerle frente.

Adaptado al ámbito paliativo Bayés et al. (1996) lo describen del siguiente modo: “Una estimulación experimentada como desagradable

por el enfermo, sea biológica –por ejemplo, dolor, disnea, etc.- o psicosocial –por ejemplo, soledad, pérdida, etc.- es percibida por el enfermo como una amenaza importante para su persona o su bienestar. Ante dicha amenaza, el sujeto evalúa sus recursos y si se siente impotente para hacerle frente, esta situación le genera sufrimiento. Dicho sufrimiento, por una parte, puede amplificar la intensidad o presencia del síntoma, lo cual, a su vez, subraya la importancia de su falta de control sobre la situación y aumenta el sufrimiento. Por otra parte, este sufrimiento no ocurre en el vacío sino que tiene lugar en una persona con un estado de ánimo concreto. Si éste es ya ansioso, depresivo u hostil, lo potenciará; si no lo es y el sufrimiento persiste en el tiempo, puede fácilmente conducirlo hacia la ansiedad, la depresión, o la hostilidad.” (p. 117).

En resumen, la evaluación cognitiva es el proceso mediador que activa el afrontamiento, la reacción emocional y los cambios somáticos que forman parte de cualquier estado de estrés (Lazarus y Folkman, 1984). La adaptación a las circunstancias, o el afrontamiento adaptativo se relaciona con la calidad de vida y la salud de la persona. Se considera afrontamiento adaptativo a la combinación eficaz entre el afrontamiento centrado en la emoción y el centrado en el problema, ante una situación determinada. La emoción surge en la relación entre una persona y su entorno específico y en respuesta a la consecución, o no, de las metas deseadas por la persona.

El Modelo Transaccional de Estrés y Afrontamiento ha sido adaptado al contexto sanitario y como se ha expuesto, se tomará como modelo teórico donde se inscribirá la presente investigación. Por lo tanto se ha tomado como referencia para determinar las variables a considerar en el estudio que se presenta a continuación.

1.5. Reflexiones finales

La revisión teórica que se ha presentado, si bien es una pequeña muestra de los estudios realizados sobre la cirugía y sus repercusiones psicológicas, ha permitido desarrollar una visión general en relación al tema que nos ocupa, especialmente respecto a la cirugía ambulatoria.

La *cirugía en régimen ambulatorio* surge, aproximadamente, a partir de los años 80 y está desarrollándose y extendiéndose, en la actualidad, por los hospitales españoles. La cirugía mayor ambulatoria (también denominada hospital de día, cirugía sin ingreso, cirugía mismo día o cirugía día), se realiza en una unidad de cirugía ambulatoria, con cualquier tipo de anestesia, precisa estancia en sala de recuperación postquirúrgica no superior a 8 horas, el paciente no pernocta en el hospital y se le da el alta el mismo día de la intervención. La cirugía ambulatoria parece tener algunas ventajas respecto a la cirugía con ingreso, aunque existen diferentes opiniones al respecto. La implantación de la cirugía ambulatoria ha hecho necesario revisar y ajustar los procedimientos anestésicos utilizados, tradicionalmente, en cirugía con ingreso. A este respecto, las investigaciones muestran que el sevoflurano es uno de los mejores anestésicos para la cirugía mayor ambulatoria.

Las *patologías* estudiadas en la presente investigación han sido: amigdalitis, adenoiditis y otitis media secretora. Estas son inflamaciones o infecciones de tejidos, que dificultan la respiración del niño (la amigdalitis y adenoiditis) y la pérdida de audición (la otitis).

Ser sometido a una operación, con o sin ingreso hospitalario, supone un evento potencialmente estresante para la mayoría de las personas. El caso del *paciente pediátrico* tiene algunas peculiaridades que lo diferencian de la experiencia en adultos. En el caso de los niños, en ocasiones acuden al centro hospitalario engañados, sin conocer el

motivo real y, por lo tanto, sin poder hacerle frente. En este sentido, los padres establecen una relación con el médico/anestesiista, dejando al margen al pequeño. Los niños de más edad entienden el motivo de la operación, y en relación con la edad surgen una serie de reacciones emocionales, principalmente, ansiedad, miedo y preocupaciones. A este respecto, las investigaciones muestran que los niños menores de 7 años, con padres ansiosos y con experiencias previas negativas, son más propensos a desarrollar ansiedad. En general, los niños parecen manifestar mayores niveles de ansiedad que las niñas, mientras éstas manifiestan mayores niveles de miedo que sus pares masculinos.

Cuando los *niveles de ansiedad* ante la intervención quirúrgica son elevados pueden repercutir en la recuperación del paciente. La ansiedad preoperatoria parece incidir sobre los comportamientos postoperatorios, sobre la ansiedad postoperatoria y sobre las náuseas y vómitos, aunque no todos los investigadores parecen confirmarlo.

Las *repercusiones de la cirugía* pueden dividirse en dos grupos: repercusiones psicológicas y repercusiones físicas. A nivel psicológico las reacciones emocionales postoperatorias más frecuentes son la ansiedad y los cambios comportamentales negativos, especialmente en niños menores de 6 años. A nivel físico, las repercusiones postoperatorias más frecuentes son el dolor y las náuseas y/o vómitos.

Como destacan las investigaciones consultadas, en el caso del paciente pediátrico, *la familia* puede experimentar una crisis. Estas investigaciones ponen de manifiesto que para la mayoría de los padres la decisión de intervenir quirúrgicamente a un hijo/a, desencadena una serie de reacciones emocionales (ansiedad, miedo, incertidumbre, preocupaciones) que van asociadas a la evaluación que realizan de los estresores potenciales. La evaluación y atención de las necesidades y preocupaciones parentales por parte del personal sanitario puede ser un sistema de apoyo útil para la familia.

Las emociones que experimentan los padres ante la cirugía influyen sobre la ansiedad y las reacciones comportamentales de sus hijos a través de dos vías: el contagio emocional y la crisis parental. El *contagio emocional* señala que la ansiedad parental puede ser transmitida a los niños a través de comunicación verbal y no verbal. La hipótesis de la *crisis parental* señala que un estado emocional alterado en los padres interfiere en su habilidad para apoyar al niño, y que es importante el comportamiento que estos tienen en el aprendizaje por modelado del niño. Ambas hipótesis son complementarias.

Respecto a la *presencia de los padres* durante el proceso quirúrgico, las investigaciones señalan que la mayoría de los padres informa de su deseo de estar presente durante la aplicación de la anestesia y cuando su hijo está recuperando la conciencia después de la intervención, considerando que su aportación puede ser beneficiosa. Sin embargo, la presencia de los padres excesivamente ansiosos puede ser más perjudicial que beneficiosa para los niños.

Existen una serie de variables que influyen sobre la adaptación del paciente a la cirugía y/o hospitalización. Según el tipo de influencia pueden agruparse en variables potencialmente estresoras y variables moduladoras (pudiendo actuar como potencialmente estresoras y como amortiguadoras). Estas variables son tanto personales (edad), relacionales (apoyo de los padres), como ambientales (entorno hospitalario).

En los años 80 surge el Modelo Transaccional de Estrés y Afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984,1986), en un intento de comprender el proceso a través del cual una persona evalúa un evento como estresante y pone en marcha una serie de recursos, con la finalidad de recuperar su equilibrio emocional. Este modelo sirve de base teórica en la actualidad para la mayor parte de investigaciones en el campo de la salud.

Para finalizar, la revisión realizada nos lleva a plantearnos la posibilidad de hacer extensibles a toda la población de pacientes pediátricos los resultados encontrados en la revisión bibliográfica, especialmente a los pacientes pediátricos intervenidos en régimen ambulatorio. En el presente trabajo se explorará la influencia de la cirugía ambulatoria sobre el paciente y su familia, así como aquellas variables que nos permitirán predecir los pacientes y familiares más vulnerables al estrés quirúrgico. Así pues, a continuación se presenta la metodología a la base del estudio que nos ocupa.

II. MÉTODO

En este apartado se presentan los *objetivos* e *hipótesis* que guían la investigación, las *variables* y los *instrumentos de evaluación* utilizados para su estudio, el *diseño experimental*, las *características de las muestras* y los *análisis estadísticos* realizados para el estudio de los resultados.

2.1. Objetivos e hipótesis

Como se ha señalado en la presentación teórica previa, el interés del presente trabajo se centra en las repercusiones psicológicas de la Cirugía Ambulatoria pediátrica, en el paciente y en sus cuidadores familiares.

Cuando la intervención quirúrgica se realiza a un niño/a, el cuidador familiar, generalmente la madre, tiene un importante papel como facilitador de un afrontamiento adaptativo. En el caso de la cirugía ambulatoria el sentimiento de responsabilidad de los padres es mayor, en la medida que ellos supervisan la recuperación física de su hijo/a una vez dado de alta. En este sentido, la cirugía pediátrica es potencialmente estresante para el paciente y su familia.

La mayor parte de las investigaciones revisadas, parecen concluir que la excesiva ansiedad en los padres repercute sobre sus hijos en dos sentidos: transmitiendo esa ansiedad a los niños y dificultando la movilización de recursos para ayudarles ante la experiencia quirúrgica.

El estudio de la bibliografía ha permitido conocer la incidencia que tienen ciertas variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas, en la experiencia de la hospitalización y la cirugía en los niños. Así como, la importancia de los cuidadores familiares, en este caso los padres. En este sentido, ante la cirugía pediátrica parece necesario evaluar tanto las emociones del paciente como de sus cuidadores familiares.

Basándonos en esta información, el **objetivo general** de la presente investigación se centrará en estudiar y determinar las variables que pueden ayudar a comprender la vulnerabilidad psicológica al estrés, en los niños y en sus cuidadores familiares.

A partir de este objetivo general, los **objetivos específicos** que guían este estudio, así como las **hipótesis** concretas que se derivan de dichos objetivos son los siguientes:

1^{er} Objetivo. Determinar las *variables sociodemográficas y clínicas* de los niños que son intervenidos quirúrgicamente y de su cuidador familiar, que inciden en su recuperación. Teniendo en cuenta la revisión teórica realizada, las hipótesis que se derivarían son:

- * *Hipótesis 1.1.* A nivel sociodemográfico, se considera que, con mayor frecuencia, el cuidador familiar será la madre.
- * *Hipótesis 1.2.* La *recuperación postquirúrgica* de los pacientes será buena, debido a que las intervenciones realizadas son de carácter leve.
- * *Hipótesis 1.3.* El *cuidador familiar*, en general, estará satisfecho con la cirugía ambulatoria, debido a que puede estar más tiempo con su hijo/a.

2^o Objetivo. Determinar las *variables psicológicas* y estudiar su *evolución* durante el proceso pre y postquirúrgico del paciente y del cuidador familiar.

En base a los trabajos realizados sobre el tema se derivarán las siguientes hipótesis:

- * *Hipótesis 2.1.* En relación a las variables del paciente, los momentos de mayor *ansiedad* serán, probablemente, el día de antes y el mismo día de la intervención quirúrgica. En relación a los cambios en la *conducta de los pacientes*

después de la cirugía, pocos niños mostrarán cambios graves en su comportamiento, debido a que las intervenciones son de carácter leve.

- * *Hipótesis 2.2.* En relación a las variables del cuidador, los momentos de mayor *ansiedad* serán, probablemente como en el paciente, el día de antes y el mismo día de la intervención quirúrgica.
- * *Hipótesis 2.3.* Respecto a las *estrategias de afrontamiento utilizadas por el cuidador familiar*, antes y después de la operación pueden variar debido a que el estímulo a afrontar varía.

3^{er} Objetivo. Estudiar las posibles *relaciones existentes entre las variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas*, así como *entre las variables psicológicas*. De este objetivo se derivan las siguientes hipótesis:

- * *Hipótesis 3.1.* Algunas *variables sociodemográficas de los pacientes* se relacionarán con las *variables psicológicas* evaluadas. Los niños más pequeños manifestarán mayores niveles de ansiedad y de cambios comportamentales negativos. Los niños sin experiencia quirúrgica mostrarán mayores niveles de ansiedad.
- * *Hipótesis 3.2.* Los *pacientes* con mayores niveles de *ansiedad* manifestarán mayores cambios negativos en su comportamiento después de la cirugía.
- * *Hipótesis 3.3.* Respecto a la *relación entre las variables del paciente y su cuidador*, la ansiedad del cuidador familiar y del

paciente se relacionarán positivamente. Así mismo, los cuidadores con mayores niveles de ansiedad tenderán a señalar mayores cambios negativos en el comportamiento de sus hijos.

4° Objetivo. Elaborar un *perfil* que describa las características psicológicas que aumentan la *vulnerabilidad psicológica al estrés quirúrgico*, tanto en el paciente como en su cuidador familiar. Se considera que aquellos pacientes con mayores niveles de ansiedad, son más vulnerables psicológicamente al estrés quirúrgico, como se señaló en la introducción, debido a la influencia de esta emoción sobre su recuperación. En base a la revisión bibliográfica, se derivan las siguientes hipótesis:

- * *Hipótesis 4.1. En el paciente*, las características asociadas con una mayor vulnerabilidad son: menor edad, sin experiencia quirúrgica previa, niveles de ansiedad y nivel de ansiedad del cuidador familiar.
- * *Hipótesis 4.2. En el cuidador familiar*, las características asociadas con una mayor vulnerabilidad son: niveles altos de ansiedad y preocupaciones y la utilización de la estrategia de afrontamiento de evitación.

Partiendo de estos objetivos e hipótesis, a continuación se presentan las variables estudiadas y los instrumentos de evaluación empleados para su análisis.

2.2. Variables e Instrumentos de evaluación

Teniendo en cuenta el objetivo general y los objetivos específicos planteados en la presente investigación, así como la muestra a estudiar, se determinaron las variables y los instrumentos para su evaluación. Como se señaló, las muestras están formadas, por un lado, por los niños intervenidos quirúrgicamente, y por otro lado, sus padres. Dentro de cada muestra las variables estudiadas se agrupan en *variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas*.

Seguidamente se exponen, de forma detallada, las características de las variables y de los instrumentos utilizados (Anexo I. Para dar mayor claridad a la exposición se presentan, de forma esquemática, las diferentes variables e instrumentos (Cuadro II.1.), así como los niveles de cada variable evaluada (Cuadro II.2..

2.2.1. Variables sociodemográficas

A continuación se detallan los niveles de cada una de las variables sociodemográficas evaluadas, por un lado, en los pacientes y, por otro, en su familia.

Respecto al *género* se dividió entre masculino y femenino en ambas muestras. La *edad* de la muestra de pacientes oscila entre 2 y 12 años. No se han establecido categorías según la edad en niños. En primer lugar, porque se considera que la agrupación de estas edades conlleva pérdida de información acerca de las características propias de cada edad. En segundo lugar, por la heterogeneidad de la distribución por edades, situándose el 65% de la muestra entre los 2 y 5 años. En la muestra de familias se han establecido tres grupos de edad 25-34, 35-44 y 45-54 años.

Cuadro II.1. Variables evaluadas e instrumentos

ÁREAS	VARIABLES	INSTRUMENTOS	
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	Sexo Edad (niño/a y padres) Tipo de patología Nº Hermanos paciente Orden nacimiento paciente Profesión del cuidador Nivel de estudios del cuidador Estado civil padres Nivel socioeconómico familia Lugar de residencia familia Intervenciones quirúrgicas previas (niño/a y padres)	Entrevista Semiestructurada sobre Cirugía Ambulatoria (T1 y T2)	
VARIABLES CLÍNICAS		Ficha de Recuperación	
Información	Sobre Cirugía Ambulatoria Sobre enfermedad niño/a Necesidad de más información		
Personal	Preferencia sobre tipo de cirugía Dificultades encontradas		
Infraestructura de la unidad	Valoración sala de espera Valoración consulta anestesista Valoración sala recuperación		
Recuperación postquirúrgica	Náuseas/vómitos Fiebre Calidad del sueño Ingesta de calmantes		
VARIABLES PSICOLÓGICAS		Padres	Niños
Ansiedad	Ansiedad cognitiva (estado/rasgo) Ansiedad fisiológica Ansiedad motora	STAI EOAP	STAIC AI Tasa card. EOAP
Estado de ánimo	Afectividad positiva y negativa	AFECTO	
Estrategias de afrontamiento	Solución de problemas Búsqueda de apoyo social Evitación	CSI	
Preocupaciones sobre la cirugía	Nivel de preocupaciones	CPCI-P	CPCI-N CPCI-A
Locus de control	Locus de control externo (Profesionales, Dios y Suerte) Locus de control interno (Padres y Niño)	CILC	
Miedos hospitalarios	Nivel de miedo relacionado con la hospitalización y la cirugía		EAMH
Cambios conductuales	Ansiedad general y regresión Ansiedad de separación Trastornos del sueño Problemas de alimentación Agresión hacia la autoridad Apatía-retraimiento	PHBQ	

Cuadro II.2. Variables sociodemográficas y niveles

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	NIVELES
PACIENTE	
<i>Género</i>	Masculino / Femenino
<i>Edad</i>	De 2 a 12
<i>Tipo de Patología</i>	Vegetaciones Adenoideas (VA) Hipertrofia Amigdalas y vegetaciones (HAVA) Otitis Media Secretora (OMS) Combinación de las anteriores
<i>N° de Hermanos</i>	1 / 2 / 3 / 4 / más
<i>Orden de Nacimiento</i>	1° / 2° / 3° / 4° / más
<i>Intervenciones quirúrgicas previas</i>	NO SI: ¿cuánto hace de la operación? / ¿De qué lo operaron?
<i>Recuperación Postquirúrgica</i>	
- Náuseas o vómitos	Náuseas con vómitos / Arcadas / Vomita una vez / Vomita más de una vez / Vómito frecuente
- Fiebre	SI (Temperatura alcanzada) NO
- Calidad del sueño	De 1 (muy mal) a 10 (muy bien)
- Ingesta de calmantes	Tipo de calmante / Dosis
CUIDADOR FAMILIAR	
<i>Género</i>	Masculino / Femenino
<i>Edad</i>	25-34 / 35-44 / 45-54
<i>Profesión</i>	No trabaja en la actualidad Cuello blanco/ sector servicios Cuello azul/ sector secundario
<i>Nivel de Estudios</i>	Primarios / Secundarios / Universitarios
<i>Estado Civil</i>	Casados / Pareja de hecho / Separados / Divorciados / Viudos / Solteros
<i>Nivel Socioeconómico</i>	Alto / Medio-alto / Medio / Medio-bajo / Bajo
<i>Lugar de Residencia (según número de habitantes)</i>	Menos de 25.000 / 25.000 – 50.000 / 50.000 – 75.000 / 75.000 – 100.000 / 100.000 – 200.000 / 200.000 – 500.000 / Más de 500.000 habitantes
<i>Intervenciones quirúrgicas previas</i>	NO SI: ¿fue hospitalizado?
<i>Satisfacción con la Información</i>	
- ¿Cómo considera la información recibida sobre la cirugía ambulatoria y sobre la enfermedad de su hijo/a?	Poca / Bastante / Mucha
- ¿Necesitaría más información?	NO SI: ¿sobre qué?
- ¿Qué prefiere cirugía ambulatoria o con ingreso?	Cirugía ambulatoria: ¿por qué? Cirugía con ingreso: ¿por qué?
<i>Satisfacción con el Personal e Infraestructura</i>	
- ¿Ha tenido dificultades con...	El personal sanitario? El personal médico? el acceso al hospital? encontrar la unidad? otras?
- ¿Cómo valora la infraestructura de... la sala de espera?	Inadecuada: Posibles mejoras
la consulta del anestesista?	Mejorable: Posibles mejoras
la sala de recuperación?	Adecuada

El *tipo de patología* que fue intervenida en los pacientes fueron vegetaciones adenoideas (VA), hipertrofia amigdalар y vegetaciones (HAVA), otitis media secretora (OMS) o una combinación entre dos patologías.

Para el *número de hermanos del paciente* y el *orden de nacimiento* se establecieron las categorías de 1(1º) a 4 (4º) o más de 4(4º), respectivamente.

Las categorías para la *profesión* de los familiares fueron: No trabaja en la actualidad, cuello blanco/sector servicios (producen o proporcionan una serie de necesidades que tiene planteada la vida social, es decir, producen servicios. Por ejemplo, limpieza) y cuello azul/sector secundario (transforman las materias primas, es decir, trabajan en la industria. Por ejemplo, albañilería).

El *nivel de estudios de los padres* se dividió en primarios, secundarios y universitarios. Para el *estado civil de los padres* se establecieron las categorías de casados, pareja de hecho, separados, divorciados, viudos y solteros.

Para el *nivel socioeconómico* de la familia se delimitaron cinco categorías: alto, medio-alto, medio, medio-bajo y bajo, según su percepción subjetiva. También se preguntó a los padres su *lugar de residencia*, agrupando las ciudades o pueblos según el número de habitantes.

Se evaluó si los pacientes o sus familias habían tenido *intervenciones quirúrgicas previas* y si habían sido hospitalizados. En el caso de los pacientes se obtuvieron datos acerca que cuánto tiempo hacía de la operación anterior y cuál fue el motivo de dicha operación.

2.2.2. Variables clínicas

Las *variables clínicas evaluadas en el paciente* hacen referencia a variables evaluadas antes de la intervención quirúrgica, durante la intervención, en el postoperatorio inmediato (Unidad de recuperación postanestésica) y la recuperación postquirúrgica 24 horas después. Esta información se solicita al cuidador familiar.

Antes, durante y después de la intervención quirúrgica los anestesistas y cirujanos de la U.C.M.A. evalúan diversas variables médicas, de las cuales se han recogido las consideradas más relevantes para la presente investigación, tal como se señalan a continuación. *Antes de la intervención quirúrgica* se evalúa el nivel de riesgo anestésico-quirúrgico a través del índice ASA (Anexo III), la dificultad de intubación, los antecedentes médicos y la medicación actual.

Durante la intervención se evalúa la duración de la misma, el tiempo que tarda el paciente en recuperarse de la anestesia y los problemas surgidos durante la intervención.

En el postoperatorio inmediato (Unidad de recuperación postanestésica) se evalúa la duración de la estancia en la U.C.M.A. desde la salida del quirófano hasta el alta, la presión sistólica, la presión diastólica, la tasa cardíaca y las complicaciones después de la intervención.

La *valoración de la recuperación postquirúrgica* del paciente se solicita de la familia, al día siguiente de la intervención quirúrgica, con la finalidad de evaluar el estado general del niño y las posibles repercusiones físicas de la intervención. Se han tenido en consideración las náuseas o vómitos tras la operación, la fiebre y temperatura alcanzada, la calidad del sueño y el tipo de calmantes y dosis.

Las ***variables clínicas en el cuidador familiar*** hacen referencia a la satisfacción con la información recibida por parte del hospital (sobre la cirugía y sobre la enfermedad), con las relaciones con el personal y con la infraestructura del hospital.

Se ha considerado de interés conocer la *satisfacción de la familia acerca de la información recibida*. Las áreas evaluadas se han centrado en la *información recibida sobre la cirugía ambulatoria y sobre la enfermedad de su hijo/a* (en ambos casos si la consideraban poca, bastante o mucha). Así como, en la *necesidad de más información* sobre la cirugía, sobre la enfermedad o sobre ambos temas y las *preferencias acerca del tipo de cirugía* (ambulatoria o con ingreso) y *por qué* de dicha preferencia.

La *satisfacción de las relaciones con el personal médico/ sanitario e infraestructura del hospital*, se ha valorado a través de las *dificultades encontradas* con el personal sanitario, con el personal médico, así como con el acceso al hospital, con encontrar la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) y con otras dificultades no específicas. La información acerca de la satisfacción se solicita en la primera entrevista y a la semana de la intervención quirúrgica de forma telefónica, con la finalidad de conocer si tras la experiencia de la operación se modifica la satisfacción de los padres tanto con el personal como con la infraestructura.

Se preguntó a los padres su *valoración de la sala de espera, de la consulta del anestesista y de la sala de recuperación* (si la valoraban como adecuada, mejorable o inadecuada), así como sobre posibles *mejoras*. La dos primeras valoraciones (sala de espera y consulta anestesista) se solicitaron en la primera entrevista y la última, a la semana de la operación.

2.2.3. Variables psicológicas del paciente

En este apartado se describen los cuestionarios y registros utilizados para la evaluación de las variables psicológicas objeto de estudio.

Las variables evaluadas en el paciente se han dividido en dos grupos: las reacciones emocionales (ansiedad, preocupaciones y miedos) y los cambios en su conducta tras la intervención quirúrgica.

A continuación se describen los instrumentos utilizados para su evaluación.

2.2.3.1. Evaluación de las reacciones emocionales

En primer lugar, abordaremos la medición de la ansiedad cognitiva, fisiológica y motora. En segundo lugar, las preocupaciones sobre la cirugía, evaluadas en niños y adolescentes, y por último, los miedos médicos.

↳ Ansiedad

La ansiedad fue evaluada en sus tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) en los pacientes. El objetivo era determinar los niveles de ansiedad en los distintos sistemas, debido a que a menudo los tres sistemas de respuesta funcionan independientemente, no correlacionando entre sí (Hugdahl, 1981).

La **ansiedad cognitiva** se evaluó a través de dos cuestionarios. La *Escala de Ansiedad Infantil* (AI) (Reynolds y Richmond, 1978; Adaptada al español por Sosa, Capafons, Flores y Navarro, 1993) se utilizó para los niños de 7 y 8 años. Para los niños a partir de 9 años se administró el *Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad-Estado/Rasgo*

en niños (STAIC) (Spielberger et al., 1973). Se seleccionaron los cuestionarios AI y STAIC para la evaluación de la ansiedad cognitiva porque son cuestionarios ampliamente utilizados en la literatura consultada, probando su adecuación para el contexto hospitalario.

A continuación se describen detalladamente cada uno de ellos.

La *Escala de Ansiedad Infantil (AI)* (Sosa et al., 1993) es una adaptación al castellano de la "Revised Children's Manifest Scale" (RCMAS) (Reynolds y Richmond, 1978). La RCMAS surgió de la "Children's Manifest Anxiety Scale" (CMAS) de Castañeda, McCanless y Palermo (1956). Ésta fue criticada en la década de los 60 (Flanigan, Peters y Conry, 1969), lo que potenció la creación de la versión revisada (RCMAS), conocida también como "What I Think and Feel". La RCMAS ha sido ampliamente utilizada para la evaluación de la ansiedad infantil contando con datos sobre su fiabilidad y su validez. Ha sido estandarizada con miles de niños norteamericanos (Reynolds y Paget, 1981, 1983) y cuenta con traducciones a distintos idiomas (Boehnke, Silbereisen, Richmond y Reynolds, 1986; Richmond, Rodrigo y De Rodrigo, 1988; Richmond et al., 1984). Los estudios de validez informan que esta escala correlaciona con la Escala de Ansiedad Rasgo para niños del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo para niños (STAIC) (Eason, Finch, Brasted y Saylor, 1985).

Para la validación de la escala, ha sido cumplimentada por 1.613 niños y adolescentes en dos estudios llevados a cabo sobre ella (Sosa, 1985; Sosa, Capafóns, Alcantud y Silva, 1985; Sosa, Capafóns y López, 1993). Los resultados avalan la utilización del AI como una escala unitaria que evalúa la ansiedad infantil en un sentido general. Los autores destacan la importancia de estar atentos a las posibles fluctuaciones de los cambios evolutivos, que se puedan producir en estas edades, o debidas a situaciones que experimenten los sujetos.

En cuanto a la consistencia interna y estabilidad temporal, se obtuvo un alfa igual a 0,82, en ambos estudios, y la correlación test-retest fue de 0,51 y de 0,66, respectivamente.

El AI ha mostrado ser eficaz para diferenciar entre los niños y adolescentes “normales” y el resto de niños y adolescentes que acuden a tratamiento por algún tipo de alteración. Los autores del manual señalan que la escala presenta una satisfactoria calidad psicométrica y capacidad diagnóstica. Los resultados señalan que las variables sociodemográficas, como el nivel escolar, nivel socioeconómico, orden de nacimiento y número de hermanos, no parecen afectar la mayor o menor puntuación en la escala. Respecto a la variable sexo, se observa que las mujeres presentan puntuaciones superiores a los varones. La ansiedad evaluada con el AI muestra una relación positiva con depresión, ansiedad y miedos.

La escala consta de un total de 28 elementos, en forma de afirmaciones y expresados en la dirección de la ansiedad, recogiendo aspectos motores, fisiológicos y cognitivos. Las afirmaciones se contestan por medio de un SI (puntuación 1) o un NO (puntuación 0) en función de la adecuación con su estado anímico. Los baremos mostrados en el manual permiten la conversión de la puntuación directa en puntuación centil, en función de la edad y el género.

El *Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en niños (STAIC)* tiene como antecedente el cuestionario STAI, siendo semejante en su concepción y estructura. Está formado por dos escalas de autoevaluación independientes, para medir la ansiedad-Estado y la ansiedad-Rasgo.

La escala ansiedad-Estado intenta apreciar los estados transitorios de ansiedad (aprensión, tensión y preocupación), que fluctúan y varían en intensidad con el tiempo. La escala está formada

por 20 elementos con los que el niño puede expresar cómo se siente en un “momento determinado”. La escala ansiedad-Rasgo intenta evaluar diferencias relativamente estables de propensión o tendencia a mostrar estados de ansiedad. Según señala el manual, ante situaciones percibidas como amenazadoras, los niños con elevada ansiedad-Rasgo serán más propensos que los niños con bajo nivel de ansiedad-Rasgo a responder con elevaciones de la ansiedad-Estado. Esto también dependerá del grado en que una situación es vivida como peligrosa o amenazadora para cada niño en particular, modulado por su experiencia. Como se señaló en la parte introductoria, en el Modelo Transaccional de Lazarus y Folkman (1986), la valoración de una situación como estresante depende de la evaluación que realiza la persona en función de características propias y de características específicas de la situación.

En la escala de ansiedad-Estado las tres posibles respuestas, se puntúan en función del grado en que se presentan los sentimientos (1=Nada, 2=Algo y 3=Mucho). En la escala de ansiedad-Rasgo existen tres modalidades de respuesta que expresan la frecuencia: 1 (Casi nunca), 2 (A veces), y 3 (A menudo). La puntuación mínima de ambas escalas es 20 y la máxima 60. La puntuación global se obtiene aplicando la fórmula señalada en el manual.

La adaptación española del cuestionario se realizó con una muestra de 1.013 niños españoles entre 8 y 16 años de edad, de los cursos 4º de EGB a 2º de BUP. Las correlaciones realizadas con los elementos de ambas escalas indican que ambas medidas de ansiedad (Estado y Rasgo) no son independientes.

Las pruebas de fiabilidad realizadas con la muestra total, para ambas escalas, muestran índices entre 0,85 y 0,91. Los resultados obtenidos con la muestra de varones y mujeres por separado son similares.

En los estudios originales, el STAIC, correlaciona con dos medidas: con “Children’s Manifest Anxiety Scale for Children” (CMAS) (Castañeda et al., 1956) y con “General Anxiety Scale for Children” (GASC) (Sarason et al., 1960), mostrando además, una validez concurrente de 0,75 y 0,63, respectivamente.

Las variables edad y curso parecen influir en las puntuaciones de ansiedad Rasgo y Estado, aumentando los valores promedios de ansiedad progresivamente. La variable sexo parece influir únicamente en la ansiedad-Rasgo y son las mujeres las que presentan un mayor número de conductas ansiosas.

Los autores del manual de la adaptación española señalan que la edad adecuada de aplicación es entre 9 y 15 años y presentan los baremos en centiles y puntuaciones típicas, diferenciados por sexo y curso.

La **ansiedad fisiológica** se evaluó a través de la *tasa cardíaca* y la *presión sanguínea*. El pulso arterial es una medida periférica de la actividad cardíaca que se produce por expansión rítmica de una arteria. La presión sanguínea es un índice de la actividad cardiovascular que mide la fuerza con la que se mueve la sangre por las arterias (Quiles Sebastián y Pedroche Palacio, 2000a; p.68). En este sentido, se han tomado la tasa cardíaca y la presión sanguínea sistólica como indicativas de ansiedad prequirúrgica, con capacidad de pronóstico sobre la calidad del despertar subjetivo en adultos (Martínez et al., 1993).

Se tomó el pulso cardíaco a los niños, con la finalidad de evaluar la ansiedad fisiológica, en tres momentos: el día de la primera entrevista, momentos antes de la operación e inmediatamente después de ésta. Se recogió el valor de la presión sanguínea inmediatamente después de la intervención. La tasa cardíaca y la presión sanguínea

posteriores a la operación, son recogidas por el anestesista dentro del quirófano.

Aono, Ueda, Kataoka y Manabe (1997) señalaron que los niños menores de 6 años y los niños mayores de 6 años tienen distintas respuestas fisiológicas al estrés. En este sentido, para el estudio de la ansiedad fisiológica se ha dividido la muestra a partir de esta edad.

La **ansiedad motora**, de los pacientes se evaluó con la *Escala de Observación de Distrés Postquirúrgico* (EODP) (González y Montoya, 2000). Esta escala se elaboró para la presente investigación, con el objetivo de evaluar la ansiedad situacional que manifiestan los niños y sus padres en los momentos posteriores a la intervención quirúrgica. A continuación se describe el proceso de elaboración de la escala.

El interés en la evaluación del comportamiento de padres y niños se basa, principalmente, en la constatación de que el comportamiento que muestran ambos, en el contexto médico, no siempre es consistente con el obtenido a través de autoinformes (Bush et al., 1986). Se ha utilizado la observación naturalista, dado que aporta información muy valiosa acerca de los comportamientos que ocurren en un contexto natural y que no es posible obtener por otras vías, o como se ha señalado, no es consistente con el obtenido (D'Ocon y Cerezo, 1995).

La observación de la conducta en la presente investigación se desarrolla en situación natural, concretamente, en la sala de recuperación, tras la intervención quirúrgica.

Para la elaboración de la escala se utilizó en un primer momento un registro narrativo. Se recogieron las conductas observadas, anotando lo estrictamente observable y evitando opiniones e interpretaciones. La finalidad de utilizar este tipo de registro era recoger todas las conductas, que tanto los niños como los padres, muestran en el postoperatorio, para posteriormente realizar un sistema de

categorías. El tiempo de registro fue continuo. Posteriormente, se decidió estipular unos tiempos de observación, es decir, realizar la observación a intervalos, utilizando el método de muestreo de acontecimientos (registrar únicamente las conductas determinadas previamente).

Para determinar las conductas de distrés que compondrían la escala también se tomó como referencia la Escala Observaciones de Apreciación de Ansiedad (Melamed y Siegel, 1975) y la Escala de Observación para el Hospital (Ortigosa, Méndez, Quiles y Pedroche, 1998), eliminando algunos de los comportamientos que en dichas escalas aparecen, e incorporando otros que se consideraron más idóneos para nuestra muestra concreta.

De esta manera, se elaboró una primera Escala de Observación, la *Escala de Observación de Distrés Postquirúrgico preexperimental-1* (EODP1) (Anexo II). Con la EODP1 la observación se realizó en tres intervalos: a los 15 minutos de la entrada en la sala de recuperación, a los 45 minutos y a los 90 minutos. Se estableció el tiempo final en 90 minutos porque se observó, en la primera fase, que transcurrido ese tiempo todos los niños estaban prácticamente recuperados, aunque a algunos no se les había dado el alta todavía. En ocasiones, el retraso en dar el alta se debe a que el cirujano está operando y no puede realizar la evaluación final del niño, y no necesariamente a su estado de salud.

En cada uno de los intervalos se observaba durante 15 minutos la presencia o ausencia de las conductas señaladas, tanto del niño/a, como de la madre y el padre por separado. Cuando desde el principio uno de los padres no estaba y, sin embargo, estaba otro familiar se recogían sus conductas. Es frecuente que uno de los padres salga de la sala y en su lugar entre otro familiar (principalmente un abuelo o abuela), esto se codificaba como "No está en la sala" y no se anotaban

las conductas del familiar que se había incorporado más tarde a la sala de recuperación.

Una vez analizados los datos se realizaron cuatro cambios en la escala de observación de los niños. Los cambios realizados, y la explicación de los mismos, se adjuntan en el Anexo II.1. La escala de observación para los padres no se modificó.

Se incorporaron los cambios y se elaboró la Escala de *Observación de Distrés Postquirúrgico preexperimental-2* (EODP2). La observación se realizó en cuatro intervalos: inmediatamente después de entrar el niño en la sala de recuperación, a los 30 minutos, a los 60 minutos y a los 90 minutos. El tiempo de observación fue de 5 minutos y se recogía la intensidad con tres marcadores: leve (1), moderada (2) e intensa (3), para cada una de las conductas señaladas.

Durante la observación con esta escala se constató que había una serie de conductas que no se realizaban o no eran importantes para la evaluación del distrés, aunque en un principio sí se habían recogido en el registro narrativo. Estas conductas se eliminaron o se modificaron, tal como se describe en el Anexo II.2.

En el proceso de observación surgió la necesidad de codificar también cuando el niño estaba “dormido” o “despierto y tranquilo”. La escala de observación para los padres no se modificó.

A continuación se desarrolló la *Escala de Observación de Distrés Postquirúrgico* (EODP) (Anexo I). Esta escala es la que se administró a las muestras de la presente investigación. La escala quedó compuesta por 11 categorías de conducta para los niños, más dos que indican si estaba dormido o despierto y tranquilo. Se realiza la observación en cuatro intervalos de 5 minutos cada uno: inmediatamente después de entrar en la sala de recuperación, 30 minutos después, 60 minutos después y 90 minutos después. Las respuestas se recogen según la

intensidad de la conducta: leve (1), moderada (2) e intensa (3). La definición de cada una de las categorías de respuesta, así como la descripción de los niveles de intensidad se muestran en el Anexo II.3.

El 56% de las observaciones se realizaron con una única observadora, el 44% restantes se realizaron en colaboración con una estudiante de último año de psicología, para analizar la fiabilidad de la escala. Las observaciones se realizaban al mismo tiempo, pero sin comunicación entre las observadoras. A partir de estos datos de observación se realizó el Kappa de Cohen para determinar la fiabilidad de los datos recogidos respecto a la concordancia entre observadores.

El Kappa de Cohen (Cohen, 1960) es un estadístico de concordancia que corrige el azar. La categorización de la significación de los Kappas señalada por Fleiss (1981) es una de las más utilizadas, considerándose regular los Kappas entre 0,40 y 0,60; bueno un Kappa entre 0,60 y 0,75; y excelente un valor de Kappa superior a 0,75. Los valores de Kappa se han calculado para niños y padres por separado y codificando las puntuaciones según intensidad (de 1 a 3) y según presencia o ausencia de conducta (0-1). Se ha calculado la media de todos los índices Kappa (Cuadro II.3.) y se observa que son buenos y excelentes, señalando que ambos observadores coinciden en la codificación realizada, es decir, que se está de acuerdo en lo que se está codificando (Bakeman y Gottman, 1989).

Cuadro II.3 . Índices de concordancia Kappa

	Medias Kappa	
	Niños	Padres
Evaluación intensidad	0,81	0,72
Evaluación presencia-ausencia	0,76	0,63

Dos aspectos importantes a tener en cuenta en la observación de conductas son los posibles sesgos producidos por el observador y la reactividad en los sujetos producida por la observación (Fernández-

Ballesteros y Carrobles, 1989). Estos dependen de las características específicas de la situación en que se realiza la observación. En el Anexo II.4. se explican detalladamente los sesgos y tipos de reactividad tenidos en cuenta para la presente investigación.

↳ **Preocupaciones**

En la muestra de pacientes se han utilizado dos cuestionarios de preocupaciones según la edad: El *Cuestionario de Preocupaciones sobre la Cirugía Infantil: Forma Niños* (CPCI-N) (Quiles, Ortigosa y Méndez, 1998; Méndez, Quiles e Hidalgo, 2001) para el grupo de 7 a 10 años y el *Cuestionario de Preocupaciones sobre la Cirugía Infantil: Forma Adolescentes* (CPCI-A) (Quiles, Méndez y Ortigosa, 1998; Quiles, Ortigosa, Méndez y Pedroche, 1999) para el grupo de edad de 11 a 14 años. Son los primeros autoinformes elaborados para evaluar las preocupaciones que pueden tener niños y adolescentes ante una experiencia quirúrgica, validado con población infantil y adolescente española (Quiles y Pedroche, 2000). Los elementos hacen referencia a aspectos relacionados con la intervención quirúrgica como inyecciones, dolor, anestesia, operación y separarse de sus padres. En la forma niños el cuestionario consta de 18 elementos. El último es una pregunta abierta acerca de si le preocupa alguna otra cosa y se le pide que la escriba. En los 17 elementos restantes se puntúa el grado de malestar en una escala de 3 puntos (0=nada preocupado/a; 1=bastante preocupado/a; y 2=preocupadísimo/a). En la forma adolescentes el cuestionario consta de 23 elementos, el último es similar a la versión de niños. Los 22 elementos restantes se puntúan sobre una escala de 5 puntos (0=nada preocupado/a; 1=algo preocupado/a; 2=moderadamente preocupado/a; 3=bastante preocupado/a; y 4=preocupadísimo/a).

Ambos cuestionarios muestran buenas propiedades psicométricas. La consistencia interna (α) es de 0,83 (Forma niños-FN) y de 0,90 (Forma Adolescentes-FA). La fiabilidad de los items es igual a 0,90 (FN) y 0,89 (FA), y la fiabilidad test-retest oscila entre 0,36 y 0,60 (FN) y entre 0,43 y 0,67 (FA). La validez convergente es de 0,60 (FN) y de 0,68 (FA) (Quiles, 1999).

Según indican Quiles y Pedroche (2000) el estudio de validación de ambas formas permite concluir que son instrumentos válidos y fiables, de fácil aplicación y corrección, siendo instrumentos adecuados para la práctica hospitalaria (Quiles, 1999; Quiles et al. , 1999).

↳ Miedos

Los miedos hospitalarios se evaluaron con la *Escala de Apreciación de Miedos al Hospital* (EAMH) (Melamed y Siegel, 1975). La escala está compuesta por 8 elementos de la “*Medical Fears Subscale*”, factor del “*Fear Survey Schedule for Children*” (FSC-FC) (Scherer y Nakamura, 1968) y por otros 8 elementos con validez para evaluar miedos hospitalarios. De esta forma la *Escala de Apreciación de Miedos al Hospital* (EAMH), está formada por 25 elementos, 16 referidos a miedos sobre los aspectos de la hospitalización y la cirugía y 9 neutros. En la escala original estos elementos se puntúan en una graduación de 1 a 5, en población española se ha utilizado con puntuaciones de 0 a 4 (Ortigosa, Quiles, Carrillo y Pedroche, 2000) (0=nada de miedo; 1=algo de miedo; 2=bastante miedo; 3=mucho miedo; y 4=muchísimo miedo).

Este instrumento es ampliamente utilizado en el ámbito de la hospitalización infantil a pesar de la ausencia de estudios metodológicos sobre sus propiedades psicométricas. Sin embargo, según señalan Quiles y Pedroche (2000), se puede suponer una adecuada validez de constructo de la escala, debido a que es sensible a

las variaciones en los miedos infantiles tras la preparación psicológica a la hospitalización y/o cirugía (Melamed y Siegel, 1975; Melamed, Dearborn y Hermecz, 1983).

Para comparar la puntuación obtenida en nuestra muestra con otras poblaciones se han utilizado las medidas ofrecidas por Ortigosa, Quiles, Carrillo y Pedroche (2000) en niños hospitalizados (Media=28,703; D.T.=17,208) y no hospitalizados (Media=20,154; D.T.=12,889).

2.2.3.2. Evaluación de las conductas postquirúrgicas

Para evaluar la existencia de cambios en las conductas de los niños tras la intervención quirúrgica se utilizó el *Cuestionario de Conductas Posthospitalarias (Posthospital Behavior Questionnaire. PHBQ. Vernon et al., 1966)*. Es un cuestionario de auto-informe para padres que es extensamente usado en la literatura y está diseñado para evaluar las respuestas comportamentales no adaptativas y la “regresión en el desarrollo” en niños después de la cirugía. Regresión en el desarrollo se refiere a la pérdida de logros del desarrollado ganados previamente (Kain, Wang et al., 1999).

El cuestionario evalúa el cambio en 27 conductas. Para cada elemento, los padres comparan el comportamiento habitual de su hijo antes de la intervención, con su comportamiento después en una escala de 1 a 5 (1=mucho menos que antes; 2=menos que antes; 3=igual que antes; 4=más que antes; 5=mucho más que antes). Previo a la intervención quirúrgica se puede administrar el cuestionario con la finalidad de establecer una línea base. En este cuestionario cambia el significado de las puntuaciones hacia el sentido de “con qué frecuencia lo hace generalmente” (1=nunca; 2=a veces; 3=a menudo; 4=casi siempre; y 5=siempre). La primera versión del cuestionario constaba de

28 ítems y los cambios se puntuaban de -2 (mucho menos que antes) a +2 (mucho más que antes) (Vernon y Schulman, 1964). Esta forma de puntuar las respuestas del cuestionario ha sido utilizada en algunas investigaciones (por ejemplo, Kain, Mayes, O'Connor et al., 1996; Kain, Mayes et al., 1999). En el presente trabajo se ha utilizado la forma indicada en el artículo original sobre el cuestionario PHBQ (Vernon et al., 1966), que ha sido utilizada posteriormente por los autores del cuestionario y en mayor número de investigaciones (por ejemplo, Vernon, 1973; Wolfer y Visintainer, 1975; Ngim-Kee Yap, 1988; Kennedy y Riddle, 1989; Carson et al., 1991; Vernon y Thompson, 1993).

Las 27 conductas se agrupan en seis factores. El factor de *Ansiedad general y regresión* (Ítems: 4, 5, 6, 8, 12, 13, 16 y 22) incluye elementos que hacen referencia a que el niño prefiere mantenerse en el ambiente familiar y reducir la exposición a experiencias nuevas y quizá amenazantes. También incluye trastornos en los hábitos que pueden considerarse como cambio en la rutina, evidencia de regresión y de ansiedad.

El segundo factor, *Ansiedad de separación* (Ítems: 9, 17, 18, 19 y 21), incluye ítems relacionados con expresiones clásicas de ansiedad de separación. Incluye también “Pesadillas de noche o despertarse llorando”, que aunque puede ser interpretado como evidencia de ansiedad también puede ser una forma de conseguir volver a estar con sus padres. Otros de los ítems “Alterarse cuando alguien menciona a los médicos u hospitales” sugiere un miedo a una experiencia traumática en la que una de las características importantes es la separación.

En tercer lugar, los *Trastornos del sueño* (Ítems: 1, 20 y 23), incluyen ítems que hacen referencia a problemas relacionados con el dormir y con irse a la cama.

El factor cuatro, *Problemas de alimentación* (Items: 2, 3 y 25), incluye items que están directamente relacionados con alteraciones con la comida. Un item “3. Emplear tiempo en estar sentado, tumbado y sin hacer nada” no está directamente relacionado. Sin embargo, el autor del instrumento señala que, generalmente, los problemas de alimentación suelen estar acompañados de cierto grado de apatía.

El quinto factor, *Agresión hacia la autoridad* (Items: 14 y 26), hace referencia a “14. Coger rabietas” y “26. Ser desobediente”. Ambos implican una rebelión activa, principalmente hacia los padres.

Respecto al sexto factor, *Apatía-retraimiento* (Items: 7, 10, 11, 15, 24 y 27), los autores señalan que fue el más difícil de identificar. Incluye items como “Necesitar mucha ayuda para hacer cosas” y “Dificultad en interesarse por hacer cosas”, que indican regresión y apatía, respectivamente. El item “Temeroso entre desconocidos”, se considera más como retraimiento.

La consistencia interna (α) de las puntuaciones totales es igual a 0,82. El coeficiente de cada factor oscila entre 0,46 (Problemas de alimentación) y 0,73 (Ansiedad general y regresión). Los coeficientes de fiabilidad test-retest oscilan entre 0,47 y 0,65 (Vernon et al., 1966).

Thompson y colaboradores (Thompson, 1985; Vernon y Thompson, 1993) señalaron que el cuestionario se aplica igualmente a niños de diferentes edades cuando existen muchas diferencias entre estos. Así mismo, indican que es necesario contrastar la observación que realizan los padres de las conductas posthospitalarias de sus hijos, con otras observaciones realizadas por profesionales, debido a que es posible que los padres que participan voluntariamente en un estudio, que beneficia a sus hijos, exageren las conductas de mejora de estos. Esto afectaría a la validez del instrumento.

2.2.4. Variables psicológicas del cuidador familiar

Las variables evaluadas en el cuidador familiar se han dividido en tres grupos: reacciones emocionales (ansiedad, estados de ánimo y preocupaciones), estrategias de afrontamiento y *locus* de control sobre la salud de su hijo. A continuación se describen los instrumentos utilizados para su evaluación.

2.2.4.1. Evaluación de las reacciones emocionales

En primer lugar, abordaremos la medición de la ansiedad cognitiva y motora. En segundo lugar, los estados de ánimo y, por último, las preocupaciones.

↳ **Ansiedad**

En la familia se evaluaron la ansiedad cognitiva y la motora. Para la evaluación de la **ansiedad cognitiva** del cuidador se utilizó el *Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad-Estado/Rasgo* (STAI) (Spielberger et al., 1970). Consta de dos escalas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado (E) y como rasgo (R).

En el manual (Spielberger et al., 1970) se describe la *ansiedad Estado* (A/E) como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad. Las características esenciales evaluadas por la escala de ansiedad Estado incluyen sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprensión.

La *ansiedad Rasgo* (A/R) la describen como una propensión

ansiosa relativamente estable que influye en la tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, la ansiedad Estado. Como constructo psicológico los autores señalan que hace referencia a disposiciones o predisposiciones a ver el mundo y a actuar de una determinada manera.

El STAI está diseñado para la autoaplicación y no tiene tiempo limitado de respuesta. En la cumplimentación se le pide al sujeto que valore de 0 a 3 cada elemento. Para medir los cambios de estado después de un tiempo, los autores recomiendan aplicar la parte *ansiedad /Estado* en cada ocasión crítica.

En ambas versiones (Estado y Rasgo) del STAI existen 20 elementos, oscilando la puntuación entre un mínimo de 0 puntos hasta un máximo de 66 puntos. Las categorías para la versión Estado son: 0 (nada), 1 (algo), 2 (bastante) y 3 (mucho). Para la versión Rasgo: 0 (casi nunca), 1 (a veces), 2 (a menudo) y 3 (casi siempre). En algunos elementos del cuestionario es necesario invertir la puntuación, por ejemplo "Me siento seguro" donde se conceden tres puntos si el sujeto marca 0, dos si señala 1, un punto si marca el 2 y cero puntos si señala el 3. Las puntuaciones se corrigen según la fórmula señalada en el manual.

Para la adaptación española se utilizaron cuatro muestras distintas, con un total de 1.587 sujetos. Los coeficientes de consistencia interna oscilan entre 0,90 y 0,93 en la ansiedad/Estado y entre 0,84 y 0,87 en ansiedad/Rasgo.

En la muestra de tipificación española, los autores observaron que entre los varones (adolescentes y adultos) existe una mayor interrelación entre ansiedad/Estado y ansiedad/Rasgo que entre las mujeres.

Los baremos ofrecidos en el manual muestran una puntuación centil y una puntuación decatipo para cada puntuación directa. La puntuación directa debe buscarse en el baremo correspondiente según sexo (varones – mujeres) y según edad (adolescentes -hasta 19 años inclusive- y adultos –a partir de 20años-).

La **ansiedad motora** se evaluó a través de la *Escala de Observación de Distrés Postquirúrgico (EOAP)*. Como se señaló en el apartado de pacientes esta escala se elaboró para la presente investigación, con el objetivo de evaluar la ansiedad situacional que manifiestan los padres en los momentos posteriores a la intervención quirúrgica. El proceso de elaboración de la escala, así como la descripción de las categorías y niveles se muestra en el Anexo II.

↳ **Afecto (Estados de ánimo)**

El afecto se evaluó con la escala de “AFECTO. Estados de ánimo” (Sánchez-Cánovas, 1994). Como señala el autor, la escala permite seguir la evolución del sujeto a lo largo del tiempo, comprobando las fluctuaciones de sus estados de ánimo y la influencia en ellos del tratamiento. Igualmente es una escala apropiada para comprobar la influencia del estrés, ya que el estrés tiene como efecto inmediato la alteración de las emociones.

El cuestionario consta de dos escalas: afectividad positiva y afectividad negativa. Existen dos versiones del cuestionario, con 20 y con 30 elementos, donde la escala de afecto positivo consta de 10 o de 20 elementos, respectivamente. Para la presente investigación se ha utilizado la versión de 10 elementos para la escala de afecto positivo y 10 elementos para la escala de afecto negativo.

El afecto positivo refleja un nivel de compromiso placentero con el ambiente. Un alto afecto positivo está compuesto por términos que reflejan entusiasmo (excitado, entusiasmado), energía (activo, enérgico), mentalmente activo (alerta, atento) y determinación (fuerte, determinado). En contraste, el afecto negativo es un factor general de distrés subjetivo e incluye un rango amplio de estados de humor aversivos, incluyendo angustiado, nervioso, asustado, enfadado, culpable e indiferente. Los dos factores de humor pueden ser medidos como rasgos (diferencias persistentes en el nivel de afectividad general) o como estados (fluctuaciones transitorias en el humor) (Watson, 1988).

La afectividad negativa o emotividad negativa (Pervin, 1998) también se considera como un constructo de personalidad, definido por la disposición a experimentar estados emocionales aversivos, como la ansiedad y la depresión (y otras emociones negativas, como el enfado, el asco y el desprecio), a tener una visión negativa del self y a ser introspectivo e insistir en el lado negativo de sí mismo y del mundo (Watson y Clark, 1984; Clark y Watson, 1991; Watson y Clark, 1992,1993). La emotividad negativa parece estar relacionada con la tendencia a hacer atribuciones internas, estables y globales sobre sucesos negativos (Clark y Watson, 1991) y con las estrategias de afrontamiento características de la Evitación (Aspinwall y Taylor, 1992). Este tipo de afectividad incluye sentimientos de nerviosismo, tensión y preocupación, similar al concepto de “ansiedad rasgo”, pero sería una condición negativa más general (Watson y Clark, 1984).

El coeficiente de fiabilidad para la escala de afectividad positiva es 0,87, para la escala de afectividad negativa es 0,86. Otro estudio (Soriano y Zorroza, 1999) obtiene índices aproximados para estas escalas, siendo alpha igual a 0,80 para la escala de afectividad positiva y 0,89 para la afectividad negativa.

La puntuación media para la escala de afectividad positiva es 32,21 (D.T.=5,95) para varones y 31,44 (D.T.=7,53) para mujeres. Para la escala de afectividad negativa es inferior, siendo para varones 19,66 (D.T.=8,24), y 21,12 (D.T.=8,52) para mujeres.

Las puntuaciones en ambas escalas pueden variar de 1 a 50 puntos. Cada sujeto se autoevalúa en cada ítem en una escala de 5 puntos (1=muy poco o nada; 2=un poco; 3=moderadamente; 4=bastante; y 5=mucho).

La muestra de referencia está constituida por 1.885 sujetos (743 varones y 1.142 mujeres) con edades comprendidas entre 17 y 90 años. Los baremos se presentan en puntuación directa y en centiles, diferenciando género y grupos de edad (17-25; 26-44; 45-64; y 65-90).

↳ **Preocupaciones**

En la muestra de padres se ha utilizado el *Cuestionario de Preocupaciones sobre la Cirugía Infantil: Forma Padres* (Quiles, Méndez, Pedroche y Ortigosa, 1998).

El cuestionario consta de 28 elementos acerca de diversos aspectos relacionados con la cirugía que podrían preocupar a los padres (por ejemplo, “Que mi hijo fallezca como consecuencia de esta enfermedad” o “Cómo anestesiarán a mi hijo”).

El último elemento es una pregunta abierta (“¿Le preocupa algún otro aspecto relacionado con la hospitalización/cirugía de su hijo? Si es así, escríbala”). El resto de elementos se puntúan en una escala de 4 puntos (0=nada preocupado/a; 1=algo preocupado/a; 2=bastante preocupado/a; 3=muy preocupado/a; 4=preocupadísimo/a).

2.2.4.2. Evaluación de las estrategias de Afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento utilizadas por los padres se evaluaron con el cuestionario *Coping Strategy Indicator* (CSI) de Amirkhan (1990). Se evaluó el afrontamiento en dos situaciones: ante la proximidad de la intervención quirúrgica de su hijo/a (un mes antes de la operación) y tras las complicaciones de la intervención (una semana después de la operación).

El cuestionario contiene 33 elementos que se agrupan en tres factores (11 elementos por factor) y que explican el 70% de la varianza.

- * El primer factor hace referencia a estrategias instrumentales de *solución de problemas* e incluye elementos como “¿Recorrió todas las soluciones posibles antes de decidir qué hacer?” y “¿Sopesó las opciones cuidadosamente?”.
- * El segundo factor se refiere a la *búsqueda de apoyo social* de otros o al contacto humano, incluyendo los elementos “¿Contó sus sentimientos a algún amigo?”, y “¿Aceptó la ayuda de un amigo o similar?”, entre otros.
- * El tercer factor incluye estrategias de *evitación* físicas y/o psicológicas, como “¿Intentó distraerse del problema?” y “¿Soñó con tiempos mejores?”.

Se consideran puntuaciones altas las que se encuentran comprendidas por arriba de la media más una desviación típica. Por el contrario, se consideraban puntuaciones bajas las que se encuentran por debajo de la media menos una desviación típica. Los estadísticos, en población española son: solución de problemas (Media=25.5; D.T.=4.5); búsqueda de apoyo social (Media=24.6; D.T.=6.2); y evitación (Media=15.7; D.T.=3.2) (Soriano, 1994; Soriano y Zorroza, 1999).

La fiabilidad del cuestionario original para las tres escalas oscila entre 0,84 y 0,93 (Amirkhan, 1990). En población española oscila entre 0,73 y 0,93 (Soriano, 1994; Soriano y Zorroza, 1999).

Parece haber acuerdo respecto a que el CSI posee buenos índices de consistencia interna y una estructura interna estable y aceptable (Clark, Bormann, Cropanzano y James, 1995; Soriano y Zorroza, 1999), aunque presenta la limitación de incluir únicamente tres estrategias de afrontamiento, mientras otros cuestionarios (COPE Y WOC-R) muestran más estrategias que también pueden ser importantes (Clark et al., 1995).

Para la presente investigación se eligió el cuestionario CSI principalmente por tres razones. En primer lugar, por la existencia de datos de referencia para muestra española (Soriano, 1994; Soriano y Zorroza, 1999). En segundo lugar, porque el CSI, utilizado con población española, ha mostrado que evalúa dimensiones más independientes, posee una mejor estructura factorial, una mayor consistencia interna y escalas más fiables que el CM y el WOC (Soriano y Zorroza, 1999). En tercer lugar, porque el CSI se ha relacionado con el cuestionario "*Afecto. Estados de ánimo*" (Sánchez-Cánovas, 1994), utilizado también en la presente investigación (Soriano y Zorroza, 1999).

2.2.4.3. Evaluación del locus de Control

La escala utilizada para evaluar el *locus* de control de los padres fue la *Child Improvement Locus of Control Scale* (CILC) de Devellis et al., 1985, 1988 y 1993), traducida y validada para población española por (Ochoa, Repáraz y Polaino-Lorente, 1997). La CILC está fundamentada teóricamente en el concepto de *locus* de control propuesto por Rotter (1966). Para la versión española, Ochoa et al. (1997) utilizaron la versión del CILC publicada en 1985. La escala fue aplicada a una

muestra de 242 padres de niños hospitalizados, de edades comprendidas entre los 2 y los 18 años, a causa de sufrir una enfermedad crónica o aguda, en el Servicio de Pediatría de la Clínica Universitaria de Navarra.

Para contrastar las puntuaciones obtenidas en la muestra del presente trabajo, con las obtenidas en la validación de la escala, publicada por Ochoa et al. (1997), se han utilizado las puntuaciones totales ofrecidas por estos autores. Las medias y desviaciones típicas de cada dimensión se muestran a continuación.

La escala consta de 27 elementos que hacen referencia a cinco categorías de *locus* de control. La categoría "*Profesionales*" hace referencia a las creencias de los padres, respecto de si la curación o recuperación de sus hijos está en función, o no, del esfuerzo que realizan los profesionales sobre el tipo de problema/s de su hijo (Media=33,12; D.T.=3,49). La categoría "*Dios*" representa las creencias de los padres en algún tipo de intervención divina o no sobre la recuperación de su hijo (Media=18,16; D.T.=5,64). La categoría "*Padres*" hace referencia a las creencias de los padres sobre si sus acciones influyen o no sobre la recuperación de su hijo/a (Media=31,08; D.T.=4,77). La categoría "*Niños*" representa las creencias de los padres acerca de si la recuperación de su hijo depende de los esfuerzos que él haga (Media=21,17; D.T.=8,84). La categoría "*Suerte*" manifiesta las creencias de los padres respecto de si la recuperación de su hijo está en función de la casualidad, la suerte, el destino u otros factores que escapan al alcance del control humano (Media=10,51; D.T.=6,16).

Las categorías *Profesionales*, *Dios* y *Suerte* representan el *locus de control externo* y las categorías *Padres* y *Niños* el *locus de control interno*.

Los padres responden a la escala valorando cada afirmación en una escala tipo Likert de 6 puntos (1= Totalmente en desacuerdo;

2=Moderadamente en desacuerdo; 3=Ligeramente en desacuerdo; 4=Ligeramente de acuerdo; 5=Moderadamente de acuerdo; y 6=Totalmente de acuerdo). La escala puede ser puntuada de dos formas. Por un lado, puede obtenerse una puntuación media de cada una de las categorías de *locus* de control evaluadas por el instrumento (*Profesionales, Dios, Suerte, Padres y Niños*). Por otro lado, pueden obtenerse dos puntuaciones de *locus* de control: interno y externo. Para la obtención de estas dos puntuaciones se suman los resultados totales obtenidos en locus de control interno, por un lado, y locus de control externo, por otro, y se dividen por el número de elementos que componen cada una de las dos dimensiones.

Los coeficientes de consistencia interna obtenidos por Devellis y cols. (1985), obtenidos de dos muestras diferentes, y por Ochoa et al. (1997), respectivamente son: *Niños* (Alpha=0,71/0,73 y 0,90), *Dios* (Alpha=0,83/0,80 y 0,96), *Suerte* (Alpha=0,58/0,70 y 0,83), *Padres* (Alpha=0,79/0,78 y 0,80), *Profesionales* (Alpha=0,83/0,69 y 0,74). Los coeficientes de consistencia interna total son: 0,65/0,69 (escala original) y 0,77 (muestra española).

Los autores de la adaptación española, concluyen que el comportamiento de los items es bueno y aceptable (aunque habría que revisar o reformular los items 12 y 27 que presentan algunos problemas). También señalan que la consistencia interna de cada subescala y del instrumento en su conjunto son adecuadas, y que se muestra la validez de su medición en la consistencia de las cinco dimensiones hipotetizadas por los autores del instrumento. Todo ello convierte la escala en un instrumento útil para evaluar el *locus* de control de los padres de niños hospitalizados.

Para la presente investigación se utilizó este instrumento porque era el que más se adecuaba a la muestra utilizada, en ambas situaciones la evaluación de los padres se realiza en el contexto médico.

2.3. Procedimiento y dificultades encontradas

Tal como se ha planteado en el apartado referido a *Objetivos e Hipótesis*, el interés general de esta investigación se ha centrado en estudiar y determinar las variables que pueden ayudar a predecir una mayor vulnerabilidad psicológica al estrés quirúrgico, en los niños y en sus cuidadores familiares.

Dado que se considera de gran importancia la presencia y la labor de la figura del psicólogo, como un miembro más del equipo multidisciplinar en las unidades de pediatría de los hospitales, así como la elaboración de programas de intervención en los casos que sea necesario, la detección que aquellos pacientes, y cuidadores familiares, más vulnerables al estrés quirúrgico, permitirá desarrollar una preparación psicológica selectiva y adaptada para cada individuo.

Teniendo en cuenta las variables que, según la revisión bibliográfica, tienen un mayor interés en el contexto hospitalario y en las intervenciones quirúrgicas en niños, se procedió a la selección de la batería de pruebas psicológicas (cuestionarios validados) y demás instrumentos de evaluación (registros y entrevistas) que permitieran evaluar dichas variables. Las pruebas psicológicas, los registros y las entrevistas seleccionadas o elaboradas para esta finalidad han sido descritas en el apartado anterior.

El planteamiento de partida era llevar a cabo un estudio sobre las características psicosociales de los niños que son intervenidos quirúrgicamente y sus padres. Dado el crecimiento que en la actualidad está teniendo la cirugía en régimen ambulatorio y la escasez de estudios al respecto, se tomó la decisión de realizar la investigación en este tipo de cirugía. Para ello se contactó con el Jefe de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital General Universitario de Valencia. Se

decidió seleccionar la patología otorrinolaringológica por ser la más abundante en número de operaciones en esta unidad.

Cuadro II.4. Tiempos de evaluación y cuestionarios utilizados

TIEMPOS DE EVALUACIÓN	PACIENTE	CUIDADOR FAMILIAR
Momento 1. Cita preanestesia	AI o STAIC (Rasgo y Estado) Escala de Apreciación de Miedos al Hospital Escala de Preocupaciones sobre la Cirugía Infantil Tasa cardíaca	Consentimiento informado Protocolo de recogida de datos (T1) STAI (Rasgo y Estado) Afecto Estrategias de Afrontamiento Escala de Preocupaciones sobre la Cirugía Infantil Escala de Locus de Control Conductas postquirúrgicas del paciente (línea base)
Momento 2. Día previo a la intervención (Contacto telefónico)	AI o STAIC (Estado)	STAI (Estado) Afecto
Momento 3. Día de la intervención (Antes de que entren a quirófano y en la sala de recuperación)	AI o STAIC (Estado) Pulso Escala de observación de Distrés Postquirúrgico	STAI (Estado) Afecto Escala de observación de Distrés Postquirúrgico
Momento 4. Día siguiente a la intervención (Contacto telefónico)	AI o STAIC (Estado)	Ficha de recuperación postquirúrgica STAI (Estado) Afecto Conductas postquirúrgicas
Momento 5. Semana siguiente (Contacto telefónico)	AI o STAIC (Estado) Escala de Apreciación de Miedos al Hospital	Protocolo de recogida de datos (T2) STAI (Estado) Afecto Estrategias de afrontamiento Conductas postquirúrgicas
Momento 6. A los 15 días (Contacto telefónico)		Conductas postquirúrgicas
Momento 7. Al mes (Contacto telefónico)		Conductas postquirúrgicas
Momento 8. A los tres meses (Contacto telefónico)	AI o STAIC (Estado)	Conductas postquirúrgicas STAI (Estado)

Previo al inicio de la evaluación psicológica se procedió a la elaboración de un Convenio de Colaboración entre la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (Hospital General Universitario) y la Facultad de Psicología (Universitat de València) y se realizaron las reuniones necesarias para poner en conocimiento del Jefe de la Unidad los objetivos de la investigación, las pruebas de evaluación y las condiciones bajo las cuales se llevaría a cabo la investigación.

Tras la aprobación del Jefe de la Unidad para la realización de la investigación en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, se determinó la forma más adecuada de secuenciación temporal de la investigación. Se establecieron ocho secuencias temporales tal y como se describe a continuación. En el Cuadro II.4. se resumen, esquemáticamente, los ocho momentos y los instrumentos utilizados en cada uno de ellos.

Momento 1: Cita preanestesia. Aproximadamente un mes antes de la intervención quirúrgica, el niño acude a consulta con la finalidad de evaluar si sus condiciones físicas le permiten la realización de dicha intervención, así como para solicitar los análisis y pruebas pertinentes.

En la primera entrevista realizada tras la visita con el anestesista se solicitaba a los padres su colaboración para la investigación y la firma del Consentimiento Informado (Anexo I). Con el Consentimiento Informado se les explicaba a los padres los momentos en los que se realizaría la investigación (algunos de ellos telefónicamente), el objetivo de la investigación y la posibilidad de abandonarla cuando desearan sin necesidad de justificarlo.

En ocasiones, el niño venía acompañado por otro familiar que nos informaba que el día de la operación vendrían sus padres. En este caso no se incluía en la investigación. Si venía uno de los padres se solicitaba que fuera él quien participara en la investigación, y en caso

de venir los dos se informaba que ambos podían participar, o que ellos decidieran quien contestaría los cuestionarios.

Se administraron un total de 80 entrevistas, de las cuales se eliminaron 23 durante el seguimiento por diversas razones (Cuadro II.5.). Algunos niños (n=6) fueron operados un día distinto del que estaba previsto, debido a que se adelantaron las intervenciones al haber alguna vacante. Al no administrarles el cuestionario del día anterior a la intervención, se eliminaron de la muestra. De la misma manera, cuando telefónicamente no se pudo contactar con los padres el día previo a la intervención (n=2) también se eliminaron de la muestra. En otras ocasiones, los padres prefirieron no continuar (n=6) o preferían contestar los cuestionarios después de la operación de su hijo/a (n=2). En estos últimos casos, y dado que los cuestionarios deben contestarse antes de la operación se eliminaron de la muestra de estudio. Otros niños no fueron intervenidos de patologías otorrinolaringológicas y no se operaron en esta Unidad (n=3) o sólo les realizaron pruebas exploratorias (endoscopia y gastroscopia) (n=2). En otros casos (n=2), a pesar de administrar los cuestionarios, no se consideraron válidos debido a que las madres no entendían aproximadamente la mitad de los elementos de algunos cuestionarios y fue necesario explicarles el sentido. En estos casos, se considera que la explicación de la entrevistadora, aún intentando ser imparcial, podría influir en las respuestas dadas por las madres

Cuadro II.5. Número de pacientes eliminados de la muestra y los motivos

RAZONES DE LA ELIMINACIÓN	NÚMERO
Operado otro día distinto del previsto	6
No se pudo contactar telefónicamente con ellos el día antes de la operación	2
No quisieron continuar	6
No quisieron contestar momentos antes de la operación	2
No se operaron en esta Unidad	3
No operados (se les realizaron endoscopia o gastroscopia)	2
No entendían los cuestionarios	2
TOTAL	23

De esta forma, el número total de familias que constituyen la muestra son 57. La descripción de la muestra se detallará en el siguiente apartado.

Momento 2: Día previo a la intervención. La semana antes de la intervención los padres reciben una llamada del personal de la Unidad informándoles del día y hora en la que se realizará la intervención quirúrgica. Las intervenciones se realizan según la edad de los niños, operándose primero al menor.

El día de antes se les llama para que, telefónicamente, respondan a los cuestionarios. Como se señaló previamente, en los casos en los que no se pudo contactar con la persona que había contestado los cuestionarios en la primera entrevista, se eliminaron de la muestra.

Momento 3: Día de la intervención. Antes de la intervención quirúrgica se evaluó ansiedad en los padres y en los niños (mayores de 7 años) y se tomó el pulso a los niños.

En los padres se evalúan también estados de ánimo. Después de la intervención quirúrgica, y aproximadamente a los 10 minutos, el niño es llevado a la sala de recuperación donde están sus padres. A los niños pequeños se les pone en brazos de sus padres y los mayores salen en un sillón.

En ese momento comienza la observación de ansiedad motora, que se realizará en cuatro secuencias temporales durante una hora y media, tanto en los niños como en sus padres, como se señaló.

Momento 4: Día siguiente a la intervención. Se realiza la evaluación, telefónicamente, el día después de la intervención quirúrgica. Cuando los niños son intervenidos de Hipertrofia amigdalara (amígdalas) se quedan ingresados una noche y se les da el alta a la mañana del día siguiente. Para que en todos los casos la evaluación

fuera similar (telefónica), se contactaba con los padres por la tarde para administrarles los cuestionarios.

La evaluación de los momentos 2 y 4 (el día de antes y de después) tenía que ser realizada, imprescindiblemente, en esos días, de no ser así se eliminaba el sujeto de la muestra. En el caso de las siguientes evaluaciones y en caso de no poder contactar con el padres el día exacto se dejaba de margen unos 5 días. Por ejemplo, si la fecha exacta en la que cumplía la semana o el mes para la evaluación era un miércoles, la fecha de margen para administrar los cuestionarios era del martes anterior hasta el sábado siguiente.

Momento 5: Semana siguiente. Se realiza la evaluación una semana después de la intervención quirúrgica, telefónicamente. En un principio se pensó que esta evaluación podía ser la más problemática, debido a que se administran cinco cuestionarios por teléfono y requiere cierto tiempo y atención.

En general, los padres no tuvieron ningún problema en contestarlos, y aunque algunos sí señalaban la extensión de los cuestionarios, ninguno de ellos se negó a contestarlos.

Momentos 6, 7 y 8: A los 15 días, al mes y a los tres meses, respectivamente. En estos casos la evaluación se realizó telefónicamente. En todos ellos se administra el cuestionario que evalúa conductas postquirúrgicas para valorar las posibles repercusiones de la cirugía en los niños. En el último momento (a los tres meses), se administra también el cuestionario de ansiedad para tener una puntuación final y observar la evolución de la ansiedad tanto en los padres como en los niños.

Todas las evaluaciones fueron llevadas a cabo por la misma psicóloga (que presenta esta tesis doctoral) realizadas bien por teléfono o bien en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, en el período

comprendido entre el 4 de septiembre de 2000 y el 25 de agosto de 2001. Algunas de las observaciones de ansiedad motora tras la intervención quirúrgica (momento 3) se realizaron en colaboración con una estudiante de último año de psicología, como se señaló en el apartado anterior.

Respecto a las **dificultades encontradas**, destacar dos aspectos. En primer lugar, la dificultad de tomar el pulso cardíaco en niños pequeños, debido a que algunos acudían a la unidad dormidos o se alteraban cuando se intentaba realizar la medición. En este caso, se intentaba con ayuda de los padres, respetando ante todo el deseo del niño y no presionándolo.

En segundo lugar, la dificultad del tiempo disponible de los padres que trabajaban, para contestar los cuestionarios telefónicamente. La dificultad pudo resolverse gracias a la colaboración de los padres, que ofrecieron las posibilidades de administrarles los cuestionarios a partir de las diez de la noche, en fines de semana o incluso telefoneando a su centro de trabajo.

La evaluación de los sujetos en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital General Universitario de Valencia, se realizó, no sólo sin encontrar dificultades, sino incluso con la colaboración de todo el equipo, que favorecieron en todo momento y a todos los niveles el desarrollo de la investigación, tanto a nivel de espacio, permitiendo atender a los pacientes en la sala del anestesiista entre visitas, como a nivel de información sobre datos de la historia clínica del paciente, por supuesto, respetando la confidencialidad.

El número total de niños y padres evaluados, así como la descripción de las características sociodemográficas, se detallan en el siguiente apartado.

2.4. Descripción de la muestra

En la presente investigación se han utilizado dos muestras: Por un lado, los niños que son intervenidos de amígdalas, vegetaciones y/o otitis media en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital General Universitario, y, por otro lado, sus padres (uno de ellos o ambos).

Respecto a la terminología utilizada para referirnos a la familia del paciente (como cuidadores familiares, padres y madres), e intentando evitar confusión, señalar que se utilizará el término *cuidador familiar* (o cuidador) para el genérico, incluyendo a ambos padres o a cualquiera de ellos cuando no sea importante realizar la diferenciación, y que se utilizará *padre y/o madre*, cuando se quiera resaltar el género específico del cuidador familiar. Así mismo, se utilizará el término paciente para el genérico, y los términos varón y mujer, cuando se desee especificar el género.

Como puede observarse, en la *Entrevista Semiestructurada sobre Cirugía Ambulatoria (T1)* (Anexo I) se recogen datos sobre *edad, profesión y nivel académico* de ambos padres, es decir, aunque sólo uno de los padres participara en la investigación también se preguntaba por los datos del cónyuge.

En la descripción de la muestra de padres únicamente se exponen los datos de aquellos padres que sí participaron en la investigación (51 madres y 13 padres). Los datos que hacen referencia a las características comunes de la familia (*situación familiar, nivel socioeconómico, lugar de residencia, etc.*) se analizan conjuntamente.

En ocho de los casos se administraron los cuestionarios a ambos padres. En uno de los casos la madre dijo que ella prefería no contestar los cuestionarios, pero que estaba de acuerdo en que su hija los

contestara. Se preguntó a la niña de 9 años si quería participar en la investigación y ella estuvo de acuerdo.

Así, la muestra está formada por 57 niños y 64 padres (56 padres que contestó sólo uno de ellos, 8 padres que contestan ambos a los cuestionarios, y una familia que sólo contestó el paciente y no se tienen datos de los padres).

A continuación se presentan los datos referentes a las *variables sociodemográficas* de las muestras evaluadas.

La **muestra de pacientes** (N=57) (Tabla 2.1.) está formada por 29 varones (50,9%) y 28 mujeres (49,1%) con edades comprendidas entre los 2 y los 12 años, con una media de edad de 5,31 años (D.T.=2,67) los varones y 5,43 (D.T.=2,71) las mujeres. Como puede observarse, la mayor parte de los niños (n=37, 64,9%) tienen una edad igual o inferior a 5 años.

Tabla 2.1. Distribución por edad y género de los pacientes

Edad	Varones		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
2	3	5,3	3	5,3	6	10,5
3	4	7	5	8,6	9	15,8
4	8	14	6	10,5	14	24,6
5	5	8,6	3	5,3	8	14
6	1	1,8	1	1,8	2	3,5
7	1	1,8	2	3,5	3	5,3
8	1	1,8	4	7	5	8,8
9	4	7	2	3,5	6	10,5
10	1	1,8	1	1,8	2	3,5
12	1	1,8	1	1,8	2	3,5
Total	29	50,9	28	49,1	57	100
M edad	5,31		5,43		5,37	
D.T.	2,67		2,71		2,67	

Respecto al *número de hermanos*, se observa que la mayor parte de los niños tienen un hermano (n=30, 52,6%) o son hijos únicos (n=12, 21,1%). En cuanto al *orden de nacimiento*, la mayoría nacieron en

primer lugar (n=31, 54,3%) o en segundo (n=20, 35,1%) (Tabla 2.2.).

Tabla 2.2. Número de hermanos y orden de nacimiento

VARIABLES	n	%
Número de hermanos		
0	12	21,1
1	30	52,6
2	11	19,3
3	2	3,5
4	2	3,5
Orden de nacimiento		
1°	31	54,3
2°	20	35,1
3°	3	5,3
4°	2	3,5
5°	1	1,8

La *patología* que más se ha intervenido quirúrgicamente en los niños ha sido las Vegetaciones (Tabla 2.3.), ya sea como única intervención (n=27, 47,4%) o interviniéndolo de Vegetaciones adenoideas y Otitis media secretora (n=16, 28,1%), en la misma operación.

Para la mayor parte de los niños entrevistados es la *primera operación* (n=41, 71,9%) (Tabla 2.3.). Del 28,1% restante que tiene experiencias quirúrgicas previas, la mayoría han sido intervenidos hace más de dos años (n=10, 17,5%), la intervención fue de vegetaciones (n=4, 7%) y fue con cirugía con ingreso, permaneciendo ingresados dos noches, la de antes de la operación y la de la operación (n=11, 19,3%).

Se ha estudiado la representatividad de la muestra obtenida en la presente investigación, respecto al total de niños intervenidos de otorrinolaringología en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital General Universitario, durante el periodo de tiempo en que se recogió la muestra (entre el 4 de septiembre de 2000 y el 25 de agosto de 2001). La representatividad se ha estudiado respecto a las variables edad, género y tipo de patología (Tabla 2.4.).

Tabla 2.3. Características clínicas de los pacientes

VARIABLES	n	%
Patología		
VA	27	47,4
OMS	8	14
HAVA	4	7
VA + OMS	16	28,1
HAVA + OMS	2	3,5
¿Es la primera operación del niño?		
Si	41	71,9
No	16	28,1
NO: ¿Cuánto tiempo hace?		
6-12 meses	5	8,8
12-18 meses	1	1,8
Más de 24 meses	10	17,5
¿De qué lo operaron?		
VA	4	7
OMS	2	3,5
HAVA	1	1,8
VA + OMS	2	3,5
HAVA + OMS	3	5,2
Hernia	2	3,5
Estrabismo	1	1,8
Lagrimal	1	1,8
¿Fue hospitalizado?		
Si	11	19,3
No	5	8,8
Nota.		
VA= Vegetaciones adenoideas		
OMS= Otitis media secretora		
HAVA= Hipertrofia amigdalal y vegetaciones adenoideas		

Para la variable edad se ha utilizado la puntuación media y para las otras dos variables la frecuencia (Chi-cuadrado) (Tabla 2.5.).

Tabla 2.4. Comparación entre la población de referencia y la muestra extraída

Población (N=125)		Muestra obtenida (N=57)		Estadístico
Edad	Media D.T.	Edad	Media D.T.	Prueba t para una muestra
	5,81 2,78		5,37 2,67	-1,34 (p=0,185)
Género		Género		Prueba de Chi-cuadrado
Varón	69 55,2	Varón	29 50,9	2,99 (p=0,083)
Mujer	56 44,8	Mujer	28 49,1	
Patología		Patología		6,14 (p=0,189)
VA	91 72,8	VA	43 75,5	
OMS	19 15,2	OMS	8 14	
HAVA	15 12,0	HAVA	6 10,5	

Nota. VA= Vegetaciones adenoideas; OMS= Otitis media secretora; HAVA= Hipertrofia amigdalal

Como puede observarse (Tabla 2.4.), no existen diferencias significativas en las variables edad, género y tipo de patología entre la población de referencia y la muestra obtenida.

Tabla 2.5. Frecuencias y porcentajes de género y patología, en población y muestra

		Género población n (%)			
		Varón	Mujer	Total	
Género muestra n (%)	Varón	17(29,8%)	12 (21,1%)	29 (50,9%)	
	Mujer	10 (17,5%)	18 (31,6%)	28 (49,1%)	
	Total	27 (47,3%)	30 (52,7%)	57 (100%)	

		Patología población n (%)			
		VA	OMS	HAVA	Total
Patología muestra n (%)	VA	35 (61,4%)	3 (5,3%)	5 (8,8%)	43 (75,5%)
	OMS	4 (7,0%)	1 (1,8%)	3 (5,3%)	8 (14,0%)
	HAVA	6 (10,5%)			6 (10,5%)
	Total	45 (78,9%)	4 (7,1%)	8 (14,0%)	57 (100%)

Por lo tanto, dada la ausencia de significación, se considera la muestra como representativa de la población de pacientes, intervenidos de otorrinolaringología, en la U.C.M.A. durante el periodo estudiado.

Como se observará en el apartado de resultados, el análisis de las variables categóricas se ha realizado a través del estadístico Chi-cuadrado. Uno de los supuestos del estadístico señala que ninguna categoría puede tener frecuencia cero (es decir, no debe haber casillas vacías) y no más del 20% tiene una frecuencia inferior a 5. Para adecuarlos al supuesto, en algunas variables las categorías han sido modificadas y en otras sólo se han tenido en cuenta algunas categorías, no teniendo en cuenta las que tienen frecuencias inferiores al valor 5.

En la Tabla 2.6. se muestran las variables del paciente en las que se han realizado modificaciones en sus categorías, con la finalidad de adecuarlas a los requisitos establecidos por el estadístico utilizado.

Tabla 2.6. Modificaciones en las variables para aplicar el estadístico Chi-cuadrado

Categorías de las variables			Categorías para el estadístico Chi-cuadrado		
	n	%		n	%
Edad			Edad		
2	6	10,5	De 2 a 6 años	39	68,4
3	9	15,8	De 7 a 12 años	18	31,6
4	14	24,6			
5	8	14			
6	2	3,5			
7	3	5,3			
8	5	8,8			
9	6	10,5			
10	2	3,5			
12	2	3,5			
Patología			Patología		
VA	27	47,4	VA	43	75,4
OMS	8	14	OMS	8	14,1
HAVA	4	7	HAVA	6	10,5
VA + OMS	16	28,1			
HAVA + OMS	2	3,5			
Número de hermanos			Número de hermanos		
0	12	21,1	0	12	21,1
1	30	52,6	1	30	52,6
2	11	19,3	2 o más	15	26,3
3	2	3,5			
4	2	3,5			
Orden de nacimiento			Orden de nacimiento		
1°	31	54,3	1°	31	54,4
2°	20	35,1	2°	20	35,1
3°	3	5,3	3° o más	6	10,5
4°	2	3,5			
5°	1	1,8			
¿Cuánto tiempo hace que lo operaron?			¿Cuánto tiempo hace que lo operaron?		
6-12 meses	5	8,8	6-18 meses	6	37,5
12-18 meses	1	1,8	Más de 18 meses	10	62,5
Más de 24 meses	10	17,5			

La **muestra de padres** está formada por 51 madres y 13 padres. La edad de las madres oscila entre 25 y 51 años, con una media de edad de 34,61 años (D.T.=5,93). La mayoría de las madres tiene entre 25 y 34 años (n=29, 56,9%). La edad de los padres se encuentra entre 32 y 50 años, con una media de edad de 38,46 (D.T.=4,31). La mayoría de los padres tiene entre 35 y 44 años (n=11, 84,6%) (Tabla 2.7.). Para uno de los pacientes, la persona que contestó los cuestionarios fue su tía adoptiva. Como esta persona ocupa el rol materno se incluye la información en el grupo de madres.

Respecto a la *profesión* la mayor parte de las madres (n=33, 64,7%) no trabaja en la actualidad, dedicándose el resto (n=18, 35,3%) a profesiones incluidas en el sector servicios (limpiadora, cocinera, administrativa, etc.). En el grupo de padres se observa que trabajan todos en la actualidad, principalmente en el sector servicios (n=8, 61,5%) (conductor, comercial, camarero, etc.). El resto trabaja en el sector secundario (n=5, 38,5%) (albañil, carpintero, etc.) (Tabla 2.7.).

Tabla 2.7. Variables sociodemográficas de los padres por separado

VARIABLES	Madres (n=51)		Padres (n=13)	
	n	%	N	%
Edad				
Entre 25 y 34 años	29	56,9	1	7,7
Entre 35 y 44 años	18	35,3	11	84,6
Entre 45 y 54 años	4	7,8	1	7,7
Profesión				
No trabaja	33	64,7	0	0
Sector servicios (cuello blanco)	18	35,3	8	61,5
Sector secundario (cuello azul)	0	0	5	38,5
Nivel académico				
Primarios	32	62,8	6	46,2
Secundarios	19	37,2	6	46,2
Universitarios	0	0	1	7,6

En la variable *nivel de estudios* se observa que la mayoría de las madres tienen estudios primarios (n=32, 62,8%) mientras los padres se distribuyen por igual en estudios primarios y secundarios (n=6, 46,2% en cada categoría). Uno de los padres señala haber realizado estudios universitarios (n=1, 7,6%) y ninguna de las madres (Tabla 2.7.).

La mayoría de las familias entrevistadas están *casadas* (n=53, 93%) (Tabla 2.8.) y señalan tener un *nivel socioeconómico* medio (n=50, 87,7%). Respecto al *lugar de residencia* el 31,6% (n=18) viven en la ciudad de Valencia (más de 500.000 habitantes), mientras el 28,1% (n=16) viven en ciudades de menos de 25.000 habitantes (principalmente, Torrente, Xirivella, Alacuás y Aldaya)

Tabla 2.8. Variables sociodemográficas de la familia

VARIABLES	n	%
Estado civil*		
Casados	53	93
Separados	2	3,5
Pareja de hecho	2	3,5
Nivel socioeconómico		
Bajo	1	1,8
Medio-bajo	4	7
Medio	50	87,7
Medio-alto	2	3,5
Lugar de residencia*		
Menos de 25.000 habitantes	16	28,1
Entre 25.000 y 50.000 hab.	13	22,8
Entre 50.000 y 75.000 hab.	10	17,5
Más de 500.000 hab.	18	31,6
¿Han sido operados los padres?		
No	7	12,3
Si	50	87,7
Si: ¿Fue hospitalizado?		
Si	42	73,7
No	8	14
¿Son fumadores?		
No	9	15,8
Si	46	80,7
Fuma el padre	12	21,1
Fuma la madre	10	17,5
Fuman ambos	24	42,1
No contesta	2	3,5

Nota. * Las categorías en las que no hay valores se han omitido

Respecto a la experiencia que tenían los padres con *operaciones* propias, el 87,7% (n=50) señala haber sido operado con anterioridad y el 73,7% (n=42) de ellos fueron hospitalizados (Tabla 2.8.).

Finalmente, respecto al ser fumador se observa que la mayoría de los padres fuman (80,7%) y, mayoritariamente, fuman los dos (42,1%),

A continuación, comentaremos los principales procedimientos estadísticos, paramétricos y no paramétricos, utilizados en la presente investigación.

2.5. Tratamientos estadísticos

Para el estudio de los datos se han utilizado los siguientes procedimientos estadísticos, teniendo en cuenta la naturaleza de las variables analizadas (San Martín y Pardo Merino, 1989; Siegel, 1990; Pardo y San Martín, 1994).

- *Distribuciones de frecuencias y porcentajes.* Los datos relativos a la descripción de la muestra, las variables sociodemográficas y las variables clínicas han sido clasificados en diferentes categorías, a partir de las cuales se han obtenido las frecuencias y porcentajes de los grupos que constituyen cada una de las variables consideradas. Estos estadísticos permiten una inspección inicial de los datos.

- *Puntuaciones medias.* Se han obtenido las puntuaciones medias de todas las variables psicológicas evaluadas en el paciente y en el cuidador familiar, así como de la edad de ambos.

- *Pruebas Chi-cuadrado.* Estadístico utilizado para el análisis de las relaciones existentes entre las variables categoriales estudiadas en este trabajo. Contrasta la hipótesis de que las variables de fila y columna son independientes, sin indicar la magnitud o dirección de la relación. Se ha utilizado para el estudio de las variables clínicas, las relaciones entre las variables sociodemográficas y clínicas, así como las relaciones dentro de cada tipo de variable. También se ha aplicado este estadístico para el estudio de la representatividad de la muestra.

- *Coefficiente de correlación de Pearson.* Es una medida de asociación lineal entre dos variables. Se ha utilizado el coeficiente de correlación de Pearson para el estudio de las relaciones entre las variables continuas. Principalmente, las variables psicológicas.

- *Pruebas t de Student para una muestra.* Contrasta si la media de una sola variable difiere de una constante especificada. Con esta prueba se han comprobado las diferencias en las variables psicológicas evaluadas respecto a la media de referencia (manual) y la representatividad de la muestra en edad.

- *Pruebas t de Student para muestras relacionadas.* Compara las medias de dos variables de un solo grupo. Calcula las diferencias entre los valores de las dos variables de cada caso y contrasta si la media difiere de 0. Utilizada para comparar medias de la misma variable en momentos distintos (pre y post cirugía).

- *Test de Wilcoxon para muestras apareadas o relacionadas.* Procedimiento no paramétrico que se utiliza con dos muestras relacionadas, para contrastar la hipótesis de que las dos variables tienen la misma distribución. No hace supuestos sobre las formas de las distribuciones de las dos variables. El estadístico de contraste se basa en los rangos de los valores absolutos de las diferencias entre las dos variables. Utilizado cuando no se cumplían los supuestos para aplicar la Prueba *t* de Student para muestras relacionadas. Concretamente, en variables psicológicas evaluadas en un mismo sujeto en distintos momentos.

- *Pruebas t de Student para muestras independientes.* Compara las medias de dos grupos de casos. Prueba utilizada en el análisis de la relación entre variables dicotómicas y las variables continuas.

- *Prueba U de Mann-Whitney para dos muestras independientes.* Equivalente no paramétrico de la prueba *t*. Contrasta si dos muestras independientes proceden de la misma población. Utiliza los rangos de los casos. Requiere al menos un nivel ordinal de medida. Utilizada cuando no se cumplían los requisitos para utilizar la prueba *t de Student* para muestras independientes. Principalmente para analizar

las diferencias entre géneros.

- *Análisis de varianza (ANOVA) de un factor.* Genera un análisis de varianza de un factor para una variable dependiente cuantitativa respecto a una única variable de factor (la variable independiente). Se utiliza para contrastar la hipótesis de que varias medias son iguales. Utilizada para el análisis de las variables evaluadas en las madres.

- *Prueba de Kruskal-Wallis para más de dos muestras independientes.* Es un equivalente no paramétrico del ANOVA de un factor. Contrasta si varias muestras independientes proceden de la misma población. Asume que la variable subyacente tiene una distribución continua y requiere un nivel de medida ordinal.

- *Análisis de varianza (ANOVA) de medidas repetidas.* Proporciona un análisis de varianza cuando se toma la misma medida varias veces a cada sujeto o caso. Utilizada para el análisis de las variables evaluadas en las madres.

- *Prueba de Friedman.* Procedimiento no paramétrico equivalente al ANOVA de medidas repetidas. No establece supuestos tan exigentes como su equivalente paramétrico, sobre las poblaciones originales. Permite trabajar con datos ordinales. Las puntuaciones originales se transforman en rangos. Utilizada para el análisis de las variables evaluadas en los padres.

- *Regresión lineal.* Estima los coeficientes de la ecuación lineal, con una o más variables independientes, que mejor predigan el valor de la variable dependiente. Ambas variables deben ser cuantitativas. Utilizada para el estudio de las variables predictoras de vulnerabilidad psicológica al estrés quirúrgico.

III. RESULTADOS

Con la finalidad de aportar una mayor claridad al estudio de los resultados y sus conclusiones, han sido organizados siguiendo el orden planteado en los objetivos. Así, en primer lugar se presentan los resultados referidos a las *variables sociodemográficas*. En segundo lugar, se muestran las *variables clínicas*, donde se incluyen las variables de recuperación postquirúrgica de los pacientes y las referidas a la satisfacción del cuidador familiar en tres áreas (información, relación con el personal e infraestructura). En tercer lugar, se presentan los resultados sobre las *variables psicológicas*, considerándose, en este punto, las características preoperatorias (ansiedad rasgo, preocupaciones y locus de control), y la evolución de las variables psicológicas durante el proceso quirúrgico en el paciente (ansiedad estado, miedos y cambios en la conducta) y en su cuidador (ansiedad estado, afectividad y estrategias de afrontamiento). En cuarto lugar, se presentan los resultados sobre las comparaciones entre las variables estudiadas. Finalmente, se muestran los resultados y conclusiones referidos a las *variables predictoras de una mayor vulnerabilidad psicológica al estrés quirúrgico* en los pacientes y su cuidador familiar.

3.1. Variables sociodemográficas

Como se ha señalado, en este apartado se presentan los resultados relativos a las *variables sociodemográficas* de pacientes y cuidadores, no presentados en el apartado de metodología.

A continuación se analizarán las relaciones existentes entre las variables sociodemográficas. En la muestra de **pacientes**, estas variables son: sexo, edad, tipo de patología (vegetaciones adenoideas, otitis media secretora e hipertrofia amigdalár), número de hermanos, orden de nacimiento y primera operación (sí o no).

Como se puede observar (Tabla 3.1.), existen pocas variables relacionadas entre sí.

En primer lugar, la variable **edad** está relacionada con el tipo de patología ($X^2=9,2$, $p=0,010$) y con la experiencia quirúrgica ($X^2=16,1$, $p=0,000$).

Tabla 3.1. Relaciones entre las distintas variables sociodemográficas del paciente (N=57)

	SEXO		EDAD		PATOLOGÍA		N° HERMANOS		ORDEN NACIMIEN.	
	X ²	p	X ²	p	X ²	p	X ²	p	X ²	p
SEXO										
EDAD	,91	,34								
PATOLOGÍA	1,2*	,56	9,2*	,01						
N° HERMANOS	1,5	,47	4,7*	,09	7,6*	,11				
ORDEN NACIM.	,22	,90	2,2	,34	7,8	,09	29,7*	,000		
1ª OPERACIÓN	,01	,93	16,1*	,000	10,7*	,005	1,0*	,60	1,88*	,39

Nota. * Al combinar las variables algunas de las casillas muestran frecuencias inferiores a 5.

A continuación se analizan detalladamente las variables con puntuaciones significativas. Con respecto a la edad se observa (Tabla 3.2.), que la mayoría de pacientes menores de 6 años han sido intervenidos de vegetaciones adenoideas (57,9%) y es su primera operación (61,4%).

En segundo lugar (Tabla 3.3.), la variable **patología** muestra relaciones significativas con la edad ($X^2=9,2$, $p=0,010$) y con la experiencia quirúrgica ($X^2=10,7$, $p=0,005$).

Tabla 3.2. Relación de la variable edad con patología y experiencia quirúrgica

	EDAD					
	De 2 a 6 años		De 7 a 12 años		Total	
	n	%	n	%	n	%
PATOLOGÍA						
VA	33	57,9	10	17,5	43	75,4
OMS	2	3,5	6	10,5	8	14,0
HAVA	5	8,8	1	1,8	6	10,6
Total	40	70,2	17	29,8	57	100
1ª OPERACIÓN						
NO	5	8,8	11	19,3	16	28,1
SI	35	61,4	6	10,5	41	71,9
Total	40	70,2	17	29,8	57	100

Nota. VA= Vegetaciones adenoideas; OMS= Otitis media secretora; HAVA= Hipertrofia amigdalar

Como se ha señalado previamente, la mayoría de los pacientes han sido intervenidos de vegetaciones adenoideas (Tabla 3.3.), son menores de 6 años (57,9%) y es su primera operación (61,4%).

Tabla 3.3. Relación de la variable patología con edad y experiencia quirúrgica

	PATOLOGÍA							
	VA		OMS		HAVA		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
EDAD								
De 2 a 6 años	33	57,9	2	3,5	5	8,8	40	70,2
De 7 a 12 años	10	17,5	6	10,5	1	1,8	17	29,8
Total	43	75,4	8	14,0	6	10,6	57	100
1ª OPERACIÓN								
NO	8	14,0	6	10,5	2	3,6	16	28,1
SI	35	61,4	2	3,5	4	7,0	41	71,9
Total	43	75,4	8	14,0	6	10,6	57	100

Nota. VA= Vegetaciones adenoideas; OMS= Otitis media secretora; HAVA= Hipertrofia amigdalar

En tercer lugar (Tabla 3.4.), la variable **número de hermanos** está relacionada con el orden de nacimiento ($X^2=29,7$, $p=0,000$).

Concretamente, se observa que la mayoría de los pacientes tiene únicamente un hermano (52,6%) y que la mitad de ellos son el primero en nacer (26,3%) y la otra mitad el segundo (26,3%).

Tabla 3.4. Relación entre la variable número de hermanos y orden de nacimiento

ORDEN DE NACIMIENTO	NÚMERO DE HERMANOS							
	0		1		2 o más		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Primero	12	21,1	15	26,3	4	7,0	31	54,4
Segundo			15	26,3	5	8,8	20	35,1
Tercero o más					6	10,5	6	10,5
Total	12	21,1	30	52,6	15	26,3	57	100

En resumen, se observa que el perfil de los pacientes intervenidos en Cirugía Mayor Ambulatoria Otorrinolaringológica es: paciente menor de 6 años, intervenido de vegetaciones adenoideas, sin experiencia quirúrgica previa y con un hermano/a.

En la muestra de **cuidadores familiares** las variables sociodemográficas recogidas son: sexo, edad, profesión, nivel de estudios, estado civil, nivel socioeconómico, lugar de residencia, intervenciones quirúrgicas previas y fumador activo. Como puede observarse en la descripción de la muestra (apartado del método), las categorías de las variables evaluadas muestran frecuencias inferiores a 5 y en ocasiones casillas vacías, lo que hace inadecuada la aplicación del estadístico Chi-cuadrado, para observar la relación entre variables.

Sin embargo, observando las frecuencias en cada categoría parece claro el poder realizar algunas conclusiones con respecto al perfil del cuidador familiar. De esta manera, se observa que el cuidador familiar es, principalmente, la madre (n=51, 70,69%), que no trabaja en la actualidad (64,7%), con estudios primarios (62,8%), casada (93%), con un nivel socioeconómico medio (87,7%) y con experiencia quirúrgica propia o de su pareja (87,7%). Respecto al hábito de fumar la mayoría de padres fuma (80,7%), ya sea la madre, el padre o ambos.

3.2. Variables clínicas

En este apartado se presentan los datos relativos a las *variables clínicas* evaluadas. Estas hacen referencia a las *variables médicas en el paciente* y a la *satisfacción del cuidador familiar*.

3.2.1. Variables médicas en el paciente

Como se señaló en el apartado del método, las variables médicas evaluadas en el paciente hacen referencia a variables evaluadas antes de la intervención quirúrgica, durante la intervención, en el postoperatorio inmediato y en la recuperación postquirúrgica 24 horas después.

Tabla 3.5. Características clínicas de los pacientes evaluadas en la primera entrevista por el anestesista

VARIABLES	n	%
ASA (Nivel de riesgo)¹		
1	53	93,0
2	4	7,0
Dificultad intubación²		
1	54	94,7
2	3	5,3
Antecedentes médicos		
Ninguno	43	75,3
Bronquitis asmática	3	5,1
Talasemia menor	2	3,5
Bronquitis	2	3,5
Cefaleas y retraso del habla	1	1,8
Asma alérgico	1	1,8
Convulsiones febriles	1	1,8
Asma	1	1,8
Rinitis alérgica	1	1,8
Obesidad	1	1,8
Diabetes	1	1,8
Medicación		
Ninguna	48	84,2
Broncodilatadores	2	3,5
Insulina	1	1,8
Otros	6	10,5

Nota. 1. ASA. Explicación de los niveles en el Anexo 3

2. Valorado de 1 (ninguna) a 3 (dificultad alta)

Respecto a las *características clínicas de los pacientes evaluadas antes de la intervención* (en la primera entrevista) (Tabla 3.5.), se observa que para la mayor parte de los niños (93%), la intervención quirúrgica no presenta riesgos y no existe dificultad de intubación (94,7%). Así mismo, la mayoría de los pacientes no presenta antecedentes médicos que aumenten el riesgo de la intervención (75,3%), ni están tomando medicación en la actualidad (84,2%).

Las *características clínicas durante la intervención* que se han recogido son: la duración de la operación, el tiempo de recuperación y los problemas presentados durante la intervención. Como puede observarse (Tabla 3.6.), la mayoría de las operaciones han durado entre 11 y 30 minutos (70,9%), los niños han tardado en recuperarse entre 6 (42,6%) y 7 minutos (35,2%) y no han habido problemas durante la intervención quirúrgica (96,4%).

Tabla 3.6. Características clínicas de los pacientes evaluadas en quirófano

VARIABLES	n	%
Duración de la operación (en minutos)		
Menos de 10 min.	6	10,9
Entre 11 y 30 min.	39	70,9
Entre 31 y 45 min.	6	10,9
Entre 46 y 60 min.	4	7,3
No hay dato	2	
Tiempo de recuperación* (en minutos)		
5 min.	4	7,4
6 min.	23	42,6
7 min.	19	35,2
8 min.	7	13,0
10 min.	1	1,8
No hay dato	3	
Problemas durante la intervención		
Ninguno	55	96,4
Dificultad ventilatoria	1	1,8
Náuseas/vómitos	1	1,8

Nota. * Desde cierre de gases hasta que sale a la sala de recuperación

En el *postoperatorio inmediato* se han recogido: la duración de la estancia desde la salida de quirófano hasta la salida de la Unidad, la

presión sistólica, la diastólica, la tasa cardíaca y las complicaciones después de la intervención.

Como puede observarse (Tabla 3.7.), los pacientes suelen permanecer en la Unidad entre una y tres horas (61-180 minutos) (75,4%). Aproximadamente la mitad de los pacientes tiene una presión sistólica que oscila entre 96 y 125, y una presión diastólica entre 66 y 85 (54,3% y 51,4%, respectivamente).

La mayor parte de los pacientes (91,2%) no presentó ninguna complicación después de la intervención.

Tabla 3.7. Características clínicas de los pacientes evaluadas en la Unidad de Recuperación Postanestésica

VARIABLES	n	%
Estancia¹ (en minutos)		
Menos de 60 min.	4	7,0
Entre 61 y 120 min.	20	35
Entre 121 y 180 min.	23	40,4
Entre 181 y 240 min.	9	15,8
Entre 241 y 300 min.	1	1,8
Presión sistólica		
Entre 65 y 95	1	2,9
Entre 96 y 125	19	54,3
Entre 126 y 155	11	31,4
Entre 156 y 185	4	11,4
No hay dato	22	
Presión diastólica		
Entre 45 y 65	12	34,3
Entre 66 y 85	18	51,4
Entre 86 y 105	4	11,4
Entre 106 y 125	1	2,9
No hay dato	22	
Complicaciones después de la intervención²		
0	52	91,2
1	5	8,8

Nota. 1. Desde salida de quirófano hasta salida de la Unidad

2. Valorado de 0 (ninguna) a 3 (graves)

En cuanto a las *variables de recuperación postquirúrgica* se observa que, en general, los pacientes no presentan problemas físicos como consecuencia de la intervención quirúrgica (Tabla 3.8.). La mayoría no ha tenido náuseas ni vómitos (82,5%), ni fiebre (89,5%) tras

la intervención. La mayor parte de los cuidadores (78,9%) valoran la calidad del sueño del paciente entre 9 y 10 (en una graduación de 0-mal- a 10-muy bien-), e informan de administrar al paciente analgésicos y antibióticos (49,2%), cada 8 horas (49,2%), según la prescripción médica.

Tabla 3.8. Variables de recuperación postquirúrgica

VARIABLES	n	%
Náuseas o vómitos		
No	47	82,5
Sí:	10	17,5
Náuseas sin vómitos	3	5,3
Arcadas	1	1,7
Vomita una vez	5	8,8
Vomita más de una vez	1	1,7
Vómito frecuente	0	0
Fiebre		
No	51	89,5
Sí:	6	10,5
Inferior a 38,5°	6	10,5
Superior a 38,6°	0	0
Calidad del sueño		
Puntuación entre 1 y 4	2	3,5
Puntuación entre 5 y 8	10	17,6
Puntuación entre 9 y 10	45	78,9
Ingesta de calmantes (Tipo)		
Antibióticos	8	14,0
Analgésicos	21	36,8
Ambos	28	49,2
Dosis de calmantes		
Si hay dolor	17	29,8
Cada 8 horas	28	49,2
Cada 12 horas	6	10,5
Cada 24 horas	6	10,5

Las relaciones entre las variables clínicas se han analizado únicamente respecto a las variables evaluadas en el postoperatorio inmediato y de recuperación postquirúrgica, debido a que en las anteriores las puntuaciones se agrupan claramente en alguna de las categorías.

Las relaciones entre las variables evaluadas en el postoperatorio inmediato (Tabla 3.9.) muestran que la presión sistólica y la diastólica correlacionan positivamente ($r=0,78$; $p=0,000$).

Tabla 3.9. Relaciones entre las distintas variables clínicas del postoperatorio inmediato (N=36)

	ESTANCIA		PRESIÓN SISTÓLICA	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
ESTANCIA				
PRESIÓN SISTÓLICA	0,26	0,13		
PRESIÓN DIASTÓLICA	0,14	0,41	0,783	0,000

Respecto a la relación entre variables clínicas (Tabla 3.10.), la dosis de calmantes administrada a los pacientes se relaciona con padecer náuseas y/o vómitos y con el tipo de calmante.

Tabla 3.10. Relaciones entre las distintas variables de recuperación del paciente (N=57)

	NÁUSEAS/VOM.		FIEBRE		CALIDAD SUEÑO		CALMANTE	
	<i>X2</i>	<i>p</i>	<i>X2</i>	<i>p</i>	<i>X2</i>	<i>p</i>	<i>X2</i>	<i>p</i>
NÁUSEAS/VOMITOS								
FIEBRE	0,02*	0,88						
CALIDAD SUEÑO	0,03*	0,87	0,71*	0,40				
TIPO CALMANTE	4,87*	0,09	3,59*	0,17	3,16*	0,21		
DOSIS CALMANTES	10,34*	0,016	3,74	0,29	3,41*	0,33	50,02	0,000

Nota. * Al combinar las variables algunas de las casillas muestran frecuencias inferiores a 5.

Concretamente, se observa (Tabla 3.11.) que la mayoría de los pacientes que sigue una medicación cada 8 horas toma antibióticos y analgésicos (28,2%) y no padece náuseas (36,8%). Así mismo, a los pacientes que toman medicación únicamente si hay dolor se les está administrando analgésicos (29,8%) y tampoco padecen náuseas (29,8%).

Se observa que un 12,3% de los pacientes medicados cada 8 horas padecen náuseas y/o vómitos. Estos pacientes suelen tomar ambos tipos de calmantes (antibióticos y analgésicos) (28,2%).

Tabla 3.11. Relación entre dosis de calmantes y otras variables de recuperación postquirúrgica

	DOSIS DE CALMANTES									
	Si hay dolor		8 horas		12 horas		24 horas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
NÁUSEAS/ VÓMITOS										
NO	17	29,8	21	36,8	6	10,5	3	5,3	47	82,4
SI			7	12,3			3	5,3	10	17,6
Total	17	29,8	28	49,1	6	10,5	6	10,6	57	100
INGESTA CALMANTES										
Antibióticos			8	14,0					8	14,0
Analgésicos	17	29,8	4	7,0					21	36,8
Ambos			16	28,2	6	10,5	6	10,5	28	49,2
Total	17	29,8	28	49,2	6	10,5	6	10,5	57	100

Las relaciones entre las variables evaluadas en el postoperatorio inmediato y las variables de recuperación postquirúrgica muestran relaciones con la variable calidad de sueño (Tabla 3.12.).

Tabla 3.12. Relaciones entre distintas variables clínicas (N=57; Variable fiebre n=36). (Rangos Promedio-R.P.- y significación)

	Estadístico	ESTANCIA		PRESIÓN SISTÓL.		PRESIÓN DIASTÓL.	
		R.P.	p	R.P.	p	R.P.	p
NÁUSEAS/VÓMITOS	Z	-0,19	0,06	-0,21	0,83	-0,45	0,65
PIEBRE	Z	-1,80	0,07	-0,55	0,58	-0,51	0,61
CALIDAD SUEÑO	X ²	7,411	0,025	7,112	0,029	7,003	0,030
TIPO CALMANTE	X ²	2,24	0,33	0,54	0,76	2,99	0,22
DOSIS CALMANTES	X ²	5,97	0,11	4,80	0,19	3,02	0,39

Con respecto a la variable estancia, se observa que los que obtienen mayores puntuaciones son los que valoran la calidad del sueño entre 5 y 8 (Calidad del sueño: 1-4, R.P.=2,25; 5-8, R.P.=36,65; 9-10, R.P.=28,49). Con respecto a la presión sistólica y diastólica, se observa que los que obtienen mayores puntuaciones son los que duermen peor (calidad de sueño entre 1 y 4) (Presión sistólica: 1-4, R.P.=32,50; 5-8, R.P.=25,60; 9-10, R.P.=16,31), (Presión diastólica: 1-4, R.P.=33,50; 5-8, R.P.=24,50; 9-10, R.P.=16,43).

En general, los pacientes no presentan ningún problema físico frente a la intervención quirúrgica, ni posterior a ésta. La intervención

suele durar menos de 30 minutos y los pacientes se recuperan en menos de 7 minutos.

A continuación se analizan las relaciones entre las variables clínicas en el cuidador familiar, que hacen referencia a su satisfacción con aspectos relativos al entorno hospitalario.

3.2.2. Satisfacción del cuidador familiar

Se evaluó la satisfacción del cuidador familiar en tres áreas: la satisfacción con la información recibida sobre la cirugía y la enfermedad de su hijo/a, con el personal médico sanitario y con la infraestructura del hospital y de la unidad.

En primer lugar, analizamos los resultados relativos a la ***satisfacción del cuidador familiar con la información recibida***, así como sobre su preferencia respecto al tipo de intervención (ambulatoria o con ingreso) (Tabla 3.13.). Como en el apartado anterior, algunas categorías de las variables han sido modificadas y algunas variables han sido excluidas de los análisis estadísticos debido al incumplimiento de los supuestos establecidos para la aplicación del estadístico Chi-cuadrado.

Como se puede observar (Tabla 3.13.), más de la mitad de los cuidadores está satisfecho (puntuación de “bastante” o “mucho”) con la información recibida sobre la cirugía ambulatoria, así como sobre la enfermedad de su hijo/a antes (57,9% y 64,9%, respectivamente) y después de la intervención (73,3% y 67,9%, respectivamente). Sin embargo, aproximadamente la mitad de los cuidadores informa de necesitar más información sobre la cirugía ambulatoria y sobre la enfermedad de su hijo, antes y después de la operación (45,6% y 50%, respectivamente).

Sobre la preferencia del tipo de cirugía, se observa un aumento de preferencia de cirugía ambulatoria después de la intervención (n=7, 12,3%). Así, un 12,3% de los padres que antes de la intervención preferían cirugía con ingreso, tras la experiencia con la intervención realizada en régimen ambulatorio, prefieren este tipo de cirugía.

Tabla 3.13. Satisfacción del cuidador familiar respecto a la información recibida

Entrevista Semiestructurada sobre Cirugía Ambulatoria	Primera entrevista (T1)		Una semana después (T2)		X² (p)
	n	%	n*	%	
¿Cómo considera la información recibida sobre cirugía ambulatoria?					
Poca	24	42,1	15	26,8	6,27 (0,012)
Bastante	32	56,1	38	67,9	
Mucha	1	1,8	3	5,3	
¿Cómo considera la información recibida sobre la enfermedad de su hijo/a?					
Poca	20	35,1	18	32,1	0,98 (0,322)
Bastante	32	56,1	30	53,6	
Mucha	5	8,8	8	14,3	
¿Necesitaría más información?					
No	31	54,4	28	50,0	5,73 (0,017)
Sí	26	45,6	28	50,0	
¿Sobre qué?					
Cirugía ambulatoria	5	8,8	7	13,2	
Enfermedad	4	7,0	4	7,9	
Ambas	17	29,8	17	28,9	
¿Qué prefiere?					
Cirugía ambulatoria	34	59,6	41	73,2	20,68 (0,000)
Cirugía con ingreso	23	40,4	15	26,8	
¿Por qué Cirugía Ambulatoria?					
Estoy con el niño todo el tiempo	0	0	1	2,1	
Comodidad/tranquilidad	14	24,6	0	0	
El/la niño/a prefiere estar en casa	11	19,2	0	0	
Menos traumática para él/ella	3	5,3	0	0	
Parece más leve	2	3,5	13	23,1	
Menos tiempo en el hospital	2	3,5	26	45,9	
No sabe	2	3,5	1	2,1	
¿Por qué Cirugía con Ingreso?					
Más control/vigilancia	10	17,5	9	15,9	
Más tranquilidad	7	12,3	4	7,1	
Ambas (control y tranquilidad)	1	1,8	0	0	
Más seguridad	4	7,0	0	0	
Vivimos muy lejos	1	1,8	1	1,9	
Es diabética	0	0	1	1,9	

* En la Entrevista T2, el número de cuidadores familiares son 56, porque, como se señaló en la descripción de la muestra, de uno de los pacientes no se tienen datos de su cuidador familiar. Se ha utilizado el porcentaje corregido (hasta 100) para mayor claridad en los datos.

Se utilizó el estadístico Chi-cuadrado para comparar las respuestas dadas por los cuidadores familiares antes y después de la intervención quirúrgica (Tabla 3.13.), obteniendo puntuaciones

significativas con respecto a la información recibida sobre cirugía ambulatoria, a la necesidad de más información y a la preferencia del tipo de cirugía.

Con respecto a la *información recibida sobre la cirugía ambulatoria antes y después de la operación* se puede observar (Tabla 3.14.) que se relacionan significativamente. En este caso, la mayor parte de los cuidadores (46,2%) considera que la información recibida es *bastante* antes y después de la intervención. Un 25% (n=13) de los cuidadores que consideraba que la información recibida antes de la cirugía era poca, después de ésta señala que ha recibido bastante información. Así mismo, un 7,6% (n=4) consideraba que la información era bastante, aunque después de la operación piensa que es poca.

Tabla 3.14. Relación entre variables antes y después de la intervención quirúrgica

INFORMACIÓN SOBRE CIRUGÍA AMBULATORIA (T2)						
	Poca		Bastante		Total	
	n	%	n	%	n	%
INFORM. CIRUGÍA AMBULATORIA (T1)						
Poca	11	21,2	13	25,0	24	46,2
Bastante	4	7,6	24	46,2	28	53,8
Total	15	28,8	37	71,2	52	100
NECESIDAD DE MÁS INFORMACIÓN (T2)						
	SI		NO		Total	
	n	%	n	%	n	%
NECESIDAD DE INFORMACIÓN (T1)						
SI	20	35,7	10	17,9	30	53,6
NO	9	16	17	30,4	26	46,4
Total	29	51,7	27	48,3	56	100
QUÉ PREFIERE (T2)						
	Cir. Ambulatoria		Cir. con Ingreso		Total	
	n	%	n	%	n	%
QUÉ PREFIERE (T1)						
Cirugía Ambulatoria	32	57,1	1	1,8	33	58,9
Cirugía con Ingreso	10	17,9	13	23,2	23	41,1
Total	42	75,0	14	25,0	56	100

Sobre la *necesidad de información* (Tabla 3.14.), parece ser que aproximadamente la mitad de los cuidadores necesita información tanto antes (46,4%) como después (48,3%) de la operación. Los cuidadores que señalan necesitar información antes de la intervención son los que

después indican que necesitan información (30,4%), es decir, parece ser no han resuelto sus dudas sobre la cirugía ambulatoria y sobre la enfermedad de su hijo/a.

Con referencia al *tipo de cirugía que prefieren los cuidadores* (Tabla 3.14), se observa que la mayoría prefieren la cirugía ambulatoria antes y después de la intervención quirúrgica (57,1%). Únicamente uno de los cuidadores (1,8%) que prefería cirugía ambulatoria antes de la operación, señala que prefiere con ingreso una semana después de ésta.

En segundo lugar, se analizó la **satisfacción del cuidador familiar en sus relaciones con el personal médico/sanitario** (Tabla 3.15.). La mayoría informa de no tener ningún problema ni antes (84,2%) ni después de la operación (91,1%).

Tabla 3.15. Satisfacción del cuidador familiar respecto a las relaciones con el personal

Entrevista Semiestructurada sobre Cirugía Ambulatoria	Primera entrevista (T1)		Una semana después (T2)	
	n	%	n	%
	¿Ha tenido dificultades con...?			
personal sanitario	0	0	1	1,8
personal médico	0	0	0	0
acceso al hospital	0	0	0	0
encontrar UCMA	8	14,0	4	7,1
acceso hospital y encontrar UCMA	1	1,8	0	0
ningún problema	48	84,2	51	91,1

En tercer lugar, se analiza la **satisfacción del cuidador familiar con respecto a la infraestructura del hospital y de la unidad.**

Con estos datos, como con los anteriores, no se aplicó el estadístico Chi-cuadrado debido a que la mayor parte de las categorías tienen frecuencias inferiores a 5 y los datos se agrupan claramente en las categorías.

Así, los cuidadores consideran que la *sala de espera* y la *sala de recuperación* son mejorables (49,1% y 47,4%, respectivamente) o

adecuadas (36,8% y 47,4%, respectivamente) y la consulta del anestesista es adecuada (80,7%) (Tabla 3.16.).

En general, los cuidadores señalan que no harían ninguna mejora ni en la sala de espera (40,4%), ni en la consulta del anestesista (82,5%) ni en la sala de recuperación (47,4%). Sin embargo, algunos señalan que la sala de espera podría mejorarse haciéndola más cómoda, más privada, o ambas modificaciones (42,1%) y la sala de recuperación haciéndola más cómoda (19,3%) y no mezclando niños con adultos (12,3%).

Tabla 3.16. Satisfacción del cuidador familiar respecto a la infraestructura del hospital

Entrevista Semiestructurada sobre Cirugía Ambulatoria					
Primera entrevista (T1)			Una semana después (T2)		
	n	%		n	%
¿Cómo valora la infraestructura de...					
la sala de espera?					
Inadecuada	5	8,8	Inadecuada	2	3,5
Mejorable	28	49,1	Mejorable	27	47,4
Adecuada	21	36,8	Adecuada	27	47,4
No se ha fijado	3	5,3			
la consulta del anestesista?					
Inadecuada	0	0			
Mejorable	11	19,3			
Adecuada	46	80,7			
¿Qué mejoras haría en...					
la sala de espera?					
Ninguna	23	40,4	la sala de recuperación?		
Más comodidad	11	19,3	Ninguna	27	47,4
Más privada	11	19,3	Mamparas individuales	4	7,0
Ambas (comodidad y privada)	2	3,5	Más comodidad	11	19,3
Más alegre	6	10,5	No mezclar niños y adultos	7	12,3
No sabe	4	7,0	Comodidad y no mezclar	3	5,3
			Mamparas individuales y más comodidad	2	3,5
			Mamparas individuales y no mezclar con adultos	2	3,5
la consulta del anestesista?					
Ninguna	47	82,4			
Adaptada a niños	5	8,8			
Más moderna	3	5,3			
Más privada	2	3,5			

Una vez analizadas las variables sociodemográficas y clínicas, nos centraremos en el análisis de las variables psicológicas.

3.3. Variables psicológicas

Siguiendo el orden de nuestra exposición, en este apartado se tratarán las variables psicológicas evaluadas en las muestras de pacientes y cuidadores familiares. En primer lugar, se presentarán las características psicológicas evaluadas en una ocasión, el preoperatorio, y posteriormente, se analizará la evolución de las variables psicológicas evaluadas antes y después de la intervención quirúrgica.

3.3.1. Variables psicológicas preoperatorias

A continuación, se presentan los resultados correspondientes al segundo objetivo de nuestro estudio, determinar las características psicológicas preoperatorias.

Las variables preoperatorias evaluadas en los **pacientes** han sido ansiedad rasgo y preocupaciones sobre la cirugía infantil. La ansiedad rasgo se evaluó en pacientes mayores de 9 años y las preocupaciones en pacientes mayores de 7 años. Como se señaló en el apartado de instrumentos, se aplicaron dos versiones del cuestionario de preocupaciones, uno para niños de 7 a 10 años y otro para adolescentes de 11 a 14 años. A dos pacientes mujeres de 7 y 8 años no se les pudo administrar el cuestionario porque no entendían los items. El número total de niños que contestó el cuestionario de ansiedad rasgo fueron 10, y el número de niños que contestaron los cuestionarios de preocupaciones 15.

La diferencia observada entre el número de pacientes se debe a que 5 niños contestaron el cuestionario AI de ansiedad (para niños menores de 9 años), tomando esta medida como ansiedad estado. En el siguiente apartado se mostrarán estos datos.

A continuación se muestran las puntuaciones medias obtenidas por niños y niñas en ansiedad rasgo y en preocupaciones, así como la comparación entre ellas.

Tabla 3.17. Variables psicológicas del paciente evaluadas en el preoperatorio

	n	Media	D.T.	Prueba de Mann-Whitney (Z)	Significación
Ansiedad rasgo					
Varones	6	34,83	3,06	-0,43	0,664
Mujeres	4	35,00	0,82		
Preocupaciones niños (7-10 años)					
Varones	5	23,60	5,73	-2,68	0,007
Mujeres	7	12,00	4,73		
Preocupaciones adolescentes (11-14 a)					
Varones	2	32,50	3,54	-1,23	0,221
Mujeres	1	25,00	---		

Como se puede observar (Tabla 3.17), las mujeres muestran mayor ansiedad rasgo que los varones, mientras éstos, tanto niños como adolescentes, manifiestan mayor nivel de preocupaciones que las mujeres.

El nivel de preocupaciones manifestado por los varones menores de 10 años es significativamente mayor que el manifestado por sus pares femeninos (*Prueba de Mann-Whitney* (Z)=-2,68; p=0,007)).

Las puntuaciones obtenidas por los pacientes en ansiedad rasgo se ha comparado con la ofrecida por el baremo del cuestionario STAIC, según edad y género. Los resultados indican que no hay diferencias significativas (*Prueba de Wilcoxon* (Z)=-0,357; p=0,721), es decir, la ansiedad rasgo de los pacientes evaluados está dentro de los límites correspondientes a su edad y género.

Respecto a la pregunta abierta de los cuestionarios de preocupaciones ("¿Le preocupa alguna otra cosa relacionada con la intervención quirúrgica?"), se muestran los resultados en la Tabla 3.18.

Tabla 3.18. Pregunta abierta del cuestionario de preocupaciones

¿Le preocupa alguna otra cosa relacionada con la intervención quirúrgica?					
Niños (7-10 años)			Adolescentes (11-14 años)		
	n	%	n	%	
No	7	12,3	Si saldré bien	1	1,8
Si	5	8,9	Si estaré mucho tiempo en el hospital	1	1,8
Que me operan mal	3	5,3	La operación	1	1,8
Todo	1	1,8			
La anestesia	1	1,8			
Total	12	21,2	Total	3	5,4

Como se puede observar (Tabla 3.18.), todos los adolescentes manifiestan otras preocupaciones además de las señaladas en el cuestionario. Como se observa en las puntuaciones medias de la tabla anterior (Tabla 3.17.), los adolescentes manifiestan mayor nivel de preocupaciones que los niños. Estos están preocupados, especialmente, “porque les operen mal”.

Las variables preoperatorias evaluadas en los **cuidadores familiares** han sido: ansiedad rasgo, preocupaciones sobre la cirugía infantil y locus de control.

Como puede observarse (Tabla 3.19.), aunque las mujeres manifiestan mayor ansiedad rasgo y preocupaciones que los varones, estas diferencias no son significativas.

La comparación de las puntuaciones con el baremo indica que las madres muestran menos ansiedad rasgo que la correspondiente a su género (*Prueba t para una muestra* (t) = -2,831; $p=0,007$).

Datos similares se observan, con una significación marginal, en el caso de los padres (*Prueba de Wilcoxon* (Z) = -1,886; $p=0,059$).

Tabla 3.19. Ansiedad rasgo y preocupaciones en el cuidador familiar

	n	Media	D.T.	Prueba de Mann-Whitney (Z)	Significación
Ansiedad rasgo					
Varones	12	16,92	5,30	-1,084	0,278
Mujeres	48	21,02	10,58		
Preocupaciones					
Varones	12	37,00	15,97	-1,542	0,123
Mujeres	50	46,18	22,56		

En cuanto a la pregunta abierta del cuestionario de preocupaciones, los padres señalan las siguientes preocupaciones (Tabla 3.20.).

Tabla 3.20. Pregunta abierta del cuestionario de preocupaciones

¿Le preocupa alguna otra cosa relacionada con la intervención quirúrgica?		
	n	%
Madres		
No	35	61,4
Si	15	26,4
Complicaciones postoperatorio	3	5,3
La anestesia	4	7,0
Que todo salga bien	4	7,0
Que desarrolle miedos a los médicos	1	1,8
Estar bien informada	2	3,5
La profesionalidad de los médicos	1	1,8
Total	50	87,8
Padres		
No	9	15,8
Si	3	5,4
Quisiera estar en la operación	1	1,8
El postoperatorio	1	1,8
La profesionalidad de los médicos	1	1,8
Total	12	21,2

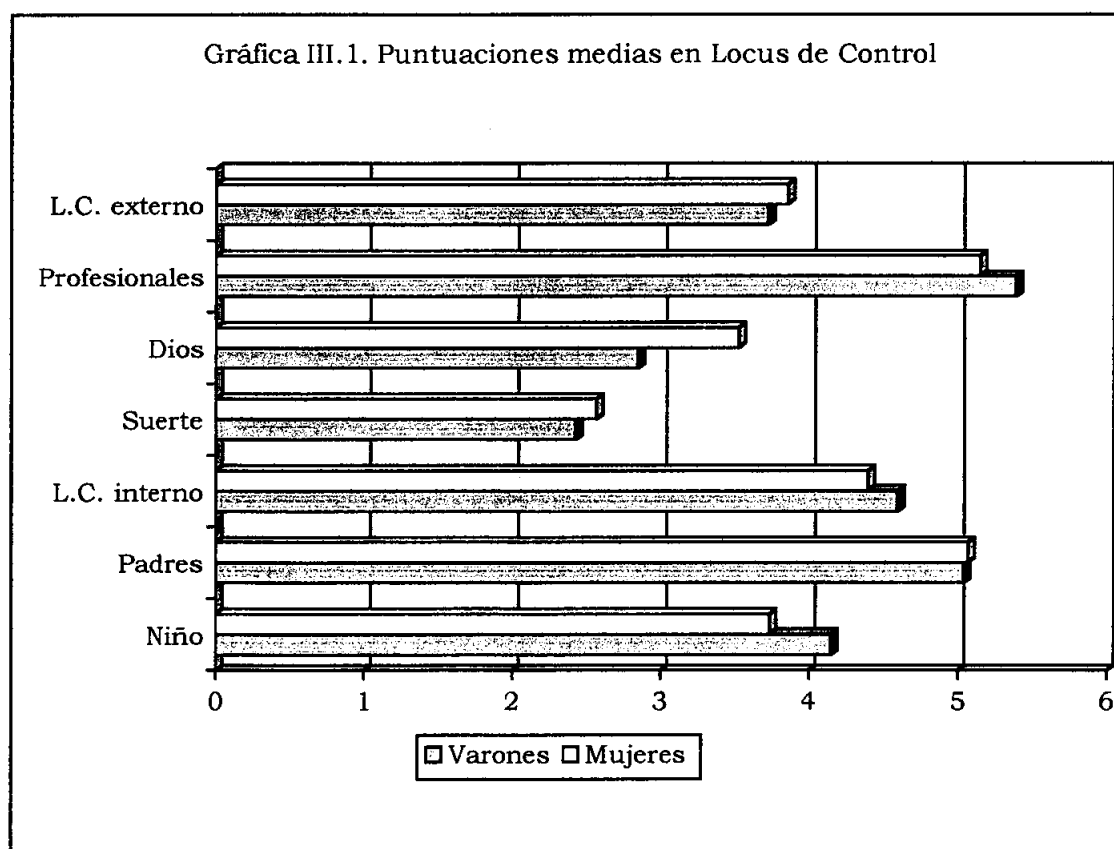
Aproximadamente un tercio de las madres y de los padres manifiestan otro tipo de preocupaciones. Las madres se preocupan, especialmente, por la anestesia y “porque todo salga bien”.

Respecto a la variable locus de control (Tabla 3.21.), se observa que, en general, las mujeres manifiestan mayor locus de control externo y los varones mayor locus de control interno, aunque las diferencias no son significativas.

Tabla 3.21. Variable locus de control en los cuidadores familiares

Locus de control	Varones (n=12)		Mujeres (n=48)		Prueba de Mann-Whitney	Significación
	Media	D.T.	Media	D.T.		
L.C. Externo	3,73	0,63	3,86	0,69	-0,768	0,443
Profesionales	5,39	0,34	5,15	0,66	-0,995	0,320
Dios	2,85	1,42	3,53	1,53	-1,389	0,165
Suerte	2,43	0,98	2,57	0,88	-1,344	0,179
L.C. Interno	4,60	0,74	4,40	0,76	-0,556	0,578
Padres	5,04	0,77	5,07	0,79	-0,121	0,904
Niño	4,15	1,08	3,74	1,00	-1,204	0,229

En la Gráfica III.1. se muestran las puntuaciones para el locus de control externo e interno, así como sus dimensiones, en varones y mujeres.



Comparando las puntuaciones con las ofrecidas por el baremo, se observa que las madres manifiestan más creencia en la suerte ($t=3,88$; $p=0,000$), menos creencia en los profesionales ($t=-3,95$; $p=0,000$),

menos creencia en Dios ($t=-4,12$; $p=0,000$) y menos locus de control externo ($t=-2,44$; $p=0,019$) que la población del baremo. Con respecto a los padres, se observa que estos manifiestan menos creencias en Dios (*Wilcoxon*, $Z=-2,83$; $p=0,005$) y menos locus de control externo (*Wilcoxon*, $Z=-2,041$; $p=0,041$), que la población de referencia.

3.3.2. Evolución de las variables psicológicas durante el proceso quirúrgico

Para el estudio de la evolución de las variables psicológicas a través del tiempo, se han realizado evaluaciones en ocho momentos, que incluyen desde aproximadamente un mes antes de la intervención, hasta tres meses después, como se señaló en el apartado del método. A continuación se muestran las puntuaciones medias según género de cada variable evaluada, tanto en pacientes como en su cuidador familiar.

3.3.2.1. Variables psicológicas del paciente

En los *pacientes* se ha evaluado miedo, ansiedad cognitiva, ansiedad fisiológica, ansiedad motora y cambios conductuales (percibidos por los padres). Con la Prueba de Mann-Whitney se han analizado las diferencias entre géneros. Con la Prueba de Friedman se analizó la evolución de las variables, con la finalidad de detectar diferencias entre los distintos momentos evaluados. Dado el número reducido de la muestra, para la evaluación a través de los momentos se ha tomado la muestra total. La ansiedad fisiológica se ha evaluado en tres momentos a través de la tasa cardíaca. La ansiedad motora se ha evaluado a través de la observación de los comportamientos de distrés

postquirúrgicos manifestados por el paciente, inmediatamente después de la operación.

Tabla 3.22. Evolución de miedo y ansiedad en el paciente evaluada en seis momentos. Media (Desviación Típica)

	N	M1	M2	M3	M4	M5	M8	
								Wilcoxon (Z)
Miedos (> 7 años)								
Varones	7	25,86 (10,8)				16,00 (8,81)		
Mujeres	8	17,25 (11,8)				14,57 (7,93)		
Total	15	21,27 (11,8)				15,29 (8,09)		-2,48b
Prueba de Mann-Whitney (Z)		-1,51				-0,32		
								Friedman (X ²)
Ans. Cognitiva (AI. < 9 años)								
Varones	1	9,00	9,00	10,00	3,00	2,00	0,00	
Mujeres	4	11,00 (7,35)	9,75 (3,50)	11,25 (2,99)	10,00 (1,41)	8,00 (1,63)	7,67 (3,06)	
Total	5	10,60 (6,43)	9,60 (3,05)	11,00 (8,60)	8,60 (3,36)	6,80 (3,03)	5,75 (4,57)	14,93b
Prueba de Mann-Whitney (Z)		-0,71	0,000	-0,73	-1,45	-1,45	-1,34	
Ans. Cognit. (STAIC. >9 años)								
Varones	6	47,00 (4,52)	48,83 (7,65)	48,67 (5,89)	56,17 (3,37)	57,17 (2,79)	57,83 (2,40)	
Mujeres	4	45,75 (8,96)	43,50 (5,07)	41,25 (3,59)	59,25 (0,96)	59,00 (1,15)	60,00 (0,00)	
Total	10	46,50 (6,20)	46,70 (6,98)	45,70 (6,18)	57,40 (3,03)	57,90 (2,38)	58,70 (2,11)	37,51c
Prueba de Mann-Whitney (Z)		0,000	-1,18	-1,93a	-1,32	-1,11	-1,58	

Notas. a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

M1= Aproximadamente un mes antes de la operación

M2= Día antes de la operación

M3= Día de la operación

M4= Día después de la operación

M5= Semana siguiente de la operación

M8= Tres meses después de la operación

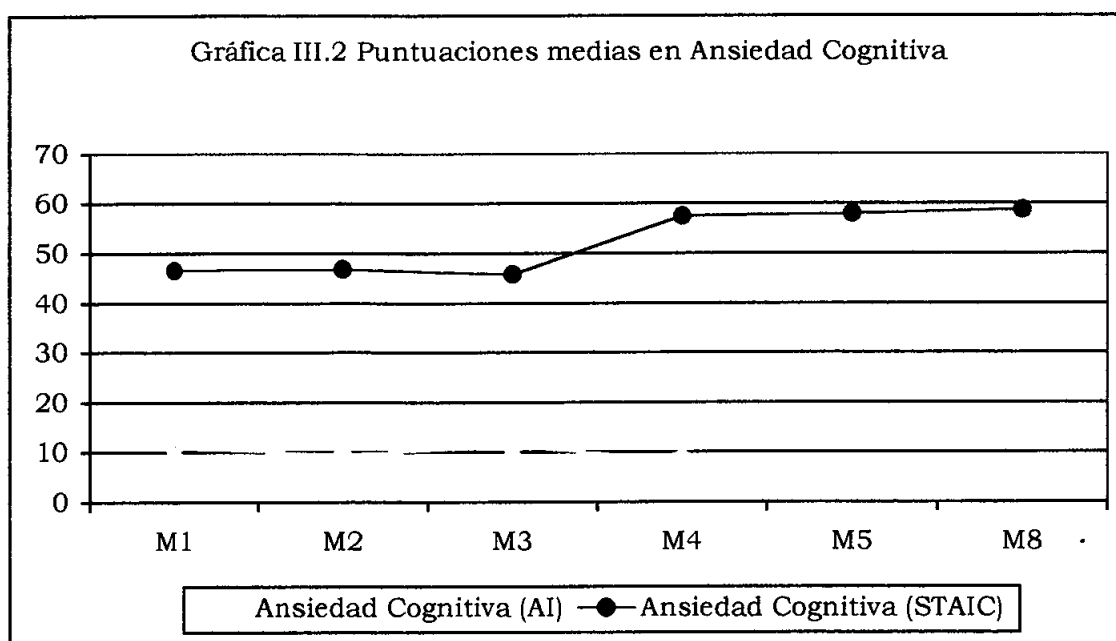
Respecto a los miedos, los varones informan de mayor nivel, que las mujeres, antes y después de la operación, aunque no significativamente.

En cuanto a las puntuaciones observadas según género en ansiedad cognitiva (Tabla 3.22.), las mujeres menores de 9 años (cuestionario AI) manifiestan mayor nivel de ansiedad estado, que los varones, en todos los momentos evaluados. A partir de los 9 años

(cuestionario STAIC), los varones muestran mayor ansiedad estado en los tres primeros momentos evaluados y las mujeres muestran mayor nivel de ansiedad en los tres momentos siguientes. Esta diferencia es significativa en la evaluación realizada el día de la intervención quirúrgica (*Mann-Whitney* (Z)=-1,93; $p \leq 0,05$). Así, momentos antes de la intervención quirúrgica los varones mayores de 9 años informan, significativamente, de mayor ansiedad que las mujeres.

Con respecto a la evolución de las variables miedos y ansiedad cognitiva a través de los momentos evaluados (Tabla 3.22.), se observa que las diferencias observadas son significativas. En el caso de la variable miedos se observa que una semana después de la operación los pacientes manifiestan, significativamente, menos nivel de miedo que un mes antes de la intervención quirúrgica (*Wilcoxon* (Z)=-2,48; $p=0,013$).

En la Gráfica III.2 se muestran las puntuaciones medias totales según los momentos evaluados en ansiedad cognitiva, con el fin de aportar mayor claridad a la exposición.



Gráficamente se puede observar que en los niños mayores de 9 años (evaluados con el STAIC) la ansiedad aumenta drásticamente después de la operación, mientras que en los niños menores de 9 años la ansiedad mantiene una línea uniforme, aumentando levemente el día de la operación y descendiendo después progresivamente.

Para analizar las puntuaciones obtenidas en ansiedad estado se han comparado dos a dos cada uno de los momentos evaluados. En la Tabla 3.23. se muestran las puntuaciones Z obtenidas en la prueba de Wilcoxon, así como los rangos promedios para cada momento (obtenidos en la prueba de Friedman).

Tabla 3.23. Evolución de ansiedad y miedo en el paciente (Puntuaciones Z)

Rango promedio	Ansiedad Cognitiva (AI)	M1	M2	M3	M4	M5
5,38	M1					
3,50	M2	-0,37				
5,38	M3	-0,14	-1,13			
3,00	M4	-0,68	-0,54	-1,51		
1,63	M5	-1,24	-1,60	-1,76	-2,04a	
2,13	M8	-1,83	-1,09	-1,83	-1,46	-0,37
Ans. Cognitiva (STAIC)						
1,75	M1					
2,10	M2	-0,18				
2,45	M3	-0,21	-0,48			
4,55	M4	-2,81b	-2,80b	-2,70a		
4,80	M5	-2,80b	-2,81b	-2,71a	-1,29	
5,35	M8	-2,81b	-2,81b	-2,71a	-2,04a	-1,51

Notas. a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

M1= Aproximadamente un mes antes de la operación

M2= Día antes de la operación

M3= Día de la operación

M4= Día después de la operación

M5= Semana siguiente de la operación

M8= Tres meses después de la operación

Como puede observarse (Tabla 3.23.), en los niños menores de 9 años (cuestionario AI) se observa una reducción significativa de la ansiedad desde el día siguiente a la intervención quirúrgica hasta la semana siguiente (momentos 4 y 5, respectivamente). En el caso de los pacientes mayores de 9 años (cuestionario STAIC), se observan mayores diferencias entre diversos momentos. Así, se observa un aumento significativo de ansiedad en los tres momentos posteriores a la

intervención quirúrgica (al día siguiente (M4), a la semana siguiente (M5) y a los tres meses (M8)), respecto a la ansiedad manifestada antes de la operación (un mes antes de la operación (M1), el día de antes (M2) y el mismo día de la operación (M3)). Así mismo, se observa un aumento significativo de la ansiedad desde el día siguiente a la operación (M4), a la semana siguiente (M5).

Respecto a la medida de *ansiedad fisiológica* (la tasa cardíaca), se observa que en el 34,3% de los pacientes oscila entre 91 y 110, en el 20% oscila entre 111 y 130, y en el 25,7% de los pacientes oscila entre 131 y 150. La tasa cardíaca se ha tomado como indicadora de ansiedad postquirúrgica y se analizará junto con las dos medidas de la tasa cardíaca tomadas antes de la operación.

Como se señaló en el apartado del método, la tasa cardíaca del paciente se evaluó en tres momentos: en la primera entrevista, momentos antes de la intervención quirúrgica e inmediatamente después de ésta cuando el paciente está dentro del quirófano. A continuación se muestra la evolución de la tasa cardíaca en estos tres momentos según sexo y edad (Tabla 3.24.).

Tabla 3.24. Puntuación media, desviación típica y número de sujetos de la tasa cardíaca (pulso) según sexo y edad

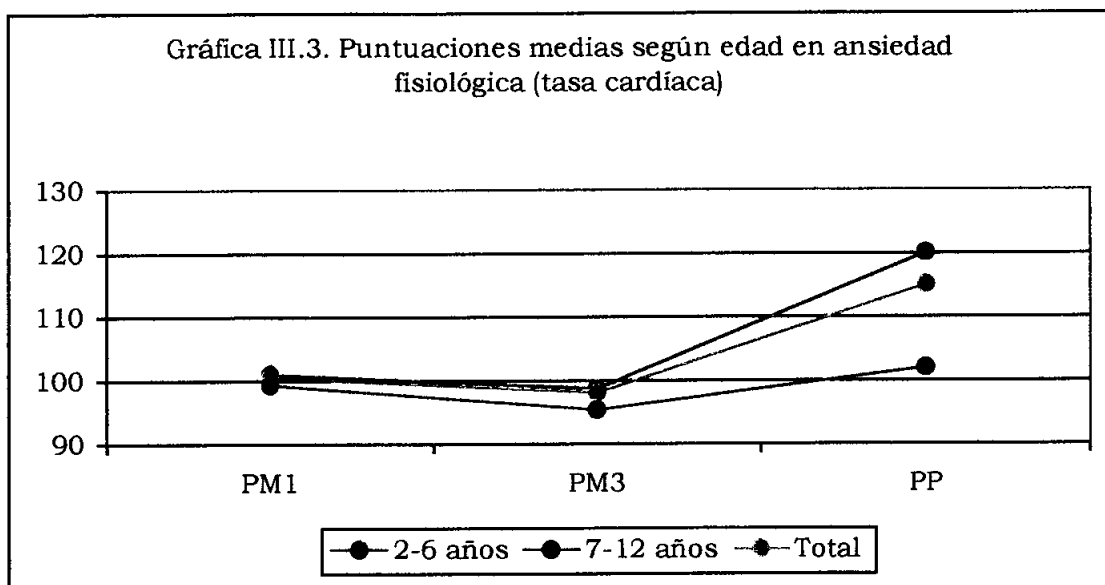
	Pulso (PM1) M (DT)/ n	Pulso (PM3) M (DT)/ n	Pulso postquirúrgico (PP) M (DT)/ n
2 - 6 años			
Varones	101,37 (12,89)/ 19	96,11 (18,03)/ 19	126,53 (23,08)/ 15
Mujeres	103,23 (15,57)/ 14	99,86 (29,04)/ 14	113,13 (17,73)/ 9
Total	100,97 (15,14)/ 33	98,67 (24,52)/ 33	120,04 (23,26)/ 24
7-12 años			
Varones	97,71 (34,40)/ 7	94,86 (30,00)/ 7	90,50 (17,54)/ 4
Mujeres	96,44 (17,60)/ 9	102,25 (27,12)/ 9	107,75 (19,10)/ 8
Total	99,20 (24,53)/ 16	95,29 (25,05)/ 16	102,00 (19,70)/ 12
Totales			
Total Varones	100,38 (20,16)/ 26	95,76 (21,34)/ 26	118,95 (26,33)/ 19
Total Mujeres	100,45 (16,38)/ 22	100,73 (27,72)/ 22	110,44 (18,02)/ 16
Total Muestra	100,42 (18,33)/ 48	98,09 (24,39)/ 48	115,06 (23,00)/ 35

Nota. PM1. Pulso evaluado en el momento 1 (primera entrevista)

PM3. Pulso evaluado en el momento 3 (momentos antes de la operación)

PP. Pulso evaluado postquirúrgicamente (al terminar la operación)

En la Gráfica III.3 se muestran las puntuaciones totales según edad de la tasa cardíaca en los tres momentos evaluados. Como puede observarse, la tasa cardíaca en la primera entrevista (su primer contacto con el hospital) es levemente mayor que la que muestran los niños momentos antes de la operación. Sin embargo, inmediatamente después de ésta se observa un aumento de la tasa cardíaca, especialmente en los niños menores de 6 años.



Las diferencias observadas en las puntuaciones de cada sexo en la muestra total (analizadas con la prueba U de Mann-Whitney), no son significativas.

En el total de la muestra se observan diferencias significativas según la edad en el pulso postquirúrgico. Los niños menores de 7 años muestran significativamente mayor ansiedad que los mayores de esta edad (Prueba U de Mann-Whitney; Rango promedio 1-6 años=16,36; Rango promedio 7-12 años=9,28; $Z=-2,191$; $p=0,028$).

En la muestra de varones se observan diferencias significativas según la edad en el pulso postquirúrgico. Los niños varones menores de 7 años muestran significativamente mayor ansiedad que los mayores de

esta edad (Prueba U de Mann-Whitney; Rango promedio 1-6 años=10,50; Rango promedio 7-12 años=4,13; $Z=-2,212$; $p=0,027$).

Analizando la evolución de la tasa cardíaca en los distintos momentos (Prueba de Friedman), se observan diferencias significativas. En la muestra total, el pulso postquirúrgico es significativamente mayor que los dos anteriores (PM1-PP: $Z=-2,412$, $p=0,016$; PM2-PP: $Z=-3,175$, $p=0,001$). En la muestra de varones el pulso tomado después de la operación es significativamente mayor que el tomado antes (PM2-PP: $Z=-2,896$, $p=0,004$). En la muestra de menores de 6 años, el pulso postquirúrgico es significativamente mayor que los dos anteriores (PM1-PP: $Z=-2,932$, $p=0,003$; PM2-PP: $Z=-3,077$, $p=0,002$). En los varones menores de 6 años el pulso postquirúrgico es significativamente mayor que los dos anteriores (PM1-PP: $Z=-2,576$, $p=0,010$; PM2-PP: $Z=-2,731$, $p=0,006$).

A continuación se muestran los datos respecto a la *ansiedad motora* (Tabla 3.25.), evaluada a través de los comportamientos de distrés postquirúrgico ("Escala de Observación de Distrés Postquirúrgico"). En la Tabla 3.25., se muestran las medias, desviaciones típicas y número de pacientes observados en cada momentos evaluado, según género y edad.

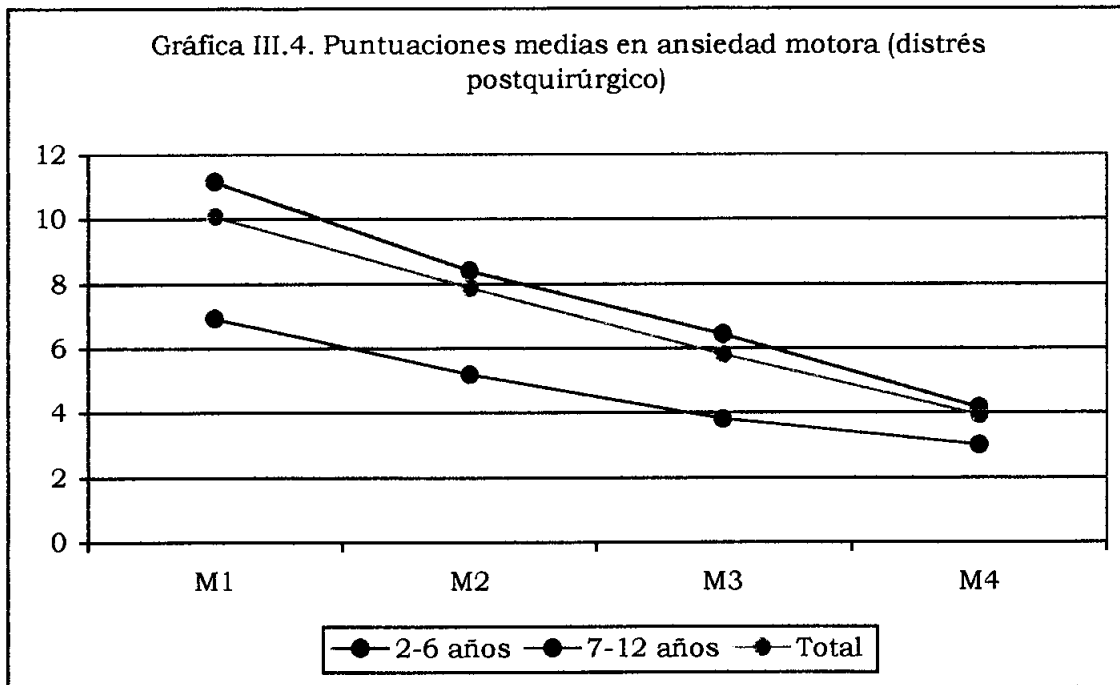
Tabla 3.25. Puntuación media, desviación típica y número de sujetos de comportamientos de distrés postquirúrgico

	OBSERVACIÓN1 M (DT)/ n	OBSERVACIÓN2 M (DT)/ n	OBSERVACIÓN3 M (DT)/ n	OBSERVACIÓN4 M (DT)/ n
2 - 6 años				
Varones	10,62 (2,50) /19	8,00 (2,86) /13	5,13 (2,70) /8	3,25 (1,91) /8
Mujeres	11,81 (2,90) /16	8,83 (4,11) /12	7,75 (3,06) /8	6,00 (2,94) /4
Total	11,17 (2,72) /35	8,40 (3,46) /25	6,44 (3,10) /16	4,17 (2,55) /12
7-12 años				
Varones	6,33 (2,25) /6	4,00 (0,00) /3	4,00 (0,00) /2	3,50 (0,71) /2
Mujeres	7,50 (2,88) /6	7,00 (2,83) /2	3,67 (0,58) /3	2,00 /1
Total	6,92 (2,54) /12	5,20 (2,17) /5	3,80 (0,45) /5	3,00 (1,00) /3
Totales				
Total Varones	9,60 (3,04) /25	7,25 (3,02) /16	4,90 (2,42) /10	3,30 (1,70) /10
Total Mujeres	10,64 (3,44) /22	8,57 (3,92) /14	6,44 (3,20) /11	5,20 (3,11) /5
Total Muestra	10,09 (3,24) /47	7,87 (3,47) /30	5,81 (2,93) /21	3,93 (2,34) /15

Nota. Observación 1. Al salir del quirófano
Observación 3. A los 60 minutos

Observación 2. A los 30 minutos
Observación 4. A los 90 minutos

En la Gráfica III.4 se muestran las puntuaciones medias según edad de la variable distrés postquirúrgico en los cuatro momentos evaluados. Como puede observarse, el distrés comportamental va disminuyendo progresivamente a lo largo de los momentos evaluados.



Así mismo, se observa que los niños menores de 6 años obtienen puntuaciones superiores a los de mayor edad.

Las diferencias observadas en las puntuaciones de cada género en la muestra total y en cada grupo de edad, analizadas con la prueba U de Mann-Whitney, no son significativas.

En la muestra total se observan diferencias significativas según los grupos de edad. Así, los niños menores de 7 años muestran, significativamente, mayores niveles de distrés que los mayores de esta edad en el momento 1 ($Z=-3,761$; $p=0,00$), en el momento 2 ($Z=-1,921$; $p=0,05$) y en el momento 3 ($Z=-2,177$; $p=0,03$).

Se observan diferencias significativas en la muestra de varones menores de 7 años entre los cuatro momentos evaluados (Prueba de Friedman; Chi-cuadrado=7,966; $p=0,047$). El análisis de los momentos dos a dos (Prueba de Wilcoxon) muestra diferencias significativas entre todos los momentos evaluados. Así el distrés manifestado en el primer momento es significativamente mayor que los mostrados en los otros tres (M1-M2: $Z=-3,701$, $p=0,000$; M1-M3: $Z=-3,417$, $p=0,001$; M1-M4: $Z=-3,415$, $p=0,001$). El distrés manifestado en el segundo momento es mayor que en los momentos siguientes (M2-M3: $Z=-2,362$, $p=0,018$; M2-M4: $Z=-2,684$, $p=0,007$). Y, por último, el manifestado en el momento tres es significativamente mayor que el mostrado en el último momento evaluado (M3-M4: $Z=-2,226$, $p=0,026$).

Para profundizar en el estudio de las diferencias en las manifestaciones de ansiedad postquirúrgica según la edad del paciente se analizaron las frecuencias observadas en cada categoría en función de la edad (Tabla 3.26.).

Los comportamientos que manifiestan los niños de todas las edades con mayor frecuencia al salir a la sala de recuperación (momento 1) son: llorar (71.9%), movimientos rápidos y bruscos (49.1%), postura corporal rígida (42.1%) e inquietud motora (38.6%).

A la media hora de la intervención (momento 2) se observa un mayor porcentaje de niños que está durmiendo o despierto tranquilamente (47.4%). Las conductas que más manifiestan son: llorar (38,6%) y apego hacia el adulto (29,8%).

Una hora después de la intervención, la mayoría de niños duerme o está tranquilo (61.4%) y la conducta que más manifiestan es llorar (19.3%).

Una hora y media después de la intervención (momento 4), la mayoría también está dormido o tranquilo (72%) y la conducta que más se observa es entretenerse con juegos (8.8%).

Tabla 3.26. Porcentajes de conductas de distrés evaluadas según edad

	Observación1			Observación2			Observación3			Observación4		
	< 6 años	> 6 años	Total	< 6 años	> 6 años	Total	< 6 años	> 6 años	Total	< 6 años	> 6 años	Total
<i>Escaso o nulo contacto ocular</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Movimientos rápidos y bruscos</i>	62.5	17.6	49.1	7.5	0	5.3	2.5	0	1.8	0	0	0
<i>Postura corporal rígida</i>	52.5	17.7	42.1	15	5.9	12.3	7.5	0	5.3	2.5	0	1.8
<i>Inquietud motora</i>	47.5	17.7	38.6	12.5	5.9	10.6	12.5	23.5	15.8	2.5	5.9	3.5
<i>Agresión insólita</i>	20	0	12.3	7.5	0	5.3	2.5	0	1.8	2.5	0	1.8
<i>Refunfuña entre dientes</i>	12.5	11.8	12.3	5	5.9	5.4	10	0	7.1	2.5	0	1.8
<i>Apego hacia el adulto</i>	27.5	17.7	26.3	27.5	11.8	29.8	19.5	5.9	15.8	10	0	7
<i>Llora</i>	85	41.2	71.9	60	11.8	38.6	27.5	0	19.3	12.5	0	7.1
<i>Ruborización</i>	27.5	11.8	22.8	17.5	0	12.3	2.5	0	1.8	2.5	0	1.8
<i>Quejas de dolor</i>	7.5	23.5	12.3	17.5	0	12.3	5	0	3.5	7.5	0	3.5
<i>Se entretiene con juegos</i>	0	0	0	0	0	0	5	5.9	5.3	12.5	5.9	8.8
<i>Duerme</i>	12.5	11.8	12.3	27.5	5.9	21.1	45	0	31.6	30	5.9	24.6
<i>Despierto y tranquilo</i>	0	17.6	5.3	10	64.7	26.3	12.5	70.6	29.8	35	76.5	47.4

Nota. Observación1. Al salir del quirófano
Observación3. A los 60 minutos

Observación2. A los 30 minutos
Observación4. A los 90 minutos

Respecto a la edad, se observa que, en general, los niños menores de 6 años manifiestan las conductas con mayor intensidad, a excepción de las quejas de dolor, en el primer momento, donde destacan los niños mayores de 6 años. Los niños mayores suelen estar despiertos y tranquilos durante todos los momentos de la evaluación.

En el paciente también se evaluaron los *cambios en su conducta*, tomando como línea base la evaluación realizada un mes antes de la operación (M1). La evaluación de los cambios conductuales se realizó preguntando al cuidador familiar (padre, madre o ambos). A continuación se muestran las puntuaciones obtenidas y las diferencias entre momentos evaluados (Prueba de Friedman y Anova con medidas repetidas).

En las Gráficas III.5. y III.6. se muestran las puntuaciones medias en cada dimensión evaluada según la valoración de padres y madres.

En primer lugar, con respecto a la valoración de los **padres** sobre las conductas de sus hijos antes de la operación (M1) (Tabla 3.27.), se observa que la conducta más frecuente son los trastornos del sueño.

Tabla 3.27. Evolución de cambios en la conducta del paciente.

Puntuaciones medias (Desviación típica)

	n	M1	M4	M5	M6	M7	M8	Friedman (X ²)
<i>Evaluación de Padres</i>								
	13							
Ansiedad general y regresión		1,57 (0,29)	2,93 (0,24)	2,98 (0,05)	3,01 (0,04)	2,97 (0,11)	2,91 (0,15)	41,85c
Ansiedad de separación		2,10 (0,45)	3,03 (0,14)	3,08 (0,13)	3,08 (0,14)	3,05 (0,09)	2,93 (0,27)	31,78c
Trastornos del sueño		2,39 (1,13)	3,00 (0,00)	3,03 (0,09)	3,03 (0,10)	3,03 (0,10)	3,03 (0,17)	17,86a
Problemas de alimentación		2,06 (0,51)	3,08 (0,24)	3,08 (0,15)	3,06 (0,19)	3,03 (0,26)	3,03 (0,22)	33,66c
Agresión hacia la autoridad		2,13 (0,57)	3,00 (0,20)	3,08 (0,19)	3,08 (0,19)	3,13 (0,31)	3,42 (0,51)	35,33c
Apatía-retramiento		1,90 (0,45)	2,91 (0,38)	2,99 (0,05)	2,94 (0,08)	2,93 (0,11)	2,92 (0,29)	33,66c
Total		1,93 (0,34)	2,97 (0,18)	3,02 (0,04)	3,02 (0,04)	3,00 (0,04)	2,98 (0,16)	29,04c
MLG-M.R. (F)								
<i>Evaluación de Madres</i>								
	51							
Ansiedad general y regresión		1,68 (0,36)	2,99 (0,22)	3,02 (0,13)	3,01 (0,09)	3,01 (0,11)	3,02 (0,10)	413,11c
Ansiedad por separación		1,99 (0,68)	3,11 (0,35)	3,16 (0,34)	3,08 (0,31)	3,13 (0,36)	3,12 (0,42)	87,01c
Trastornos del sueño		1,85 (0,64)	3,05 (0,30)	3,10 (0,29)	3,09 (0,35)	3,05 (0,34)	3,04 (0,33)	128,37c
Problemas de alimentación		1,93 (0,76)	3,12 (0,26)	3,09 (0,22)	3,05 (0,24)	3,04 (0,22)	3,13 (0,27)	81,65c
Agresión hacia la autoridad		2,23 (0,76)	3,07 (0,35)	3,01 (0,23)	3,04 (0,30)	3,14 (0,53)	3,16 (0,58)	23,31c
Apatía-retramiento		1,73 (0,46)	2,99 (0,25)	3,00 (0,09)	3,00 (0,19)	2,96 (0,21)	2,98 (0,22)	181,05c
Total		1,83 (0,32)	3,04 (0,21)	3,06 (0,13)	3,04 (0,14)	3,04 (0,18)	3,06 (0,18)	409,28c

Notas. a. $p \leq 0,05$; c. $p \leq 0,001$

M1= Aproximadamente un mes antes de la operación

M6= 15 días después de la operación

M4= Día después de la operación

M7= Un mes después de la operación

M5= Semana siguiente de la operación

M8= Tres meses después de la operación

Puntuaciones M1: 1=nunca; 2=a veces; 3=a menudo; 4=casi siempre; 5=siempre

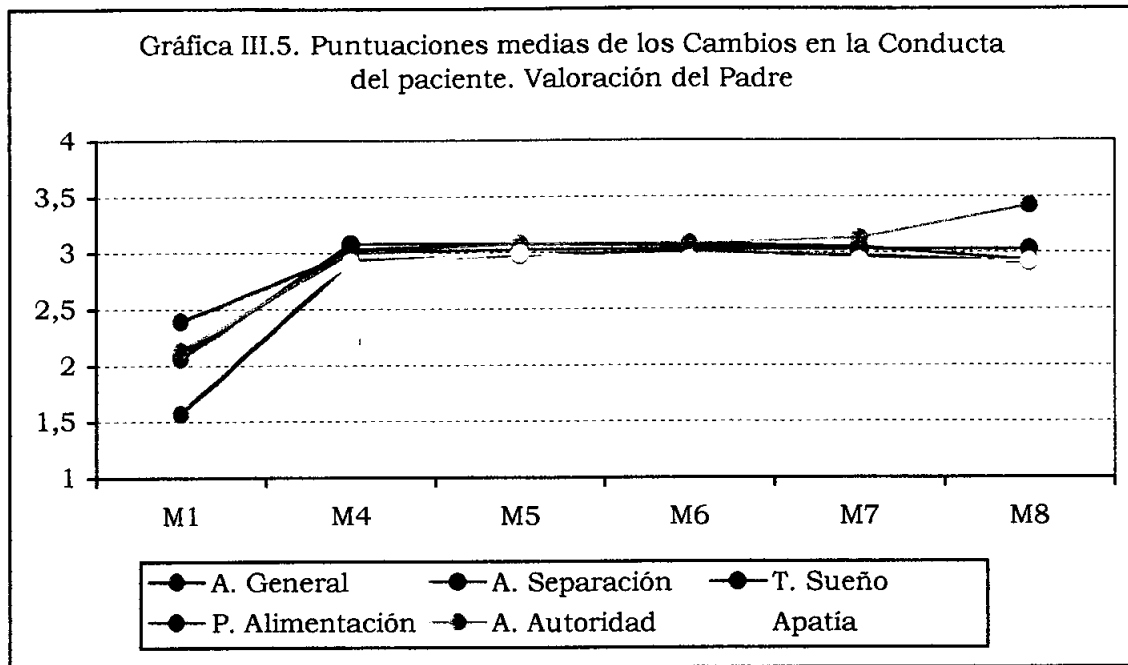
Puntuaciones resto de momentos: 1=mucho menos que antes; 2=menos que antes; 3=igual que antes; 4=más que antes; 5=mucho más que antes.

En el siguiente momento evaluado, el día después de la operación (M4), las conductas más frecuentes son los problemas de alimentación y la ansiedad de separación, que se realizan con mayor frecuencia que antes de la operación.

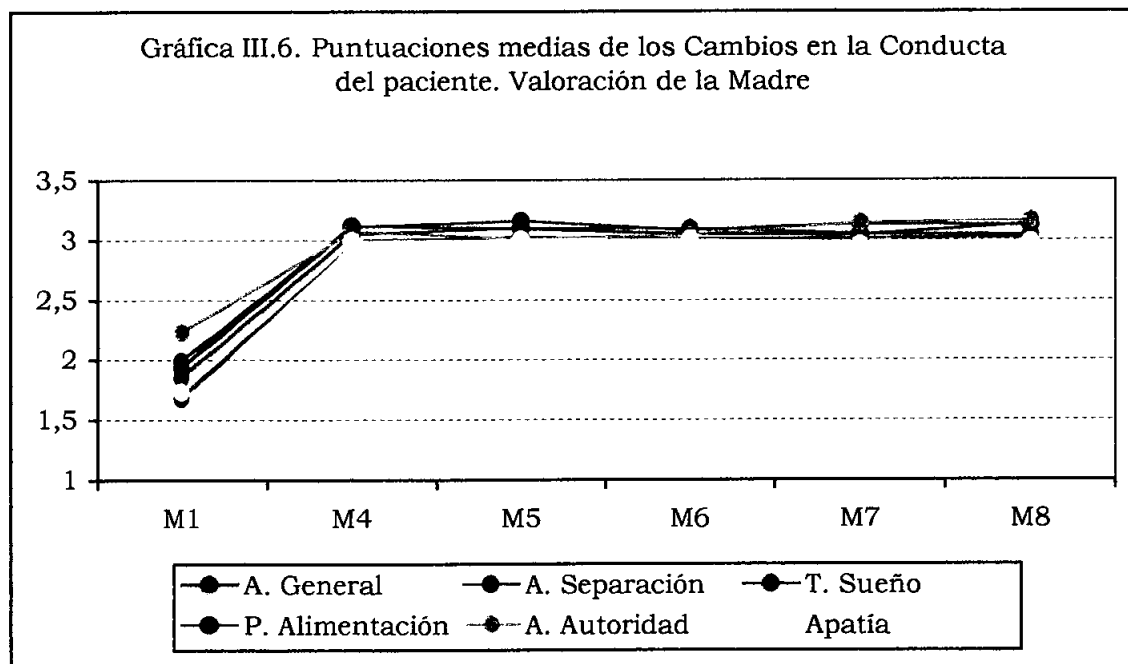
A la semana siguiente (M5), los niños manifiestan mayor ansiedad de separación, problemas de alimentación, agresión hacia la autoridad y trastornos del sueño, que antes de la operación. Dos semanas después (M6) y un mes después (M7) persisten estas mismas conductas. A los tres meses (M8) persisten la agresión hacia la autoridad, los problemas de alimentación y los trastornos del sueño. Según los padres los mayores cambios se manifiestan en la agresión hacia la autoridad, que ha ido aumentando desde la semana siguiente a la operación. En todos los momentos evaluados los pacientes manifiestan menor apatía-retraimiento que antes de la operación.

Respecto a la valoración de las **madres**, estas informan que la conducta más frecuente en sus hijos (evaluado como línea base) es la agresión hacia la autoridad. Al día siguiente de la operación (M4) los niños manifiestan más que antes problemas de alimentación, ansiedad de separación, agresión hacia la autoridad y trastornos del sueño. Una semana después (M5), continúan la ansiedad de separación, los trastornos del sueño y los problemas de alimentación. Dos semanas después (M6), un mes (M7) y tres meses después (M8) los niños siguen manifestando las mismas conductas que el día después de la operación. Los mayores cambios en agresión hacia la autoridad y problemas de alimentación se manifiestan a los tres meses (M8). En las puntuaciones totales las madres informan de cambios en sus hijos después de la operación, especialmente a la semana (M5) y a los tres meses (M8).

Gráficamente (Gráficas III.5. y III.6.) se observa que según los padres y las madres la *agresión hacia la autoridad* aumenta levemente en las últimas evaluaciones, a partir de las dos semanas de la operación. Los padres señalan mayores cambios en esta conducta que las madres. El resto de conductas se mantienen alrededor de la puntuación de tres (la conducta se realiza con la misma frecuencia que antes).



Las conductas evaluadas en la primera entrevista (momento 1) están alrededor de la puntuación 2 (la conducta se realiza a veces).



Se analizaron si las diferencias a través de los momentos eran significativas con las pruebas de Friedman y de Medidas repetidas.

Tabla 3.28. Evolución de cambios en la conducta del paciente (Evaluación del padre). Estadístico Prueba de Wilcoxon (Z)

R.promedio	Ansiedad general y regresión	M1	M4	M5	M6	M7	M8
1,00	M1						
4,32	M4	-3,07b					
3,86	M5	-3,07b	0,00				
4,55	M6	-2,94b	-1,00	-1,73			
4,14	M7	-2,96b	-1,00	0,00	-1,34		
3,14	M8	-2,95b	-2,06a	-1,40	-2,26a	-2,12a	
Ansiedad de separación							
1,27	M1						
3,91	M4	-2,95b					
3,91	M5	-2,94b	-1,13				
4,14	M6	-2,81b	-1,41	-1,00			
4,18	M7	-2,81b	0,00	-0,38	-0,71		
3,59	M8	-2,67a	-0,96	-1,19	-1,40	-1,60	
Trastornos del sueño							
1,91	M1						
3,68	M4	-1,70					
3,91	M5	-1,75	-1,00				
3,91	M6	-1,79	-1,00	0,00			
3,91	M7	-1,79	-1,00	0,00	0,00		
3,68	M8	-1,70	-0,58	0,00	0,00	0,00	
Problemas de alimentación							
1,00	M1						
3,95	M4	-2,96b					
4,36	M5	-2,95b	0,00				
3,82	M6	-2,95b	-0,38	-0,45			
3,73	M7	-2,96b	-0,54	-0,71	-0,28		
4,14	M8	-2,96b	-0,71	-0,82	-0,41	0,00	
Agresión hacia la autoridad							
1,27	M1						
3,50	M4	-2,85b					
3,95	M5	-3,02b	1,00				
3,73	M6	-2,85b	1,00	0,00			
3,73	M7	-2,69a	1,00	-0,38	-0,48		
4,82	M8	-2,95b	-2,17a	-1,99a	-2,13a	-1,93a	
Apatía-retramiento							
1,23	M1						
4,45	M4	-2,84b					
4,23	M5	-2,97b	0,00				
3,68	M6	-2,83b	-2,24a	-1,73			
3,64	M7	-2,81b	-2,12a	-1,63	-0,14		
3,77	M8	-2,81b	-1,04	-0,68	0,00	-0,14	
TOTAL							
1,00	M1						
4,14	M4	-3,06b					
4,09	M5	-3,06b	-0,35				
3,86	M6	-2,94b	-0,14	-0,14			
3,64	M7	-2,94b	-1,58	-1,29	-1,33		
4,27	M8	-2,94b	-0,56	-0,05	-0,30	-0,13	

Notas. a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

M1= Un mes antes de la operación
M2= Día antes de la operación
M3= Día de la operación
M4= Día después de la operación
M5= Semana siguiente de la operación
M8= Tres meses después de la operación

Tabla 3.29. Evolución de cambios en la conducta del paciente (Evaluación de la madre). Estadístico Prueba t para muestras relacionadas (t)

Media		Ansiedad general y regresión	M1	M4	M5	M6	M7
1,67		M1					
2,99		M4	-21,54c				
3,02		M5	-24,33c	-0,83			
3,01		M6	-24,63c	-0,60	0,47		
3,01		M7	-23,90c	-0,48	0,84	0,39	
3,02		M8	-25,54c	-1,08	-0,55	-1,10	-1,59
Ansiedad de separación							
1,99		M1					
3,11		M4	-11,25c				
3,16		M5	-11,31c	-1,51			
3,08		M6	-11,97c	0,26	1,57		
3,13		M7	-12,42c	-0,74	0,39	-1,78	
3,12		M8	-11,44c	-0,22	0,91	-0,64	0,55
Trastornos del sueño							
1,85		M1					
3,05		M4	-13,22c				
3,10		M5	-16,14c	-1,85			
3,09		M6	-14,67c	-0,94	0,62		
3,05		M7	-14,81c	-0,24	2,14a	1,43	
3,04		M8	-13,15c	0,00	1,38	1,27	0,28
Problemas de alimentación							
1,93		M1					
3,12		M4	-11,03c				
3,09		M5	-10,17c	0,35			
3,05		M6	-10,24c	1,30	1,54		
3,04		M7	-10,38c	1,24	1,46	0,00	
3,13		M8	-11,18c	-0,76	-0,61	-1,73	-2,10a
Agresión hacia la autoridad							
2,23		M1					
3,07		M4	-6,65c				
3,01		M5	-5,93c	0,95			
3,04		M6	-6,53c	0,52	-0,69		
3,14		M7	-5,99c	-0,71	-1,63	-1,21	
3,16		M8	-5,53c	-0,82	-1,64	-1,46	-0,31
Apatía-retramiento							
1,73		M1					
2,99		M4	-16,94c				
3,00		M5	-17,99c	-0,20			
3,00		M6	-16,58c	0,08	0,41		
2,96		M7	-14,84c	0,81	1,43	1,36	
2,98		M8	-15,96c	0,58	1,08	0,96	-0,37
TOTAL							
1,83		M1					
3,04		M4	-22,70c				
3,06		M5	-26,73c	-0,83			
3,04		M6	-26,26c	0,07	1,66		
3,04		M7	-26,13c	-0,07	1,23	-0,28	
3,06		M8	-24,23c	0,49	0,39	-0,86	-0,62

Notas. a. $p \leq 0,05$;
b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

M1= Un mes antes de la operación
M2= Día antes de la operación
M3= Día de la operación

M4= Día después de la operación
M5= Semana siguiente de la operación
M8= Tres meses después de la operación

Como puede observarse (Tabla 3.27.), existen diferencias significativas entre momentos en todas las dimensiones de cambios conductuales. Para saber concretamente entre qué momentos las diferencias eran significativas se utilizaron la Prueba de Wilcoxon y la *t* para muestras relacionadas. En las Tablas 3.28 y 3.29 se muestran las puntuaciones obtenidas en cada comparación dos a dos para cada una de las dimensiones.

Las puntuaciones obtenidas en la línea base muestran diferencias significativas con respecto al resto de puntuaciones (Tabla 3.28). Las puntuaciones medias obtenidas en la línea base indican que, en general, la mayoría de las conductas se realizan a veces (Media aproximada de 2) y las puntuaciones medias obtenidas en el resto de evaluaciones señalan que, en general, la mayoría de las conductas se realizan con la misma frecuencia de antes (Media aproximada de 3).

Respecto a la ansiedad general y regresión los padres informan que a los tres meses (M8) se reduce esta conducta con respecto a su manifestación al día siguiente de la operación (M4), a las dos semanas (M6) y al mes (M7).

En las conductas de agresión hacia la autoridad ocurre lo contrario. Así, se observa que los niños a los tres meses (M8) manifiestan esta conducta con mayor frecuencia que en el resto de momentos evaluados.

Observando los rangos promedio de las conductas de apatía-retraimiento se observa una reducción significativa desde el día después de la operación (M4), a las dos semanas (M6) y al mes (M7).

En la evaluación realizada por las madres (Tabla 3.29.) también se observa una reducción de los trastornos del sueño desde la evaluación realizada a la semana de la operación (M5) a la realizada al mes (M7). Respecto a los problemas de alimentación las madres

observan un aumento desde la evaluación realizada al mes (M7) a la realizada a los tres meses (M8). Quizá esto es debido a otras circunstancias no relacionadas con la operación.

En las puntuaciones totales de padres y madres se observa que las diferencias significativas se centran en las puntuaciones obtenidas con respecto a la línea base y no entre los momentos evaluados.

A continuación se evaluó si las diferencias observadas en las puntuaciones según el género del cuidador (padre/madre) eran significativas, o por contra, se podía asumir que las conductas evaluadas no dependían del observador. Para ello se tomaron los datos de los 8 pacientes que fueron evaluados por ambos padres.

Tabla 3.30. Comparación de la valoración de cambios comportamentales según el género del cuidador (N=8) (Prueba de Mann-Whitney. Puntuaciones Z)

Cambios comportamentales	M1	M4	M5	M6	M7	M8
Ansiedad general y regresión	-1,11	-1,14	-1.71	-0.30	-0,85	-3,15b
Ansiedad de separación	-0,94	-1,03	-0.66	-0.94	-0,13	-1,43
Trastornos del sueño	-1,40	-0,19	-0.91	-0.99	-0,74	-0,29
Problemas de alimentación	-1,01	-0,60	-0.05	-0.49	-0,37	-1,11
Agresión hacia la autoridad	-0,05	-0,53	-1.3	-0.48	-0,17	-1,70
Apatía-retraimiento	-1,61	-0,21	-0.27	-2.33a	-1,67	-0,72
Total	-0,94	-0,92	-0.51	-0,29	-1,05	-0,50

Notas. a. $p=0,05$; b. $p=0,01$

M1= Aproximadamente un mes antes de la operación

M4= Día después de la operación

M5= Semana siguiente de la operación

M6= 15 días después de la operación

M7= Un mes después de la operación

M8= Tres meses después de la operación

En general, se observa que los padres y las madres no difieren en su observación de los cambios comportamentales de su hijo/a antes y después de la intervención quirúrgica (Tabla 3.30.). Únicamente se observan diferencias significativas en la dimensión apatía-retraimiento del momento 6 y agresión general del momento 8. En ambas evaluaciones las madres observan mayores cambios en el

comportamiento de sus hijos que la muestra de padres. En las puntuaciones totales de cada momento no se observan diferencias significativas.

A continuación se analiza la evolución de las variables psicológicas en la muestra de *cuidadores familiares*.

3.3.2.2. Variables psicológicas del cuidador familiar

En el cuidador familiar se han evaluado: ansiedad cognitiva, afectividad positiva y negativa, estrategias de afrontamiento y ansiedad motora (comportamientos de distrés). En la Tabla 3.31 se muestran los resultados obtenidos en estas variables según el género del cuidador, así como las diferencias entre géneros (Prueba de Mann-Whitney), y las diferencias entre momentos tanto en varones (Prueba de Friedman y de Wilcoxon) como en mujeres (Medidas repetidas y prueba t para muestras relacionadas). También se han evaluado los comportamientos de distrés postquirúrgico a través de observación conductual.

Como se puede observar con respecto a la *ansiedad estado* (Tabla 3.31.), las madres manifiestan mayores niveles de ansiedad que los padres en todos los momentos evaluados, excepto en el último (a los tres meses de la operación). Estas diferencias son significativas el día antes de la operación (M2) y el mismo día de la operación (M3).

Con respecto a la *afectividad positiva* (Tabla 3.31.) los padres manifiestan mayores niveles en las evaluaciones realizadas antes de la intervención (Momentos 1, 2 y 3) y las madres manifiestan mayores niveles después de ésta (Momentos 4 y 5). Por otro lado, las madres manifiestan mayores niveles de afectividad negativa que los padres en todos los momentos evaluados. Estas diferencias de género en afectividad positiva y negativa no son significativas.

Tabla 3.31. Evolución en las variables psicológicas evaluadas en el cuidador familiar. Media (Desviación Típica)

	n	M1	M2	M3	M4	M5	M8	Estadístico
<i>Ansiiedad Cognitiva</i>								
Padres	13	18,31 (6,21)	20,31 (8,32)	23,00 (7,79)	11,15 (4,14)	12,54 (5,22)	14,67 (6,64)	X ² = 27,50c
Madres	51	23,67 (11,3)	28,63 (11,1)	30,06 (11,6)	12,02 (6,80)	12,63 (8,05)	13,88 (8,55)	F= 58,18c
Prueba de Mann-Whitney (Z)		-1,35	-2,5a	-2,2a	-0,09	-0,18	-0,65	
<i>Afectividad positiva</i>								
Padres	13	30,00 (5,80)	34,77 (5,67)	29,08 (7,73)	35,15 (6,16)	35,15 (7,63)		X ² = 20,94c
Madres	51	25,53 (7,75)	30,80 (8,40)	27,02 (8,91)	36,52 (6,86)	36,67 (6,97)		F= 40,38c
Prueba de Mann-Whitney (Z)		-0,64	-1,62	-0,83	-0,95	-0,93		
<i>Afectividad negativa</i>								
Padres	13	14,08 (4,65)	14,23 (3,79)	15,15 (4,54)	11,69 (2,50)	11,62 (3,25)		X ² = 11,53a
Madres	51	14,57 (5,90)	15,45 (6,25)	15,94 (6,22)	11,72 (4,00)	12,61 (4,97)		F= 8,59c
Prueba de Mann-Whitney (Z)		-0,04	-0,27	-0,12	-0,96	-0,10		
<i>Estrategias de afrontamiento</i>								
Padres	12					(n=13)		
Solución de problemas		22,00 (5,72)				17,23 (4,44)		Z= -2,36a
Búsqueda de apoyo social		17,92 (4,25)				16,69 (3,84)		Z=-1,38
Evitación		13,00 (4,48)				12,15 (1,41)		Z=-1,78
Madres	49					(n=51)		t= 4,17c
Solución de problemas		20,94 (4,22)				18,14 (5,31)		t= 5,28c
Búsqueda de apoyo social		20,74 (4,83)				18,27 (4,50)		t=1,38
Evitación		13,88 (3,13)				13,22 (3,00)		
Prueba de Mann-Whitney (Z)								
Solución de problemas		-0,72				-0,30		
Búsqueda de apoyo social		-1,62				-1,19		
Evitación		-0,59				-0,99		

Nota. a. p≤0,05; c. p≤0,001

M1= Aproximadamente un mes antes de la operación

M4= Día después de la operación

M2= Día antes de la operación

M5= Semana siguiente de la operación

M3= Día de la operación

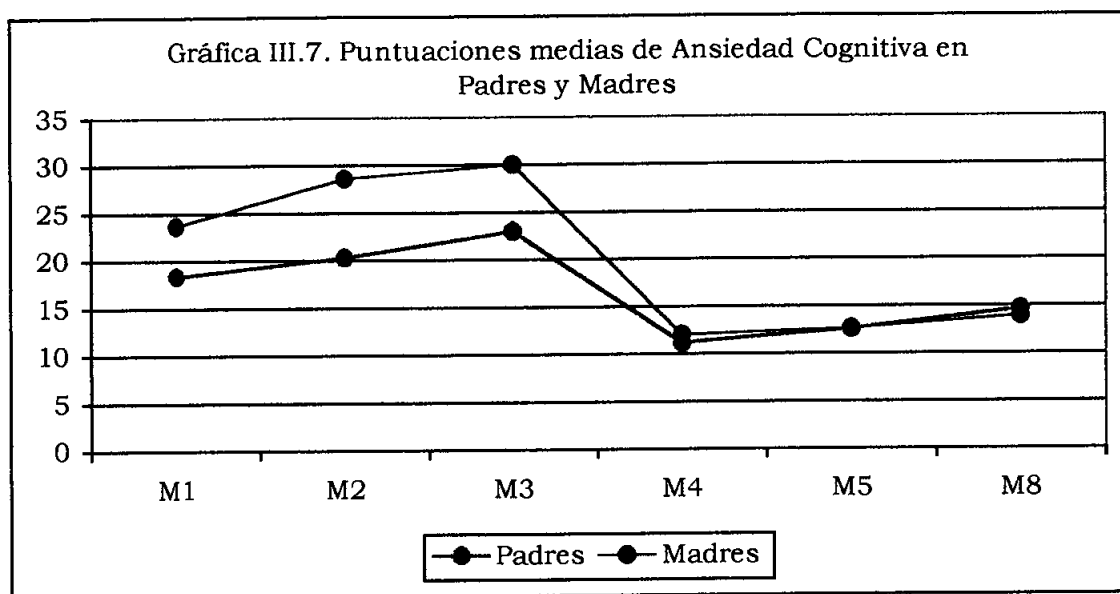
M8= Tres meses después de la operación

X²=Prueba de Friedman; F= Medidas repetidas; Z=Prueba de Wilcoxon; t=prueba t para muestras relacionadas

Con referencia a las *estrategias de afrontamiento* (Tabla 3.31.), se observa que antes de la intervención los padres utilizan más la estrategia de solución de problemas que las madres, mientras estas utilizan más la búsqueda de apoyo social y la evitación. Después de la intervención quirúrgica las madres utilizan con mayor frecuencia que

los padres todas las estrategias de afrontamiento. Estas diferencias entre géneros no son significativas.

Gráficamente, se observa como la ansiedad cognitiva mostrada por los padres y madres (Gráfica III.7.) aumenta desde la primera evaluación hasta el día de la operación, reduciéndose drásticamente el día después de la operación y aumentando levemente en las posteriores evaluaciones.



Analizando la evolución de las variables dentro de cada género se observan diferencias significativas en ansiedad estado, afectividad positiva y afectividad negativa, tanto en los padres como en las madres y en algunas estrategias de afrontamiento.

Como se puede observar con respecto a las **estrategias de afrontamiento** (Tabla 3.31.), tanto los padres como las madres antes de la operación, utilizan la estrategia de solución de problemas en mayor medida que después de la operación. Las madres antes de la operación también utilizan la estrategia de búsqueda de apoyo social en mayor medida que después de ésta.

Con respecto a la **ansiedad estado** de los *padres* (Tabla 3.32.), se observa que en la primera evaluación (M1) es significativamente menor que en el momento 3 y significativamente mayor que en los momentos 4 y 5. Es decir, el día de la intervención la ansiedad de los padres es significativamente mayor que la manifestada un mes antes. Una vez pasada la operación, al día siguiente y a la semana siguiente los niveles de ansiedad bajan a límites inferiores de los manifestados un mes antes de ésta. También se observa que la ansiedad manifestada el día de antes (M2) y el mismo día de la intervención quirúrgica (M3) son significativamente más altas que las observadas al día siguiente (M4), a la semana (M5) y a los tres meses (M8).

En la muestra de *madres* se observan resultados similares, siendo además significativamente menor la ansiedad observada a los tres meses de la operación (M8) que la evaluada un mes antes (M1).

Tabla 3.32. Evolución de ansiedad estado en padres y madres (Rangos promedio y medias)

		PADRES					
Rango Promedio	Puntuaciones Z	M1	M2	M3	M4	M5	
3,92	M1						
4,25	M2	-1,18					
5,42	M3	-2,16a	-1,12				
2,21	M4	-2,73a	-2,63a	-3,18c			
2,33	M5	-2,27a	-2,49a	-3,18c	-0,80		
2,88	M8	-1,58	-2,04a	-2,85b	-1,58	-0,97	

		MADRES					
Media	Puntuaciones t	M1	M2	M3	M4	M5	
23,67	M1						
28,63	M2	-1,83					
30,06	M3	-2,63a	-1,53				
12,02	M4	7,94c	10,79c	11,20c			
12,63	M5	7,38c	10,50c	10,50c	-1,14		
13,88	M8	5,86c	8,64c	8,73c	-1,81	-1,15	

Nota. a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

M1= Aproximadamente un mes antes de la operación

M4= Día después de la operación

M2= Día antes de la operación

M5= Semana siguiente de la operación

M3= Día de la operación

Con respecto a la **afectividad positiva** en *padres* (Tabla 3.33.), se observa que la evaluada un mes antes de la intervención (M1) es

significativamente menor que la mostrada un día antes de la operación (M2), al día siguiente (M4) y una semana después (M5).

La afectividad positiva mostrada el día de la operación es la más baja de todas, siendo la diferencia significativa con respecto a la evaluada el día de antes (M2), un día después (M4) y una semana después (M5).

Respecto a la afectividad positiva en las *madres* se observa que la manifestada un mes antes de la intervención (M1) es significativamente menor que la observada el día de antes (M2), el día de después (M4) y una semana después de la intervención (M5).

La afectividad positiva el día de antes (M2) es significativamente mayor que la observada el día de la operación (M3) y menor que la observada el día de después (M4) y una semana después (M5).

La afectividad positiva manifestada el día de la operación es significativamente menor que la observada el día después (M4) y una semana después (M5).

Respecto a la **afectividad negativa** de los *padres* se observa que la puntuación obtenida el día antes de la intervención (M2) es significativamente mayor que la observada una semana después (M5).

La afectividad negativa mostrada el día de la intervención quirúrgica es la mayor de todas, siendo esta diferencia significativa con respecto a la puntuación obtenida al día siguiente (M4) y una semana después (M5).

Con respecto a la afectividad negativa de las *madres* se observa que la manifestada un mes antes de la intervención (M1), el día de antes (M2) y el día de la operación (M3) son significativamente mayores que las manifestadas un día después (M4) y una semana después (M5).

La afectividad negativa manifestada el día después (M4) es significativamente menor que la manifestada una semana después (M5).

Tabla 3.33. Evolución de afectividad en padres y madres (Rangos promedio y medias)

PADRES					
Afectividad positiva					
Rango Promedio	Puntuaciones Z	M1	M2	M3	M4
2,04	M1				
3,38	M2	-2,60a			
1,85	M3	-0,71	-2,71a		
3,85	M4	-2,77a	-0,56	-3,08a	
3,88	M5	-2,59a	-1,09	-2,85a	-0,27
Afectividad negativa					
3,42	M1				
3,27	M2	-0,12			
3,81	M3	-0,43	-0,91		
2,35	M4	-1,69	-1,57	-2,09a	
2,15	M5	-1,92	-2,15a	-2,84b	-0,51
MADRES					
Afectividad positiva					
Media	Puntuaciones Z	M1	M2	M3	M4
25,53	M1				
30,80	M2	-2,21a			
27,02	M3	0,66	4,96c		
36,52	M4	-8,14c	-6,57c	-10,47c	
36,67	M5	-7,13c	-5,94c	-9,36c	-0,06
Afectividad negativa					
14,57	M1				
15,45	M2	-0,25			
15,94	M3	-0,65	-0,82		
11,72	M4	3,51c	5,23c	4,83c	
12,61	M5	2,57a	4,14c	3,38c	-2,36a

Nota. a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

M1= Aproximadamente un mes antes de la operación

M2= Día antes de la operación

M3= Día de la operación

M4= Día después de la operación

M5= Semana siguiente de la operación

Respecto a la **ansiedad motora** (comportamientos de distrés) manifestada por los padres (Tabla 3.34.), se observa que las madres manifiestan significativamente mayor ansiedad que los padres, durante la primera hora posterior a la intervención quirúrgica. En la Tabla 3.34. se muestran las medias, desviaciones típicas y número de sujetos observados.

Las conductas observadas en cada categoría muestran que las madres manifiestan mayor ansiedad que los padres, especialmente, como apego hacia el niño y postura corporal rígida.

Al salir del quirófano (momento 1) los padres manifiestan mayor inquietud motora que las madres.

Tabla 3.34. Comportamientos de distrés en los Padres. Puntuaciones medias, desviaciones típicas y número de sujetos.

	OBSERVACIÓN1 M (D.T.) /n	OBSERVACIÓN2 M (D.T.) /n	OBSERVACIÓN3 M (D.T.) /n	OBSERVACIÓN4 M (D.T.) /n
<i>Padres</i>	2,10 (1,39) / 52	1,14 (1,03) /42	0,82 (1,02) /44	0,85 (1,04) /41
<i>Madres</i>	2,89 (1,56) / 56	2,10 (1,33) /50	1,63 (1,21) /48	1,00 (1,13) /54
<i>t de Student</i>	2,80^a	3,81^c	3,44^b	0,65

Nota. a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

Observación1. Al salir del quirófano

Observación2. A los 30 minutos

Observación3. A los 60 minutos

Observación4. A los 90 minutos

Durante todas las observaciones las madres manifiestan mayor apego hacia el niño que los padres, mientras estos suelen salir frecuentemente de la sala. (Tabla 3.35.).

Tabla 3.35. Porcentajes de comportamientos de distrés en los padres

	Observación1		Observación2		Observación3		Observación4	
	Padre	Madre	Padre	Madre	Padre	Madre	Padre	Madre
Movimientos rápidos y bruscos	0	0	0	0	0	0	0	0
Postura corporal rígida	10.5	29.8	7	19.3	5.3	10.5	3.6	0
Alteración de la voz	1.8	5.3	0	1.8	0	0	1.8	0
Ruborización	7.1	8.8	0	3.5	0	1.8	0	1.8
Inquietud motora	29.8	21.1	12.3	15.8	14	15.8	7	12.3
Demandas repetitivas información	0	1.8	0	1.8	0	0	1.8	0
Rechaza expresión de emociones	7	5.3	0	7.1	0	1.8	0	1.8
Apego hacia el niño	63.2	82.4	43.9	66.7	26.3	54.4	29.8	45.6
No está en la sala	8.8	1.8	26.3	12.3	21.1	14	26.3	3.5

Nota. Observación1. Al salir del quirófano

Observación2. A los 30 minutos

Observación3. A los 60 minutos

Observación4. A los 90 minutos

En el siguiente apartado se presenta la relación entre los tres tipos de variables evaluadas, sociodemográficas, clínicas y psicológicas, tanto en el paciente como en su cuidador familiar.

3.4. Relaciones entre variables socio-demográficas, clínicas y psicológicas

Con el fin de aportar una mayor claridad se han establecido subapartados. En el primer subapartado se relacionan las variables sociodemográficas y las clínicas. En el segundo subapartado se relacionan las sociodemográficas y las psicológicas. En el tercer subapartado se relacionan las variables clínicas con las psicológicas. Por último, se presentan las relaciones entre las distintas variables psicológicas.

3.4.1. Relaciones entre variables sociodemográficas y variables clínicas

En este apartado se presentan las relaciones de las variables sociodemográficas y las variables clínicas evaluadas en el paciente y en el cuidador familiar.

Las variables sociodemográficas del **paciente** que se han tomado para relacionarlas con las variables clínicas han sido: sexo, edad, patología y experiencia quirúrgica (si es la primera operación o no). Las variables clínicas que se van a relacionar son: estancia, presión sistólica, presión diastólica, náuseas, fiebre, sueño y tipo de calmantes. Se han utilizado distintas pruebas estadísticas: correlaciones, Chi-cuadrado, prueba U de Mann-Whitney y Prueba de Kruskal-Wallis.

Como puede observarse (Tabla 3.36.), se obtienen puntuaciones significativas de la edad con la duración de la estancia en la Unidad y con el padecer náuseas o vómitos. Concretamente, se observa que los niños de menor edad (1-6 años) permanecen durante más tiempo en la Unidad ($Z=-3,255$, $p=0,001$; 1-6 años R.P.=33,65; 7-12 años

R.P.=18,06), y que ninguno de los niños mayores (7-12 años) muestra náuseas tras la operación, sin embargo, el 17,5% de los pequeños (1-6 años) sí muestra náuseas (Chi-cuadrado=5,154, $p=0,023$).

Tabla 3.36. Análisis de variables clínicas según las variables sociodemográficas. Paciente

	SEXO	EDAD	PATOLOGÍA	1ª OPERAC.
ESTANCIA	-0,74	-3,26c	0,13	-1,17
PRESIÓN SISTÓLICA	-0,83	-1,10	0,81	-0,94
PRESIÓN DIASTÓLICA	-0,95	-1,52	1,07	-0,22
NÁUSEAS/ VÓMITOS	0,40*	5,15a*	0,76*	1,96*
FIEBRE	0,18*	0,25*	14,43c*	2,14*
CALIDAD SUEÑO	0,41*	3,43*	17,89c*	1,31*
TIPO CALMANTES	0,03*	0,18*	11,86a*	1,19*

Nota. a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

*. Al combinar las variables algunas de las casillas muestran frecuencias inferiores a 5.

Con respecto a la patología se observa que marca diferencias en padecer o no fiebre, en la calidad del sueño y el tipo de calmantes administrados. En relación a padecer fiebre se observa que la mayoría no la padece, sin embargo, la mitad de los intervenidos de amígdalas informa de padecer fiebre y ninguno de los intervenidos de otitis la padece (Chi-cuadrado=14,426, $p=0,001$). Con la calidad del sueño se observa que la mayoría duerme bien (puntuación entre 5 y 8) o muy bien (puntuación entre 9 y 10), y que los intervenidos de amígdalas (el 3,5%) son los únicos que informan de dormir mal (puntuación entre 1 y 4) (Chi-cuadrado=17,890, $p=0,001$). En cuanto al tipo de calmante administrado se observa que los intervenidos de vegetaciones y otitis toman, mayoritariamente, antibióticos y analgésicos y los intervenidos de amígdalas toman analgésicos.

Con respecto al **cuidador familiar**, las variables sociodemográficas relacionadas con las variables clínicas son: edad, profesión y nivel de estudios. Las variables clínicas utilizadas son: valoración de la información recibida sobre la cirugía, sobre la

enfermedad, necesidad de más información y tipo de cirugía que prefieren.

Tabla 3.37. Análisis de variables clínicas según las variables sociodemográficas. Cuidador. (Chi-cuadrado)

	EDAD	PROFESIÓN	N. ESTUDIOS
INF. CIRUGÍA (1ª ENTREVISTA)	1,86*	0,70	1,23*
INF. CIRUGÍA (2ª ENTREVISTA)**	0,73*	0,35*	2,35*
INF. ENFERMEDAD (1ª ENTREVISTA)	1,48*	0,20	3,44*
INF. ENFERMEDAD (2ª ENTREVISTA)**	1,52	0,86	2,99*
NEC. INFORMACIÓN (1ª ENTREVISTA)	2,10*	0,61	4,68*
NEC. INFORMACIÓN (2ª ENTREVISTA)**	1,29*	0,32	0,62
PREFERENCIA CIRUGÍA (1ª ENTREVISTA)	1,69*	0,30	0,61*
PREFERENCIA CIRUGÍA (2ª ENTREVISTA)**	0,50*	0,20*	2,34*

Nota. a. $p \leq 0,005$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

*. Al combinar las variables algunas de las casillas muestran frecuencias inferiores a 5.

**.. La segunda entrevista se realizó a la semana de la operación.

Como puede observarse (Tabla 3.37.), las puntuaciones obtenidas en las variables clínicas evaluadas no varían en función de las variables sociodemográficas.

A continuación se presentan las relaciones entre las variables sociodemográficas y las psicológicas.

3.4.2. Relaciones entre variables sociodemográficas y variables psicológicas

En este apartado se presentan las relaciones de las variables sociodemográficas con las variables psicológicas evaluadas en el paciente y en el cuidador familiar.

Como se ha señalado, las variables sociodemográficas del **paciente** que se han tomado para los siguientes análisis han sido: edad, género, patología, número de hermanos (tomándolo como variable

dicotómica, si es hijo único o no) y experiencia quirúrgica previa (como variable dicotómica, si es la primera operación o no). Las variables psicológicas son: ansiedad (rasgo y estado), miedos y preocupaciones.

Las puntuaciones obtenidas en las variables psicológicas según sexo, se mostraron en el apartado anterior, relativo a las variables psicológicas, por lo que no se mostrarán en el presente apartado.

La variable ansiedad evaluada con el cuestionario AI no se ha relacionado con la edad debido a que no hay representatividad de edades (contestado por un paciente de 7 años y cuatro pacientes de 8 años).

No se ha podido realizar el análisis de la ansiedad estado (evaluada con el AI) y de preocupaciones en adolescentes según el número de hermanos (valorando si el paciente es hijo único o no) porque todos los niños que respondieron estos cuestionarios tenían hermanos, es decir, ninguno era hijo único.

Para analizar la relación con la **edad**, las variables tasa cardíaca y distrés comportamental se han tomado como variables continuas, observándose relaciones significativas y negativas con respecto al pulso postquirúrgico ($r=-0,42$; $p=0,010$), al distrés comportamental al salir de la operación ($r=-0,53$; $p=0,000$) y a la hora de ésta ($r=-0,58$; $p=0,006$). De esta manera, los pacientes de menor edad muestran mayor ansiedad fisiológica y ansiedad motora tras la operación, que los pacientes de mayor edad. Las diferencias en ansiedad cognitiva en niños mayores de 9 años, una semana después de la operación, según el tipo de **patología** son significativas (Tabla 3.38.) ($Z=6,21$; $p=0,045$). Las mayores puntuaciones las han obtenido los niños intervenidos de hipertrofia amigdalara (HAVA, Rango Promedio, R.P.=8,50), seguido de los niños intervenidos de vegetaciones adenoideas (VA, R.P.=7,10) y de otitis media (OMS, R.P.=2,75).

Tabla 3.38. Análisis de variables psicológicas según las variables sociodemográficas. Paciente (Correlaciones y Rangos Promedio (R.P.))

Instrumento	Estadístico	EDAD	PATOLOGÍA	HIJO ÚNICO	1ª OPERAC.
		r	X ²	Z	Z
Ansiiedad Cognitiva (STAIC, niños mayores de 9 años)					
ANSIEDAD RASGO		-0,52	0,19	-1,60	-0,32
ANSIEDAD ESTADO (M1)		-0,43	1,10	-0,35	-1,47
ANSIEDAD ESTADO (M2)		-0,17	0,90	-1,58	-0,74
ANSIEDAD ESTADO (M3)		-0,16	2,58	-0,35	-1,15
ANSIEDAD ESTADO (M4)		0,02	4,68	-1,08	-1,41
ANSIEDAD ESTADO (M5)		0,22	6,21a	-1,09	-1,31
ANSIEDAD ESTADO (M8)		-0,24	1,52	-0,65	-1,94a
Ansiiedad Cognitiva (AI, niños menores de 9 años)					
ANSIEDAD ESTADO (M1)		*	2,00	--	-0,71
ANSIEDAD ESTADO (M2)		*	2,00	--	-0,71
ANSIEDAD ESTADO (M3)		*	2,11	--	-0,36
ANSIEDAD ESTADO (M4)		*	2,11	--	-0,73
ANSIEDAD ESTADO (M5)		*	2,11	--	-0,36
ANSIEDAD ESTADO (M8)		*	0,20	--	-1,34
Ansiiedad Fisiológica (Tasa Cardíaca)					
Pulso 1. Primera entrevista		-0,12			
Menores de 6 años			4,92	-1,38	-1,39
Mayores de 6 años			1,38	-0,12	-0,43
Pulso 2. Antes operación		-0,14			
Menores de 6 años			2,72	-0,13	-1,54
Mayores de 6 años			0,95	-0,88	-0,78
Pulso postquirúrgico		-0,42b			
Menores de 6 años			4,75	-0,64	-0,44
Mayores de 6 años			0,60	-0,59	-1,79
Ansiiedad Motora (Distrés comportamental)					
Observación 1		-0,53c			
Menores de 6 años			0,65	-0,14	-0,24
Mayores de 6 años			0,36	-0,50	-0,25
Observación 2		-0,35			
Menores de 6 años			4,49	-0,09	-0,72
Mayores de 6 años			0,00	-1,23	0,00
Observación 3		-0,58b			
Menores de 6 años			0,01	-0,18	-0,88
Mayores de 6 años			1,50	*	-0,50
Observación 4		-0,32			
Menores de 6 años			0,34	-0,57	*
Mayores de 6 años			1,50	*	-1,23
Escala de Miedos					
MIEDOS (M1)		-0,08	2,39	-0,58	-0,47
MIEDOS (M5)		0,02	0,22	-0,37	-0,52
Cuestionario de preocupaciones					
PREOCUPACIONES (< de 10 años. M1)		0,30	2,05	-0,73	0,00
PREOCUPACIONES (> de 11 años. M1)		-0,85	1,50	--	--

Nota. a. $p \leq 0,005$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

*. No hay representatividad de edades

-- No se ha podido realizar porque alguna variable es constante

M1= Aproximadamente un mes antes de la operación

M4= Día después de la operación

M2= Día antes de la operación

M5= Semana siguiente de la operación

M3= Día de la operación

M8= Tres meses después de la operación

Observación 1. Al salir de la operación

Observación 2. A los 30 minutos

Observación 3. A los 60 minutos

Observación 4. A los 90 minutos

Respecto a la **experiencia quirúrgica previa** (Tabla 3.38.), los pacientes cuya operación es la primera, manifiestan mayor ansiedad tres meses después de la operación, que los niños con experiencia previa (Sin experiencia, R.P.=7,00; Con experiencia, R.P.= 4,00; $Z=-1,94$; $p=0,53$).

A continuación se muestran las diferencias en los cambios comportamentales evaluados según las variables sociodemográficas (Tabla 3.39.).

Dado que, como se señaló (Tabla 3.30.), las observaciones realizadas por padres y madres son prácticamente iguales, se ha tomado la puntuación total en los cambios comportamentales, independientemente del género del cuidador.

Como se puede observar (Tabla 3.39.), los niños de más **edad** manifiestan mayores trastornos del sueño tres meses después de la operación (M8. $r=0,32$; $p=0,17$).

Respecto a la **patología** (Tabla 3.39.), los niños intervenidos de otitis media (OMS) obtienen mayores puntuaciones en agresión a la autoridad dos semanas después de la operación (M6. OMS, R.P.=37,79; VA, R.P.=27,41; HAVA, R.P.=25,50; $Z=6,00$, $p=0,050$) que los niños intervenidos de vegetaciones y/o amígdalas. También obtienen mayores puntuaciones en problemas de alimentación tres meses después de la operación (M8. OMS, R.P.=44,14; VA, R.P.=26,70; HAVA, R.P.=18,25; $Z=13,66$, $p=0,01$).

Con referencia a la **experiencia previa** (Tabla 3.39.), se observa que los niños sin experiencia previa, obtienen significativamente mayores puntuaciones en ansiedad general a las dos semanas de la operación, que los niños con experiencia (Primera operación, R.P.=30,16; Con experiencia, R.P.=24,34; $Z=-1,98$, $p=0,47$).

Tabla 3.39. Análisis de cambios comportamentales según las variables sociodemográficas. Paciente

Cuestionario	Estadístico	EDAD	GÉNERO	PATOLOGÍA	N° HERMANOS	1° OPERAC.
		r	t	X ²	Z	Z
Cambios comportamentales. Un mes antes de la operación (M1)						
ANSIEDAD GENERAL	-0,17	-0,32	4,86	-0,83	-0,34	
ANSIEDAD SEPARACIÓN	0,15	0,28	0,99	-0,18	-1,28	
TRASTORNOS SUEÑO	0,23	0,87	2,73	-1,30	-0,13	
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,09	0,24	0,60	-0,85	-0,37	
AGRESIÓN AUTORIDAD	0,00	-0,64	1,58	-0,06	-0,05	
APATÍA-RETRAIMIENTO	0,05	0,11	0,00	-0,37	-0,90	
Cambios comportamentales. Un día después de la operación (M4)						
ANSIEDAD GENERAL	0,08	-0,85	0,39	-1,22	-0,79	
ANSIEDAD SEPARACIÓN	-0,08	1,09	5,31	-0,27	-1,17	
TRASTORNOS SUEÑO	-0,13	0,77	1,11	-0,34	-0,99	
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,17	-0,62	1,73	-0,38	-1,28	
AGRESIÓN AUTORIDAD	0,21	0,85	2,17	-1,12	-0,64	
APATÍA-RETRAIMIENTO	0,03	-0,67	0,18	-1,92	-0,26	
Cambios comportamentales. Una semana después de la operación (M5)						
ANSIEDAD GENERAL	-0,24	0,41	1,28	0,00	-0,06	
ANSIEDAD SEPARACIÓN	-0,12	1,76	1,15	-0,29	-0,12	
TRASTORNOS SUEÑO	-0,10	1,64	1,62	-0,67	-0,27	
PROBL. ALIMENTACIÓN	0,05	0,62	1,29	-1,14	-0,44	
AGRESIÓN AUTORIDAD	-0,03	-0,47	0,80	-0,26	-0,17	
APATÍA-RETRAIMIENTO	-0,11	0,50	0,12	-0,36	-1,05	
Cambios comportamentales. Dos semanas después de la operación (M6)						
ANSIEDAD GENERAL	-0,06	0,00	2,09	-0,38	-1,98a	
ANSIEDAD SEPARACIÓN	-0,05	-0,10	0,55	-0,11	-0,15	
TRASTORNOS SUEÑO	-0,01	0,41	5,08	-1,65	-0,28	
PROBL. ALIMENTACIÓN	0,13	0,21	0,28	-1,15	-0,47	
AGRESIÓN AUTORIDAD	0,13	1,64	6,00a	-1,44	-0,93	
APATÍA-RETRAIMIENTO	-0,05	0,14	0,61	-1,42	-0,61	
Cambios comportamentales. Un mes después de la operación (M7)						
ANSIEDAD GENERAL	-0,06	0,78	1,14	-0,10	0,00	
ANSIEDAD SEPARACIÓN	-0,14	0,23	1,08	-0,16	-0,13	
TRASTORNOS SUEÑO	-0,14	-0,46	0,89	-0,11	-0,50	
PROBL. ALIMENTACIÓN	0,12	-0,45	2,79	-0,14	-0,86	
AGRESIÓN AUTORIDAD	0,15	0,11	2,30	-0,61	-1,80	
APATÍA-RETRAIMIENTO	0,12	-1,55	2,05	-0,48	-0,09	
Cambios comportamentales. Tres meses después de la operación (M8)						
ANSIEDAD GENERAL	-0,13	1,12	0,83	-0,24	-0,76	
ANSIEDAD SEPARACIÓN	0,09	0,62	0,17	-1,49	-1,92	
TRASTORNOS SUEÑO	0,32a	-0,36	0,01	-1,15	-1,64	
PROBL. ALIMENTACIÓN	0,17	-0,23	13,66c	-0,72	-1,49	
AGRESIÓN AUTORIDAD	0,13	1,42	0,64	-0,04	-1,31	
APATÍA-RETRAIMIENTO	0,02	0,11	0,41	-0,15	-0,65	

Nota. a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

Con respecto al **cuidador familiar**, las diferencias por género (padre/madre) se han mostrado en apartados anteriores. Como se mostró en la descripción de la muestra, en algunas de las variables evaluadas, la mayoría de la muestra se agrupa en una de las categorías,

imposibilitando la comparación entre ellas. Así, la mayoría de los cuidadores están casados (93%) y tienen un nivel socioeconómico medio (87,7%). La variable *lugar de residencia* no se ha relacionado con las variables psicológicas, porque no se considera que ambas variables tengan que tener alguna relación.

Como se puede observar (Tabla 3.40.), en la muestra de *madres* se obtienen relaciones positivas y significativas entre la **edad** y el *locus de control* externo ($r=0,449$; $p=0,001$), la afectividad positiva el día de antes de la operación (M2. $r=0,305$; $p=0,029$), la afectividad positiva a la semana de la operación (M5. $r=0,370$; $p=0,008$) y la afectividad negativa al día siguiente de la operación (M4. $r=0,346$; $p=0,014$). Se observa una relación negativa y significativa entre la edad y la estrategia de afrontamiento de evitación como forma de afrontar la inminente intervención quirúrgica de su hijo/a (M1. $r=-0,302$; $p=0,035$). En el caso de los *padres* no se observan relaciones significativas.

Con respecto a la **profesión** del *padre* (Tabla 3.40.), los que trabajan en el sector servicios puntúan más alto, al día siguiente de la operación en ansiedad (M4. Sector servicios, R.P.=8,13; Sector secundario, R.P.=5,20; $Z=-1,990$; $p=0,047$) y en afecto negativo (M4. Sector servicios, R.P.=8,75; Sector secundario, R.P.=4,20; $Z=-2,172$; $p=0,030$). Las *madres* que no trabajan puntúan más alto en ansiedad una semana después de la intervención (M5. No trabajan, R.P.=29,44; Sector servicios, R.P.=19,69; $Z=-2,272$; $p=0,023$) y en afecto negativo también una semana después (M5. No trabajan, R.P.=28,92; Sector servicios, R.P.=20,64; $Z=-2,085$; $p=0,037$).

En el **nivel de estudios** de los *padres* (Tabla 3.40.), se han tomado únicamente las categorías estudios primarios y secundarios. Los padres con estudios secundarios manifiestan mayor ansiedad estado en la primera evaluación (M1. E. primarios, R.P.=4,33; E. secundarios, R.P.=8,67; $Z=-2,100$; $p=0,036$) y mayor afecto negativo en

la primera evaluación (M1. E. primarios, R.P.=4,33; E. secundarios, R.P.=8,67; Z=-2,100; p=0,036) y a la semana de la operación (M5. E. primarios, R.P.=4,33; E. secundarios, R.P.=8,67; Z=-2,268; p=0,023). Los padres con estudios primarios utilizan en mayor medida estrategias de afrontamiento orientadas a solucionar el problema para afrontar la inminente intervención quirúrgica de su hijo/a (M1. E. primarios, R.P.=8,50; E. secundarios, R.P.=3,92; Z=-2,298; p=0,022).

Tabla 3.40. Análisis de variables psicológicas según las variables sociodemográficas. Cuidador familiar

Estadístico	EDAD		PROFESIÓN		NIVEL ACADÉM.		EXPERIENCIA PREVIA	
	Padre r	Madre r	Padre Z	Madre Z	Padre Z	Madre Z	Padre Z	Madre Z
Ansiiedad Cognitiva								
ANSIEDAD RASGO	0,02	0,02	-0,34	-0,76	-1,47	-1,39	--	-0,85
ANSIEDAD ESTADO (M1)	-0,53	0,09	-0,15	-1,42	-2,10a	-0,63	--	-1,17
ANSIEDAD ESTADO (M2)	-0,43	-0,11	0,00	-1,18	-1,13	-0,16	--	-0,16
ANSIEDAD ESTADO (M3)	-0,20	-0,01	-0,52	-1,24	-0,24	-0,92	--	0,00
ANSIEDAD ESTADO (M4)	-0,02	0,00	-1,99a	-1,48	-0,32	-1,36	--	-0,72
ANSIEDAD ESTADO (M5)	-0,02	-0,02	-1,36	-2,27a	-0,99	-0,31	--	-1,42
ANSIEDAD ESTADO (M8)	0,12	0,01	-1,24	-1,70	-0,93	-0,90	--	-0,03
Preocupaciones y Locus de Control								
PREOCUPACIONES	0,40	-0,16	-1,11	-0,85	-1,46	-0,61	--	-1,43
L. CONTROL EXTERNO	-0,06	0,45c	-0,85	-1,26	-0,37	-2,26a	--	-0,95
L. CONTROL INTERNO	-0,04	0,18	-0,34	-0,31	-0,91	-0,86	--	-0,12
Afectividad Positiva y Negativa								
AFECTIV. POSITIVA (M1)	0,43	0,07	-0,37	-0,37	-0,16	-1,60	--	-1,67
AFECTIV. POSITIVA (M2)	0,08	0,31a	-0,52	-0,49	-0,56	-0,17	--	-0,69
AFECTIV. POSITIVA (M3)	0,19	0,19	-0,29	-0,33	-0,32	-0,94	--	-0,77
AFECTIV. POSITIVA (M4)	0,13	0,19	-0,81	-0,94	-0,73	-1,38	--	-0,01
AFECTIV. POSITIVA (M5)	0,16	0,37b	-0,44	-1,39	-0,81	-0,04	--	-0,71
AFECTIV. NEGATIVA (M1)	0,09	0,12	-0,22	-1,24	-2,10a	-1,74	--	-1,01
AFECTIV. NEGATIVA (M2)	-0,41	0,02	-0,44	-1,16	-0,57	-0,38	--	-0,77
AFECTIV. NEGATIVA (M3)	-0,25	0,13	-0,88	-0,49	-0,89	-0,71	--	-0,52
AFECTIV. NEGATIVA (M4)	0,37	0,35a	-2,17a	-1,15	-1,01	-1,26	--	-0,41
AFECTIV. NEGATIVA (M5)	-0,08	0,16	-1,17	-2,09a	-2,27a	-1,70	--	-0,33
Estrategias de Afrontamiento								
E.A.SOLUCIÓN PROBL. (M1)	0,09	-0,24	-0,34	-0,98	-2,30a	-0,28	--	-0,04
E.A.BÚSQ. APOYO SOC. (M1)	-0,30	-0,21	-1,02	-0,71	-1,01	-0,11	--	-0,10
E.A. EVITACIÓN (M1)	-0,26	-0,30a	-0,09	-0,35	-1,03	-1,67	--	-0,52
E.A.SOLUCIÓN PROBL. (M5)	-0,32	-0,26	0,00	-0,59	-1,13	-1,05	--	-0,96
E.A.BÚSQ. APOYO SOC. (M5)	-0,17	-0,07	-0,37	-1,01	-0,16	-1,63	--	-0,37
E.A. EVITACIÓN (M5)	0,07	-0,16	-1,69	-0,71	-0,09	-1,25	--	-0,82

Nota. a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$ // E.A.= Estrategia de Afrontamiento

M1= Aproximadamente un mes antes de la operación

M4= Día después de la operación

M2= Día antes de la operación

M5= Semana siguiente de la operación

M3= Día de la operación

M8= Tres meses después de la operación

Las *madres* con estudios primarios tienen un mayor locus de control externo que las madres con estudios secundarios (E. primarios, R.P.=27,87; E. secundarios, R.P.=18,35; $Z=-2,256$; $p=0,024$).

En el caso de la ***experiencia previa*** de los *padres* (Tabla 3.40.), no se ha podido calcular porque todos los padres entrevistados tienen experiencia previa y no es posible realizar la prueba. En el caso de las *madres* se observa que no hay diferencias en ninguna variable psicológica según su experiencia quirúrgica previa.

A continuación se muestran las relaciones entre las variables clínicas y las psicológicas.

3.4.3. Relaciones entre variables clínicas y variables psicológicas

En primer lugar, se analizan las posibles diferencias en las variables psicológicas de los pacientes en función de las variables clínicas (evaluadas en el quirófano, en el postoperatorio y 24 horas después de la operación). En segundo lugar, se analizan las variables psicológicas de los cuidadores familiares en función de su satisfacción con la información recibida y con la infraestructura del hospital.

Como en anteriores apartados, para el análisis de estas relaciones se han tomado aquellas variables que se consideraban más relevantes.

Las variables evaluadas en el quirófano fueron la duración de la operación y el tiempo de recuperación de la anestesia. Como puede observarse (Tabla 3.41.) la ***duración de la operación*** se relaciona negativamente con la ansiedad rasgo de los pacientes mayores de 9 años ($r=-0,63$; $p=0,050$) y con la tasa cardíaca momentos antes de la operación en los niños mayores de 6 años ($r=-0,55$; $p=0,044$). El ***tiempo***

de recuperación se relaciona negativamente con la ansiedad estado de los niños mayores de 9 años al día siguiente de la operación (M4) ($r=-0,68$; $p=0,031$) y positivamente con la manifestada a los tres meses de la intervención (M8) ($r=0,74$; $p=0,015$).

Las variables recogidas en el postoperatorio inmediato fueron: la duración total de la estancia en la Unidad desde que se deja de administrar anestesia hasta que sale de la unidad, la presión sistólica y la presión diastólica.

Como puede observarse, la **presión sistólica** correlaciona positivamente con la ansiedad estado de los niños menores de 6 años el día antes de la intervención ($r=0,99$; $p=0,041$), con el pulso tomado momentos antes de la operación en los niños mayores de 6 años ($r=0,64$; $p=0,048$) y con el pulso postquirúrgico de los niños menores de 6 años ($r=0,49$; $p=0,015$).

La **presión diastólica** correlaciona positivamente con la tasa cardíaca momentos antes de la operación en los niños mayores de 6 años ($r=0,73$; $p=0,016$).

La relación entre las variables de recuperación postquirúrgica y los cambios comportamentales (Tabla 3.42.), muestra que la duración de la **estancia** en la Unidad se relaciona negativamente con la apatía-retraimiento de los niños como comportamiento habitual (M1) ($r=-0,27$; $p=0,044$) y con los problemas de alimentación a las dos semanas de la operación (M6) ($r=-0,32$; $p=0,017$).

La **presión sistólica** se relaciona positivamente con algunos comportamientos manifestados al día siguiente de la operación, la ansiedad general ($r=0,38$; $p=0,024$), la ansiedad de separación ($r=0,38$; $p=0,022$), los trastornos de sueño ($r=0,49$; $p=0,003$) y la apatía-retraimiento ($r=0,40$; $p=0,016$).

Tabla 3.41. Análisis de variables psicológicas según las variables clínicas del postoperatorio inmediato. Paciente

<i>Cuestionario</i>	TIEMPO OPERAC	TIEMPO RECUPER	ESTANCIA	PRESIÓN SISTÓL.	PRESIÓN DIASTÓL.
Aniedad Cognitiva (STAIC, niños mayores de 9 años)					
ANSIEDAD RASGO	-0,63a	-0,32	-0,34	0,026	-0,06
ANSIEDAD ESTADO (M1)	-0,41	0,43	0,42	-0,23	-0,15
ANSIEDAD ESTADO (M2)	-0,05	0,02	-0,10	-0,03	0,17
ANSIEDAD ESTADO (M3)	0,21	0,11	-0,18	0,46	0,56
ANSIEDAD ESTADO (M4)	-0,25	-0,68a	-0,27	-0,01	-0,30
ANSIEDAD ESTADO (M5)	-0,13	-0,59	-0,39	0,09	-0,29
ANSIEDAD ESTADO (M8)	-0,25	0,74a	-0,32	-0,09	-0,27
Aniedad Cognitiva (AI, niños menores de 9 años)					
ANSIEDAD ESTADO (M1)	0,35	-0,34	0,69	0,86	0,72
ANSIEDAD ESTADO (M2)	-0,08	-0,57	0,87	0,99a	0,96
ANSIEDAD ESTADO (M3)	0,16	-0,35	0,71	0,95	0,86
ANSIEDAD ESTADO (M4)	0,08	0,30	0,75	0,99	0,99
ANSIEDAD ESTADO (M5)	0,01	0,24	0,76	0,90	0,98
ANSIEDAD ESTADO (M8)	0,77	0,82	0,23	--	--
Aniedad Fisiológica (Tasa Cardíaca)					
Pulso 1. Primera entrevista					
Menores de 6 años	0,26	-0,11	0,11	-0,10	0,07
Mayores de 6 años	0,14	-0,14	-0,05	-0,17	0,19
Pulso 2. Antes operación					
Menores de 6 años	-0,21	0,13	0,13	0,14	0,13
Mayores de 6 años	-0,55a	-0,43	0,24	0,64a	0,74a
Pulso postquirúrgico					
Menores de 6 años	0,36	-0,05	-0,21	0,49a	0,35
Mayores de 6 años	0,18	-0,26	0,11	0,20	0,01
Aniedad Motora (Distrés comportamental)					
Observación 1					
Menores de 6 años	-0,05	-0,12	0,08	0,22	-0,04
Mayores de 6 años	-0,29	-0,34	-0,07	0,28	0,03
Observación 2					
Menores de 6 años	-0,07	-0,27	-0,15	-0,18	-0,23
Mayores de 6 años	-0,23	-0,23	0,55	0,83	0,46
Observación 3					
Menores de 6 años	0,07	-0,41	0,10	0,39	0,16
Mayores de 6 años	-0,72	-0,25	0,11	--	--
Observación 4					
Menores de 6 años	-0,07	-0,52	0,21	0,30	0,18
Mayores de 6 años	--	--	--	--	--
Escala de Miedos					
MIEDOS (M1)	-0,06	-0,19	-0,09	-0,11	0,09
MIEDOS (M5)	0,20	-0,34	0,03	-0,28	-0,08
Cuestionario de Preocupaciones					
PREOCUPACIONES (< 10 años. M1)	-0,03	-0,15	-0,30	-0,19	0,23
PREOCUPACIONES (> 11 años. M1)	0,36	0,87	0,98	--	--

Nota. a. $p \leq 0,05$, b. $p \leq 0,01$ // --. $n < 3$

M1= Aproximadamente un mes antes de la operación

M2= Día antes de la operación

M3= Día de la operación

Observación 1. Al salir de la operación

Observación 3. A los 60 minutos

M4= Día después de la operación

M5= Semana siguiente de la operación

M8= Tres meses después de la operación

Observación 2. A los 30 minutos

Observación 4. A los 90 minutos

La presión sistólica se relaciona negativamente con los problemas de alimentación manifestados al mes de la operación (M7) ($r=-0,39$; $p=0,022$) y con los trastornos del sueño a los tres meses (M8) ($r=-0,44$; $p=0,008$).

Tabla 3.42. Análisis de los cambios comportamentales según las variables sociodemográficas

	TIEMPO OPERAC.	TIEMPO RECUPER.	ESTANCIA	PRESIÓN SISTÓL.	PRESIÓN DIASTÓL.
Cambios comportamentales. Un mes antes de la operación (M1)					
ANSIEDAD GENERAL	-0,24	-0,08	-0,12	-0,04	-0,09
ANSIEDAD SEPARACIÓN	-0,07	-0,10	-0,16	0,22	0,04
TRASTORNOS SUEÑO	0,19	-0,03	-0,06	0,19	0,07
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,06	-0,01	-0,05	-0,18	-0,21
AGRESIÓN AUTORIDAD	-0,08	0,14	-0,07	0,15	0,01
APATÍA-RETRAIMIENTO	-0,08	-0,02	-0,27a	-0,08	-0,21
Cambios comportamentales. Un día después de la operación (M4)					
ANSIEDAD GENERAL	-0,12	0,08	0,02	0,38a	0,26
ANSIEDAD SEPARACIÓN	-0,03	0,03	0,07	0,38a	0,30
TRASTORNOS SUEÑO	-0,03	-0,03	0,06	0,49a	0,36a
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,02	0,09	0,14	-0,21	-0,26
AGRESIÓN AUTORIDAD	0,01	0,01	-0,12	0,24	0,27
APATÍA-RETRAIMIENTO	-0,03	0,04	0,03	0,40a	0,12
Cambios comportamentales. Una semana después de la operación (M5)					
ANSIEDAD GENERAL	-0,05	-0,19	0,19	0,22	0,15
ANSIEDAD SEPARACIÓN	0,07	0,02	0,03	0,29	0,28
TRASTORNOS SUEÑO	0,12	-0,12	0,17	0,17	0,07
PROBL. ALIMENTACIÓN	0,07	0,17	-0,07	0,11	-0,11
AGRESIÓN AUTORIDAD	-0,03	-0,07	0,06	0,12	0,24
APATÍA-RETRAIMIENTO	0,04	0,08	0,13	0,12	0,17
Cambios comportamentales. Dos semanas después de la operación (M6)					
ANSIEDAD GENERAL	-0,01	-0,15	0,18	0,01	0,03
ANSIEDAD SEPARACIÓN	0,04	-0,06	-0,03	0,24	0,22
TRASTORNOS SUEÑO	-0,11	-0,15	-0,01	-0,19	0,01
PROBL. ALIMENTACIÓN	0,24	0,06	-0,32a	-0,18	-0,19
AGRESIÓN AUTORIDAD	0,02	0,06	-0,05	-0,28	-0,10
APATÍA-RETRAIMIENTO	-0,15	-0,09	0,21	-0,01	0,11
Cambios comportamentales. Un mes después de la operación (M7)					
ANSIEDAD GENERAL	-0,01	-0,14	0,18	0,15	0,20
ANSIEDAD SEPARACIÓN	-0,02	-0,08	0,19	0,18	0,09
TRASTORNOS SUEÑO	-0,06	0,14	0,18	0,06	0,09
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,20	0,03	-0,09	-0,39a	-0,28
AGRESIÓN AUTORIDAD	-0,07	-0,11	0,06	-0,28	-0,12
APATÍA-RETRAIMIENTO	0,01	-0,05	0,05	-0,04	0,13
Cambios comportamentales. Tres meses después de la operación (M8)					
ANSIEDAD GENERAL	-0,04	-0,06	0,23	0,07	-0,02
ANSIEDAD SEPARACIÓN	-0,17	-0,07	-0,04	-0,20	-0,07
TRASTORNOS SUEÑO	-0,07	-0,05	-0,23	-0,44a	-0,16
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,15	-0,01	-0,04	-0,17	-0,21
AGRESIÓN AUTORIDAD	-0,09	-0,03	-0,08	-0,25	-0,07
APATÍA-RETRAIMIENTO	-0,07	0,03	0,02	-0,16	-0,01

Nota. a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

La **presión diastólica** se relaciona positivamente con los trastornos del sueño al día siguiente de la operación (M4) ($r=0,36$; $p=0,030$).

Las *variables de recuperación postquirúrgica* son: náuseas/vómitos, fiebre, calidad del sueño, tipo de calmante administrado y dosis del mismo (Tabla 3.43.).

En el caso de **náuseas y/o vómitos** no se ha podido calcular porque ninguno de los niños que respondieron a los cuestionarios tuvo náuseas.

Lo mismo ocurre con **calidad del sueño**, que todos los pacientes evaluados obtienen puntuaciones entre 9 y 10 y con fiebre en los pacientes menores de 9 años y adolescentes, que ninguno tuvo fiebre durante las 24 horas siguientes a la operación.

Con respecto a la **fiebre** no se observan diferencias significativas. En cuanto al **tipo de calmante**, los niños que han tomado antibióticos manifiestan mayor ansiedad una semana después de la intervención que los niños que tomaron analgésicos o ambos fármacos (M5. Antibióticos, R.P.=8,50; Analgésicos, R.P.=7,63; Ambos, R.P.=3,20; Chi-cuadrado=6,379; $p=0,041$).

En la variable **dosis de calmantes**, se observan diferencias significativas con el nivel de distrés manifestado a la hora de la intervención quirúrgica (observación 3), en los niños menores de 6 años. Concretamente, se observa que los que reciben tratamiento cada 8 horas manifiestan mayores niveles de distrés (Dosis: Si hay dolor, R.P.=5,75; Cada 8 horas, R.P.=11,88; Cada 24 horas, R.P.=4,17; Cada 12 horas, R.P.=5,50; Chi-cuadrado=8,34; $p=0,040$).

Tabla 3.43. Análisis de variables psicológicas según las variables de recuperación postquirúrgica. Paciente

<i>Cuestionario</i>	FIEBRE	TIPO CALM.	DOSIS CALMA.
<i>Aniedad Cognitiva (STAIC, niños mayores de 9 años)</i>			
ANSIEDAD RASGO	-0,18	0,74	0,51
ANSIEDAD ESTADO (M1)	-0,87	0,77	3,58
ANSIEDAD ESTADO (M2)	-0,35	2,26	0,87
ANSIEDAD ESTADO (M3)	-1,57	2,78	0,22
ANSIEDAD ESTADO (M4)	-1,08	4,82	1,17
ANSIEDAD ESTADO (M5)	-1,09	6,38a	2,13
ANSIEDAD ESTADO (M8)	-0,65	0,77	0,44
<i>Aniedad Cognitiva (AI, niños menores de 9 años)</i>			
ANSIEDAD ESTADO (M1)	--	3,00	3,00
ANSIEDAD ESTADO (M2)	--	0,33	0,60
ANSIEDAD ESTADO (M3)	--	3,16	3,32
ANSIEDAD ESTADO (M4)	--	2,19	2,21
ANSIEDAD ESTADO (M5)	--	0,79	0,79
ANSIEDAD ESTADO (M8)	--	1,80	2,70
<i>Aniedad Fisiológica (Tasa Cardíaca)</i>			
Pulso 1			
Menores de 6 años	-1,39	1,93	1,02
Mayores de 6 años	-0,81	0,29	0,83
Pulso 2. Antes operación			
Menores de 6 años	-0,83	3,75	6,17
Mayores de 6 años	-0,88	0,34	2,82
Pulso postquirúrgico			
Menores de 6 años	-1,44	0,59	4,86
Mayores de 6 años	-0,73	5,36	4,04
<i>Aniedad Motora (Distrés comportamental)</i>			
Observación 1			
Menores de 6 años	-1,28	2,01	2,69
Mayores de 6 años	-0,59	1,16	0,43
Observación 2			
Menores de 6 años	-0,56	0,21	0,62
Mayores de 6 años	--	2,67	1,67
Observación 3			
Menores de 6 años	-0,56	0,59	8,34a
Mayores de 6 años	--	4,00	1,50
Observación 4			
Menores de 6 años	-1,61	0,46	1,86
Mayores de 6 años	--	1,50	1,50
<i>Escala de Miedos</i>			
MIEDOS (M1)	-0,12	1,26	1,25
MIEDOS (M5)	-0,12	0,94	0,33
<i>Cuestionario de Preocupaciones</i>			
PREOCUPACIONES (< 10 años. M1)	-0,73	0,66	0,27
PREOCUPACIONES (> 11 años. M1)	--	1,50	1,50
<i>Tasa cardíaca</i>			
Pulso 1. Un mes antes	0,07	-0,16	0,24
Pulso 2. Día intervención	-0,03	-0,13	0,07
Pulso postquirúrgico.	0,13	-0,25	0,19

Nota. a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$ // -- no se puede calcular porque alguna variable es constante

M1= Aproximadamente un mes antes de la operación

M4= Día después de la operación

M2= Día antes de la operación

M5= Semana siguiente de la operación

M3= Día de la operación

M8= Tres meses después de la operación

Observación 1. Al salir de la operación

Observación 2. A los 30 minutos

Observación 3. A los 60 minutos

Observación 4. A los 90 minutos

A continuación se analizan los cambios comportamentales en función de las variables clínicas de recuperación postquirúrgica evaluadas (Tabla 3.44.). Respecto a la presencia o no de **náuseas** no se observan diferencias.

Con respecto a la **fiebre** se observa que los niños que tuvieron fiebre manifiestan una mayor agresión hacia la autoridad a la semana siguiente (M5. No=28,13; Sí=38,10; $Z=-2,25$; $p=0,024$). Sin embargo, los que no tuvieron fiebre manifiestan mayores problemas de alimentación al mes de la operación (M7. No=29,43; Sí=13,70; $Z=-2,57$; $p=0,015$).

En la variable **calidad del sueño** se observa (Tabla 3.44.) que los niños que durmieron peor (puntuaciones entre 1 y 4) mostraron mayor ansiedad general al día siguiente de la operación (M4. Mal=40,00; Regular=35,60; Bien=27,04; Chi-cuadrado=6,505; $p=0,039$), mayor ansiedad de separación al día siguiente (M4. Mal=53,50; Regular=33,65; Bien=26,88; Chi-cuadrado=7,742; $p=0,021$), y a la semana (M5. Mal=53,25; Regular=25,90; Bien=28,61; Chi-cuadrado=5,922; $p=0,052$), y menores problemas de alimentación al mes de la operación (M7. Mal=4,50; Regular=27,50; Bien=29,21; Chi-cuadrado=6,862; $p=0,032$). Los que durmieron regular (puntuación entre 5 y 8) manifiestan mayores trastornos de sueño dos semanas después de la operación (M6. Mal=26,00; Regular=37,05; Bien=26,67; Chi-cuadrado=8,200; $p=0,017$), y menores niveles de apatía-retraimiento al mes de la operación (M7. Mal=31,00; Regular=18,35; Bien=30,10; Chi-cuadrado=7,600; $p=0,022$).

Con respecto al **tipo de calmante** (Tabla 3.44.), los que toman sólo antibióticos tienen más trastornos del sueño a la semana (M5. Antibióticos, R.P.=35,75; Analgésicos, R.P.=25,00; Ambos, R.P.=30,07; Chi-cuadrado=7,313; $p=0,026$) y al mes de la intervención quirúrgica (M6. Antibióticos, R.P.=36,69; Analgésicos, R.P.=26,00; Ambos, R.P.=28,02; Chi-cuadrado=6,202; $p=0,045$), y más ansiedad general a los tres meses de la intervención (M8. Antibióticos, R.P.=34,29;

Analgésicos, R.P.=22,05; Ambos, R.P.=31,00; Chi-cuadrado=8,021; p=0,018).

Tabla 3.44. Análisis de los cambios comportamentales según las variables clínicas de recuperación postquirúrgica.

	NÁUSEAS	FIEBRE	CAL. SUEÑO	TIPO CALM.	DOSIS CALMA.
Cambios comportamentales. Un mes antes de la operación (M1)					
ANSIEDAD GENERAL	-0,92	-0,33	0,13	0,53	0,53
ANSIEDAD SEPARACIÓN	-0,99	-0,10	0,80	0,32	0,79
TRASTORNOS SUEÑO	-0,40	-1,80	4,14	5,14	2,88
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,30	-0,60	0,03	3,46	1,40
AGRESIÓN AUTORIDAD	-0,35	-1,63	1,45	0,75	1,26
APATÍA-RETRAIMIENTO	-0,01	-0,32	0,35	1,08	0,76
Cambios comportamentales. Un día después de la operación (M4)					
ANSIEDAD GENERAL	-0,37	-0,37	6,51a	1,95	3,25
ANSIEDAD SEPARACIÓN	-0,49	-0,34	7,74a	0,48	1,26
TRASTORNOS SUEÑO	-1,09	-1,07	2,80	0,50	1,39
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,90	-1,92	3,09	0,28	0,83
AGRESIÓN AUTORIDAD	-0,18	-1,19	4,70	3,35	2,36
APATÍA-RETRAIMIENTO	-1,16	-1,26	0,37	0,50	1,76
Cambios comportamentales. Una semana después de la operación (M5)					
ANSIEDAD GENERAL	-0,90	0,00	4,79	0,65	3,11
ANSIEDAD SEPARACIÓN	-0,75	-0,59	5,92a	0,35	4,54
TRASTORNOS SUEÑO	-0,44	-0,35	0,90	7,31a	9,77a
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,06	-0,04	0,72	1,59	0,38
AGRESIÓN AUTORIDAD	-0,39	-2,25a	3,97	1,09	0,41
APATÍA-RETRAIMIENTO	-0,32	-0,21	1,25	1,50	0,84
Cambios comportamentales. Dos semanas después de la operación (M6)					
ANSIEDAD GENERAL	-0,35	-0,94	0,55	3,71	2,13
ANSIEDAD SEPARACIÓN	-0,33	-0,20	3,72	4,83	0,70
TRASTORNOS SUEÑO	-0,12	-0,56	8,20a	6,20a	2,09
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,53	-1,34	2,28	1,27	5,24
AGRESIÓN AUTORIDAD	-0,74	-0,50	1,01	2,08	4,04
APATÍA-RETRAIMIENTO	-0,39	-0,66	1,73	4,41	0,97
Cambios comportamentales. Un mes después de la operación (M7)					
ANSIEDAD GENERAL	-0,00	-1,15	3,12	0,01	2,44
ANSIEDAD SEPARACIÓN	-0,12	-0,12	3,92	2,74	0,67
TRASTORNOS SUEÑO	-0,74	-1,05	5,76	1,31	0,89
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,52	-2,57b	6,86a	1,49	1,78
AGRESIÓN AUTORIDAD	-0,61	-1,11	1,28	0,43	1,96
APATÍA-RETRAIMIENTO	-0,60	-1,40	7,60a	5,24	0,63
Cambios comportamentales. Tres meses después de la operación (M8)					
ANSIEDAD GENERAL	-1,15	-0,06	2,56	8,02a	5,98
ANSIEDAD SEPARACIÓN	-0,65	-0,83	3,25	1,59	1,98
TRASTORNOS SUEÑO	-0,12	-0,79	1,88	3,36	1,47
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,45	-0,07	5,27	5,61	0,90
AGRESIÓN AUTORIDAD	-0,37	-1,28	0,09	1,25	4,42
APATÍA-RETRAIMIENTO	-0,36	-0,92	2,05	2,90	4,65

Nota. a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

En la variable **dosis de calmantes** (Tabla 3.44.), los que tomaron medicación cada 12 horas manifestaron mayores trastornos del sueño que los demás, a la semana de la operación (M5. Si hay dolor, R.P.=25,00; Cada 8 horas, R.P.=30,20; Cada 12 horas, R.P.=38,75; Cada 24 horas, R.P.=25,00; Chi-cuadrado=9,766; $p=0,021$).

A continuación se muestran las variables psicológicas en función de las variables clínicas evaluadas en el **cuidador familiar** (Tabla 3.45). Estas hacen referencia a la información recibida sobre la cirugía ambulatoria y la enfermedad de su hijo/a, la necesidad de más información, la preferencia sobre el tipo de cirugía (ambulatoria o con ingreso) y la satisfacción con la infraestructura del hospital. En la valoración de la satisfacción respecto a la información recibida sobre cirugía ambulatoria de la primera entrevista (M1), se ha eliminado la opción “Mucha” debido a que sólo la contestó uno de los cuidadores.

No se observan diferencias significativas en función de la valoración que hacen los padres de la **información recibida sobre cirugía ambulatoria** en la primera entrevista (M1), ni a la semana de la intervención (M5) (Tabla 3.45.). Con respecto a la **información recibida sobre la enfermedad de su hijo/a** se observa que los cuidadores que valoran la información como “bastante” son los que puntúan más alto en afectividad negativa a la semana de la operación (M5. Poca, R.P.=20,48; Bastante, R.P.=35,03; Mucha, R.P.=24,50; Chi-cuadrado=11,622; $p=0,003$).

Con respecto a la **necesidad de información** (Tabla 3.45.), los que señalan no necesitar más información en la primera entrevista utilizan con mayor frecuencia la evitación como estrategia de afrontamiento, ante la inminente intervención quirúrgica de su hijo/a (M1. No, R.P.=31,95; Sí=23,60; $Z=-1,960$; $p=0,050$) y tienen mayor afectividad negativa a la semana de la intervención (M5. No, R.P.=33,94; Sí=23,12; $Z=-2,660$; $p=0,008$). Los que estaban más preocupados en la

primera entrevista, a la semana de la operación informan de no necesitar más información (M1. No, R.P.=34,00; Sí=21,31; Z=-2,935; p=0,003).

Tabla 3.45. Análisis de las variables psicológicas según las variables clínicas. Cuidador familiar

Estadístico	INF. CIRUGÍA AMBULATORIA		INF. ENFERMEDAD		NECESIDAD DE MÁS INFORMACIÓN		PREFERENCIA TIPO CIRUG.	
	Z		X ²		Z		Z	
	M1	M5	M1	M5	M1	M5	M1	M5
Ansiiedad Cognitiva								
ANSIEDAD RASGO	-1,24	0,78	3,60	0,13	-0,28	-1,52	-0,38	-0,70
ANSIEDAD ESTADO (M1)	-0,79	1,60	1,05	0,92	-0,43	-0,80	-0,51	-0,76
ANSIEDAD ESTADO (M2)	-0,75	1,68	1,75	2,39	-0,12	-0,73	-0,26	-0,12
ANSIEDAD ESTADO (M3)	-1,62	3,67	3,89	0,23	-0,66	-1,17	-1,04	-0,60
ANSIEDAD ESTADO (M4)	-1,35	1,84	1,66	5,15	-0,38	-1,08	-0,82	-1,22
ANSIEDAD ESTADO (M5)	-0,33	0,40	4,08	0,42	-1,59	-0,55	-0,27	-0,14
ANSIEDAD ESTADO (M8)	-0,43	1,00	1,34	0,08	-0,76	-1,03	-0,20	-0,06
Preocupaciones y Locus de Control								
PREOCUPACIONES	-1,29	1,73	1,56	0,17	-1,42	-2,94b	-0,91	-1,95a
L. CONTROL EXTERNO	-0,61	1,90	1,66	1,46	-0,70	-0,68	-0,89	-1,58
L. CONTROL INTERNO	-0,13	0,34	0,91	0,89	-0,95	-0,44	-0,61	-0,67
Afectividad Positiva y Negativa								
AFECTIV. POSITIVA (M1)	-0,46	1,56	5,51	0,33	-1,56	-1,27	-0,68	-0,09
AFECTIV. POSITIVA (M2)	-0,10	0,91	1,95	3,89	-0,08	-0,08	-0,20	-0,36
AFECTIV. POSITIVA (M3)	-1,00	2,10	1,91	2,07	-0,30	-0,14	-0,65	-0,45
AFECTIV. POSITIVA (M4)	-0,64	0,62	0,21	1,12	-0,37	-0,79	-0,21	-1,46
AFECTIV. POSITIVA (M5)	-0,71	1,82	3,55	0,86	-1,60	-1,20	-0,16	-0,81
AFECTIV. NEGATIVA (M1)	-1,08	0,09	0,28	2,15	-0,49	-0,59	-1,90	-0,57
AFECTIV. NEGATIVA (M2)	-0,23	1,89	0,35	1,29	-0,78	-0,49	-0,02	-1,63
AFECTIV. NEGATIVA (M3)	-1,34	4,58	0,89	0,07	-0,05	-0,14	-0,36	-0,90
AFECTIV. NEGATIVA (M4)	-0,74	2,55	0,25	3,04	-0,38	-0,03	-0,40	-1,10
AFECTIV. NEGATIVA (M5)	-0,34	1,33	11,62b	0,90	-2,67b	-1,40	-0,28	-0,85
Estrategias de Afrontamiento								
E.A. SOLUCIÓN PROBL.(M1)	-1,61	1,85	2,27	0,32	-0,81	-1,72	-0,93	-0,31
E.A.BÚSQ. APOYO SOC.(M1)	-1,00	3,06	1,68	1,10	-0,47	-0,46	-0,72	-1,14
E.A. EVITACIÓN (M1)	-0,75	0,43	0,40	0,11	-1,96a	-0,86	-0,43	-0,82
E.A. SOLUCIÓN PROBL. (M5)	-1,49	5,55	4,07	2,20	-0,47	-0,78	-0,45	-0,47
E.A. BÚSQ. APOYO SOC.(M5)	-1,06	3,69	1,90	1,52	-0,27	-0,73	-0,86	-1,48
E.A. EVITACIÓN (M5)	-0,07	1,08	4,30	2,61	-1,55	-1,42	-0,20	-0,47

Nota. a. p≤0,05; b. p≤0,01; c. p≤0,001 // E.A.= Estrategia de Afrontamiento

M1= Aproximadamente un mes antes de la operación

M4= Día después de la operación

M2= Día antes de la operación

M5= Semana siguiente de la operación

M3= Día de la operación

M8= Tres meses después de la operación

Con respecto a la **preferencia sobre el tipo de cirugía** (Tabla 3.45.), los que prefieren cirugía ambulatoria están más preocupados, que los que prefieren cirugía con ingreso, en la primera entrevista (M1.

Cirugía ambulatoria, R.P.=30,46; Cirugía con ingreso, R.P.=20,79; Z=-1,952; p=0,051).

Tabla 3.46. Análisis de las variables psicológicas según las variables clínicas. Cuidador familiar (continuación)

INFRAESTRUCTURA...	Sala de espera	Consulta del anestésista	Sala de recuperación
Ansiiedad Cognitiva			
ANSIEDAD RASGO	0,39	0,75	3,74
ANSIEDAD ESTADO (M1)	1,23	0,09	0,46
ANSIEDAD ESTADO (M2)	0,63	0,06	1,69
ANSIEDAD ESTADO (M3)	0,74	0,05	0,14
ANSIEDAD ESTADO (M4)	0,86b	0,00	0,80
ANSIEDAD ESTADO (M5)	4,23	0,96	0,09
ANSIEDAD ESTADO (M8)	6,12a	1,66	1,66
Preocupaciones y Locus de Control			
PREOCUPACIONES	4,10	2,43	1,97
L. CONTROL EXTERNO	1,96	3,46	0,17
L. CONTROL INTERNO	0,83	0,38	0,29
Afectividad Positiva y Negativa			
AFECTIV. POSITIVA (M1)	2,41	0,00	0,19
AFECTIV. POSITIVA (M2)	2,02	0,08	0,24
AFECTIV. POSITIVA (M3)	2,01	0,15	0,37
AFECTIV. POSITIVA (M4)	0,35	0,61	1,82
AFECTIV. POSITIVA (M5)	0,05	0,16	0,54
AFECTIV. NEGATIVA (M1)	0,54	0,14	1,34
AFECTIV. NEGATIVA (M2)	0,67	0,03	0,82
AFECTIV. NEGATIVA (M3)	0,99	0,29	0,32
AFECTIV. NEGATIVA (M4)	2,20	0,25	2,35
AFECTIV. NEGATIVA (M5)	3,58	0,79	2,96
Estrategias de Afrontamiento			
E.A. SOLUCIÓN DE PROBLEMAS (M1)	6,30a	0,98	1,64
E.A. BÚSQUEDA APOYO SOCIAL (M1)	2,32	0,96	2,62
E.A. EVITACIÓN (M1)	1,15	0,48	1,13
E.A. SOLUCIÓN DE PROBLEMAS (M5)	2,79	0,06	2,08
E.A. BÚSQUEDA SPOYO SOCIAL (M5)	2,38	0,00	0,03
E.A. EVITACIÓN (M5)	2,22	0,00	0,84

Nota. a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$ // E.A.= Estrategia de Afrontamiento

M1= Aproximadamente un mes antes de la operación

M4= Día después de la operación

M2= Día antes de la operación

M5= Semana siguiente de la operación

M3= Día de la operación

M8= Tres meses después de la operación

Como puede observarse (Tabla 3.46.), existen pocas diferencias según la satisfacción con la **infraestructura del hospital**. Los cuidadores que consideran la sala de espera como inadecuada manifiestan mayor niveles de ansiedad al día siguiente de la operación de su hijo/a (M4. Inadecuada, R.P.=41,00; Mejorable, R.P.=30,21; Adecuada, R.P.=20,67; Chi-cuadrado=8,553; $p=0,014$) y a los tres meses (M8. Inadecuada, R.P.=38,40; Mejorable, R.P.=28,33; Adecuada,

R.P.=21,05; Chi-cuadrado=6,116; $p=0,047$). Los que consideran la sala como adecuada utilizan en mayor medida estrategias de afrontamiento orientadas a la solución de problemas, ante la inminente operación quirúrgica de su hijo/a (M1. Inadecuada, R.P.=19,20; Mejorable, R.P.=23,66; Adecuada, R.P.=33,63; Chi-cuadrado=6,304; $p=0,043$). Por último, respecto a la valoración de la consulta del anestésista o la sala de recuperación no se observan diferencias significativas, en las variables psicológicas evaluadas.

A continuación se analizan las relaciones entre las variables psicológicas evaluadas a través de los distintos momentos, tanto en el paciente como en el cuidador familiar.

3.4.4. Relaciones entre variables psicológicas

Siguiendo el orden planteado en los apartados anteriores, en primer lugar se muestran los datos relativos a los pacientes y posteriormente los relativos a los cuidadores familiares.

3.4.4.1. Relaciones entre variables del paciente

Respecto a los pacientes, se muestran en primer lugar, las relaciones entre las variables evaluadas en niños menores de 9 años, utilizando las puntuaciones del cuestionario AI (Tabla 3.47.).

Como se puede observar (Tabla 3.47.), la **ansiedad estado** manifestada en el primera entrevista (M1) y la manifestada el día de la operación (M3) se relacionan positivamente ($r=0,941$, $p=0,017$).

También se relacionan positivamente la ansiedad manifestada al día siguiente de la operación (M4) y la manifestada a la semana siguiente (M5) ($r=0,971$, $p=0,006$).

Tabla 3.47. Relación entre la ansiedad (AI) y las demás variables psicológicas. Paciente.

	ANS. ESTADO (M1)	ANS. ESTADO (M2)	ANS. ESTADO (M3)	ANS. ESTADO (M4)	ANS. ESTADO (M5)	ANS. ESTADO (M8)
Ansiedad Cognitiva						
ANS. ESTADO (M1)						
ANS. ESTADO (M2)	0,69					
ANS. ESTADO (M3)	0,94a	0,56				
ANS. ESTADO (M4)	0,40	0,44	0,45			
ANS. ESTADO (M5)	0,30	0,53	0,31	0,97b		
ANS. ESTADO (M8)	0,57	0,07	0,45	0,71	0,65	
Escala de Miedos						
MIEDOS (M1)	0,54	0,51	0,42	-0,46	-0,44	-0,70
MIEDOS (M5)	0,24	0,12	0,26	-0,62	-0,71	-0,99
Cuestionario de Preocupaciones						
PREOCUPACIONES (NIÑOS)	0,22	0,15	0,17	-0,75	-0,74	-0,91

Nota. a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

M1= Aproximadamente un mes antes de la operación

M2= Día antes de la operación

M3= Día de la operación

M4= Día después de la operación

M5= Semana siguiente de la operación

M8= Tres meses después de la operación

A continuación se muestran las relaciones entre la ansiedad y los cambios comportamentales evaluados en distintos momentos (Tabla 3.48.).

La ansiedad manifestada por los niños en la primera entrevista (**M1**) correlaciona negativamente con los trastornos del sueño como comportamiento habitual de los niños (M1) ($r=-0,938$, $p=0,018$).

La ansiedad estado el día antes de la operación (**M2**) correlaciona positivamente con la ansiedad general ($r=0,921$, $p=0,026$) y negativamente con los problemas de alimentación ($r=-0,880$, $p=0,049$) como comportamientos habituales del niño (M1).

La ansiedad del niño al día siguiente de la operación (**M4**) correlaciona negativamente con la ansiedad de separación evaluada en ese mismo momento (M4) ($r=-0,931$, $p=0,021$) y con comportamientos

evaluados a los tres meses (M8), como ansiedad de separación ($r=-0,976$, $p=0,005$), trastornos del sueño ($r=-0,900$, $p=0,037$) y agresión a la autoridad ($r=-0,931$, $p=0,021$).

Tabla 3.48. Relación entre la ansiedad (AI) y los cambios comportamentales. Paciente.

	ANS. ESTADO (M1)	ANS. ESTADO (M2)	ANS. ESTADO (M3)	ANS. ESTADO (M4)	ANS. ESTADO (M5)	ANS. ESTADO (M8)
Cambios comportamentales. Un mes antes de la operación (M1)						
ANSIEDAD GENERAL	0,58	0,92a	0,34	0,39	0,51	0,25
ANSIEDAD SEPARACIÓN	-0,65	-0,81	-0,54	-0,84	-0,87	-0,62
TRASTORNOS SUEÑO	-0,94a	-0,87	-0,87	-0,57	-0,54	-0,40
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,47	-0,88a	-0,24	-0,02	-0,17	0,19
AGRESIÓN AUTORIDAD	0,06	-0,35	0,27	0,63	0,47	0,63
APATÍA-RETRAIMIENTO	-0,57	0,08	-0,51	-0,21	-0,04	-0,89
Cambios comportamentales. Un día después de la operación (M4)						
ANSIEDAD GENERAL	--	--	--	--	--	--
ANSIEDAD SEPARACIÓN	-0,14	-0,11	-0,21	-0,93a	-0,89a	-0,84
TRASTORNOS SUEÑO	-0,56	-0,81	-0,63	-0,57	-0,59	0,11
PROBL. ALIMENTACIÓN	0,34	0,57	0,35	-0,30	-0,24	-0,82
AGRESIÓN AUTORIDAD	--	--	--	--	--	--
APATÍA-RETRAIMIENTO	0,56	0,81	0,63	0,57	0,59	-0,11
Cambios comportamentales. Una semana después de la operación (M5)						
ANSIEDAD GENERAL	--	--	--	--	--	--
ANSIEDAD SEPARACIÓN	0,56	0,81	0,63	0,57	0,59	-0,11
TRASTORNOS SUEÑO	0,47	0,26	0,21	0,23	0,22	0,77
PROBL. ALIMENTACIÓN	0,27	0,12	0,00	-0,57	-0,54	-0,06
AGRESIÓN AUTORIDAD	0,34	0,57	0,35	-0,30	-0,24	-0,82
APATÍA-RETRAIMIENTO	--	--	--	--	--	--
Cambios comportamentales. Dos semanas después de la operación (M6)						
ANSIEDAD GENERAL	--	--	--	--	--	--
ANSIEDAD SEPARACIÓN	-0,05	-0,66	0,21	0,07	-0,15	0,18
TRASTORNOS SUEÑO	--	--	--	--	--	--
PROBL. ALIMENTACIÓN	0,47	0,26	0,21	0,23	0,22	0,77
AGRESIÓN AUTORIDAD	--	--	--	--	--	--
APATÍA-RETRAIMIENTO	--	--	--	--	--	--
Cambios comportamentales. Un mes después de la operación (M7)						
ANSIEDAD GENERAL	--	--	--	--	--	--
ANSIEDAD SEPARACIÓN	-0,24	-0,78	-0,52	0,11	0,06	0,18
TRASTORNOS SUEÑO	--	--	--	--	--	--
PROBL. ALIMENTACIÓN	0,14	0,11	0,21	0,93a	0,89a	0,84
AGRESIÓN AUTORIDAD	-0,14	-0,11	-0,21	-0,93	-0,89a	-0,84
APATÍA-RETRAIMIENTO	--	--	--	--	--	--
Cambios comportamentales. Tres meses después de la operación (M8)						
ANSIEDAD GENERAL	0,14	0,11	0,21	0,93a	0,89a	0,84
ANSIEDAD SEPARACIÓN	-0,34	-0,32	-0,37	-0,98b	-0,94a	-0,84
TRASTORNOS SUEÑO	-0,55	-0,26	-0,63	-0,90a	-0,78	-0,84
PROBL. ALIMENTACIÓN	0,14	0,29	0,10	-0,65	-0,60	-0,93
AGRESIÓN AUTORIDAD	-0,14	-0,11	-0,21	-0,93a	-0,89a	-0,84
APATÍA-RETRAIMIENTO	0,14	0,11	0,21	0,93a	0,89a	0,84

Nota. a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

-- No se puede calcular porque alguna de las variables es constante

M1= Aproximadamente un mes antes de la operación

M2= Día antes de la operación

M3= Día de la operación

M4= Día después de la operación

M5= Semana siguiente de la operación

M8= Tres meses después de la operación

La ansiedad de este momento correlaciona positivamente con los problemas de alimentación al mes de la operación (M7) ($r=0,931$, $p=0,021$), con la ansiedad general (M8) ($r=0,931$, $p=0,021$) y la apatía-retraimiento (M8) ($r=0,931$, $p=0,021$) a los tres meses.

La ansiedad manifestada a la semana de la operación (**M5**) correlaciona negativamente con la ansiedad de separación del día después de la operación (M4) ($r=-0,885$, $p=0,046$), con la agresión a la autoridad al mes de la operación (M6) ($r=-0,885$, $p=0,046$) y con la ansiedad de separación (M8) ($r=-0,938$, $p=0,018$) y agresión a la autoridad (M8) ($r=-0,885$, $p=0,046$) a los tres meses. La ansiedad de este momento correlaciona positivamente con los problemas de alimentación al mes de la operación (M6) ($r=0,885$, $p=0,046$) y con la ansiedad general (M8) ($r=0,885$, $p=0,046$) y la apatía-retraimiento (M8) ($r=0,885$, $p=0,046$) a los tres meses.

A continuación se muestran los datos referentes a los niños mayores de 9 años, en este caso las puntuaciones de ansiedad han sido obtenidas con el cuestionario STAIC.

Tabla 3.49. Relación entre la ansiedad (STAIC) y las demás variables psicológicas. Paciente.

	ANS. RASGO	ANS. ESTADO (M1)	ANS. ESTADO (M2)	ANS. ESTADO (M3)	ANS. ESTADO (M4)	ANS. ESTADO (M5)	ANS. ESTADO (M8)
Ansiedad Cognitiva							
ANS. RASGO							
ANS. ESTADO (M1)	0,32						
ANS. ESTADO (M2)	0,40	0,50					
ANS. ESTADO (M3)	-0,06	0,10	0,63a				
ANS. ESTADO (M4)	0,54	0,04	0,27	-0,28			
ANS. ESTADO (M5)	0,38	-0,04	0,19	-0,37	0,93c		
ANS. ESTADO (M8)	0,51	-0,10	-0,05	-0,50	0,86b	0,79b	
Escala de Miedos							
MIEDOS (M1)	0,16	0,27	-0,20	-0,40	-0,16	-0,10	0,23
MIEDOS (M5)	-0,47	-0,28	-0,35	-0,35	-0,13	-0,04	0,18
Cuestionario de Preocupaciones							
PREOCUPACIONES (NIÑOS)	-0,24	-0,41	-0,22	0,22	-0,72	-0,71	-0,43
PREOCUPACIONES (ADOL.)	0,00	0,96	0,69	0,99	-0,99a	-0,97	-0,95

Nota. a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

M1= Aproximadamente un mes antes de la operación

M2= Día antes de la operación

M3= Día de la operación

M4= Día después de la operación

M5= Semana siguiente de la operación

M8= Tres meses después de la operación

Como puede observarse (Tabla 3.49.), existe una relación positiva entre la ansiedad manifestada, el día antes de la operación (M2) y el día de la operación (M3) ($r=0,629$, $p=0,052$). La ansiedad que manifiesta el niño el día después de la operación (M4) está relacionada positivamente con la que manifiesta a la semana (M5) ($r=0,933$, $p=0,000$), y ambas (M4 y M5) están relacionadas con la que manifiesta el niño a los tres meses (M8) ($r=0,856$, $p=0,002$ y $r=0,790$, $p=0,007$, respectivamente).

Respecto al **miedo** y las **preocupaciones** en niños (7- 10 años) no se observa relación con la ansiedad. La variable de preocupaciones en adolescentes se relaciona negativamente con la ansiedad manifestada el día después de la intervención (M4) ($r=-0,994$, $p=0,052$).

La relación entre ansiedad y **cambios conductuales** (Tabla 3.50.), muestra que la **ansiedad rasgo** se relaciona positivamente con la ansiedad de separación al mes de la operación (M7) ($r=0,858$, $p=0,001$) y la ansiedad estado en la primera entrevista (**M1**) se relaciona positivamente con la agresión a la autoridad al mes de la operación (M7) ($r=0,718$, $p=0,019$).

La ansiedad estado el día de antes (**M2**) no se relaciona significativamente con ninguno de los comportamientos. La ansiedad estado el día de la operación (**M3**) se relaciona positivamente con los trastornos del sueño (M4) ($r=0,706$, $p=0,023$), los problemas de alimentación (M4) ($r=0,834$, $p=0,003$) y la agresión a la autoridad (M4) ($r=0,701$, $p=0,024$) al día siguiente de la operación y con la ansiedad de separación a la semana de la operación (M5) ($r=0,666$, $p=0,036$). Se relaciona negativamente con la apatía retraimiento al mes de la operación (M7) ($r=-0,686$, $p=0,028$).

La ansiedad estado al día siguiente de la operación (M4) no se relaciona significativamente con ninguno de los comportamientos evaluados.

Tabla 3.50. Relación entre ansiedad (STAIC) y cambios comportamentales. Paciente.

	ANS. RASGO	ANS. ESTADO (M1)	ANS. ESTADO (M2)	ANS. ESTADO (M3)	ANS. ESTADO (M4)	ANS. ESTADO (M5)	ANS. ESTADO (M8)
Cambios comportamentales. Un mes antes de la operación (M1)							
ANSIEDAD GENERAL	-0,24	-0,57	0,07	0,03	0,38	0,53	0,09
ANSIEDAD SEPARACIÓN	0,21	-0,08	0,62	0,21	0,47	0,52	0,02
TRASTORNOS SUEÑO	0,10	-0,37	-0,03	-0,26	0,64	0,67a	0,32
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,29	-0,19	-0,20	0,49	-0,53	-0,63	-0,51
AGRESIÓN AUTORIDAD	0,19	0,22	-0,10	-0,34	0,47	0,29	0,30
APATÍA-RETRAIMIENTO	-0,14	-0,55	-0,52	-0,43	0,28	0,42	0,23
Cambios comportamentales. Un día después de la operación (M4)							
ANSIEDAD GENERAL	0,71	0,21	0,27	0,54	-0,47	-0,63a	-0,62
ANSIEDAD SEPARACIÓN	0,12	0,10	0,23	0,58	-0,48	-0,69a	-0,59
TRASTORNOS SUEÑO	0,01	0,02	0,23	0,71a	-0,56	-0,76a	-0,63a
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,37	0,11	0,53	0,83b	-0,39	-0,42	-0,71a
AGRESIÓN AUTORIDAD	0,06	0,16	0,26	0,70a	-0,34	-0,64a	-0,56
APATÍA-RETRAIMIENTO	0,12	0,30	0,32	0,34	-0,28	-0,33	-0,45
Cambios comportamentales. Una semana después de la operación (M5)							
ANSIEDAD GENERAL	0,59	0,09	-0,37	-0,30	0,16	-0,02	0,45
ANSIEDAD SEPARACIÓN	0,17	0,16	0,31	0,67a	-0,42	-0,63a	-0,55
TRASTORNOS SUEÑO	-0,09	-0,26	-0,05	0,41	-0,51	-0,64a	-0,30
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,20	0,04	-0,44	-0,57	-0,08	0,20	0,11
AGRESIÓN AUTORIDAD	-0,02	-0,09	-0,17	-0,59	0,51	0,72a	0,62
APATÍA-RETRAIMIENTO	-0,10	-0,15	-0,14	0,08	-0,55	-0,69a	-0,56
Cambios comportamentales. Dos semanas después de la operación (M6)							
ANSIEDAD GENERAL	0,02	0,20	-0,24	-0,55	0,30	0,31	0,22
ANSIEDAD SEPARACIÓN	0,28	-0,05	0,10	-0,28	0,53	0,70a	0,68a
TRASTORNOS SUEÑO	-0,10	-0,26	-0,05	0,41	-0,51	-0,64a	-0,30
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,08	-0,36	-0,05	0,33	-0,03	0,09	0,12
AGRESIÓN AUTORIDAD	0,03	0,04	0,12	3,37	-0,16	-0,30	0,11
APATÍA-RETRAIMIENTO	-0,17	-0,31	-0,37	-0,47	-0,30	-0,31	-0,22
Cambios comportamentales. Un mes después de la operación (M7)							
ANSIEDAD GENERAL	0,02	0,09	0,17	0,59	-0,51	-0,72a	-0,62
ANSIEDAD SEPARACIÓN	0,86c	0,18	0,30	0,08	0,10	-0,05	0,11
TRASTORNOS SUEÑO	0,59	0,09	-0,37	-0,30	0,16	-0,02	0,45
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,10	-0,48	-0,40	-0,26	0,07	0,22	0,14
AGRESIÓN AUTORIDAD	0,21	0,72a	0,21	-0,15	0,28	0,08	0,20
APATÍA-RETRAIMIENTO	-0,10	-0,08	-0,41	-0,69a	0,00	0,00	0,00
Cambios comportamentales. Tres meses después de la operación (M8)							
ANSIEDAD GENERAL	0,00	0,44	0,33	0,54	-0,55	-0,70a	-0,57
ANSIEDAD SEPARACIÓN	0,02	0,13	0,12	0,48	-0,45	-0,66a	-0,57
TRASTORNOS SUEÑO	0,15	0,18	0,33	0,57	-0,09	-0,33	-0,29
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,14	0,23	-0,24	-0,15	-0,63	-0,72a	-0,53
AGRESIÓN AUTORIDAD	0,22	0,47	0,38	0,50	-0,02	-0,29	-0,14
APATÍA-RETRAIMIENTO	-0,08	-0,18	-0,03	0,41	-0,58	-0,72a	-0,66a

Notas. a. $p=0,05$; b. $p=0,01$

M1= Aproximadamente un mes antes de la operación

M4= Día después de la operación

M5= Semana siguiente de la operación

M6= 15 días después de la operación

M7= Un mes después de la operación

M8= Tres meses después de la operación

Respecto a la ansiedad estado manifestada por los niños a la semana de la operación (**M5**), como puede observarse (Tabla 3.50.), es la que más se relaciona con distintos cambios conductuales, siendo estas

relaciones negativas, a excepción de la relación con trastornos del sueño habituales del niño/a (M1) ($r=0,668$, $p=0,049$), agresión a la autoridad a la semana de la intervención (M5) ($r=0,724$, $p=0,018$) y la ansiedad de separación a las dos semanas (M6) ($r=0,699$, $p=0,024$).

La ansiedad estado manifestada por los niños a la semana de la operación (M5), se relaciona negativa y significativamente con cambios comportamentales manifestados por el niño al día siguiente de la operación (M4), como ansiedad general ($r=-0,627$, $p=0,052$), ansiedad de separación ($r=-0,689$, $p=0,027$), trastornos del sueño ($r=-0,760$, $p=0,011$) y agresión a la autoridad ($r=-0,644$, $p=0,044$). Se relaciona negativamente con cambios comportamentales a la semana de la operación (M5), como ansiedad de separación ($r=-0,628$, $p=0,052$), trastornos del sueño ($r=-0,643$, $p=0,045$) y apatía-retramiento ($r=-0,724$, $p=0,018$). A las dos semanas de la operación (M6) se relaciona negativamente con los trastornos del sueño ($r=-0,643$, $p=0,045$). Se relaciona negativamente con la ansiedad general al mes de la operación (M7) ($r=-0,724$, $p=0,018$). A los tres meses (M8) se relaciona negativamente con la ansiedad general ($r=-0,704$, $p=0,023$), la ansiedad de separación ($r=-0,663$, $p=0,037$), los problemas de alimentación ($r=-0,724$, $p=0,018$) y la apatía-retramiento ($r=-0,716$, $p=0,020$).

A los tres meses de la operación (**M8**) la ansiedad se relaciona negativamente con comportamientos manifestados por el niño al día siguiente de la operación (M4), como trastornos del sueño ($r=-0,632$, $p=0,050$) y problemas de alimentación ($r=-0,714$, $p=0,020$). Se relaciona positivamente con la ansiedad por separación (M6) ($r=0,679$, $p=0,031$) manifestada por el niño/a a las dos semanas de la intervención y negativamente con apatía-retramiento manifestada a los tres meses (M8) ($r=-0,655$, $p=0,040$).

Se analizó la relación entre la medida de ansiedad fisiológica (la **tasa cardíaca**), y las demás variables psicológicas (Tabla 3.51.).

Tabla 3.51. Relación entre la tasa cardíaca y las demás variables psicológicas. Paciente.

<i>Cuestionario</i>	PULSO 1	PULSO 2	PULSO POSTQUIR.
PULSO 2	0,20		
PULSO POSTQUIRÚRGICO	0,43	0,21	
<i>Ansiedad Cognitiva (STAIC, niños mayores de 9 años)</i>			
ANSIEDAD RASGO	-0,02	0,73a	0,65
ANSIEDAD ESTADO (M1)	-0,32	-0,22	-0,26
ANSIEDAD ESTADO (M2)	0,05	0,53	-0,25
ANSIEDAD ESTADO (M3)	-0,04	0,37	-0,19
ANSIEDAD ESTADO (M4)	0,11	0,60	0,52
ANSIEDAD ESTADO (M5)	0,14	0,55	0,30
ANSIEDAD ESTADO (M8)	0,37	0,64	0,89b
<i>Ansiedad Cognitiva (AI, niños menores de 9 años)</i>			
ANSIEDAD ESTADO (M1)	0,42	0,31	0,53
ANSIEDAD ESTADO (M2)	-0,09	0,24	0,09
ANSIEDAD ESTADO (M3)	0,69	0,81	0,33
ANSIEDAD ESTADO (M4)	0,23	0,66	-0,10
ANSIEDAD ESTADO (M5)	-0,23	0,61	-0,42
ANSIEDAD ESTADO (M8)	-0,79	0,02	--
<i>Ansiedad Motora (Distrés comportamental)</i>			
Observación 1	0,06	0,12	0,38a
Observación 2	-0,01	0,07	-0,01
Observación 3	0,12	-0,28	0,18
Observación 4	0,12	0,28	0,41
<i>Escala de Miedos</i>			
MIEDOS (M1)	0,27	-0,23	-0,01
MIEDOS (M5)	0,50	-0,14	-0,10
<i>Cuestionario de Preocupaciones</i>			
PREOCUPACIONES (< 10 años. M1)	0,53	-0,27	-0,34
PREOCUPACIONES (> 11 años. M1)	--	--	--

Nota. a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

M1= Aproximadamente un mes antes de la operación

M2= Día antes de la operación

M3= Día de la operación

Pulso 1. Primera entrevista

Pulso 3. Inmediatamente después de la operación

Observación 1. Al salir de la operación

Observación 3. A los 60 minutos

M4= Día después de la operación

M5= Semana siguiente de la operación

M8= Tres meses después de la operación

Pulso 2. Momentos antes de la operación

Observación 2. A los 30 minutos

Observación 4. A los 90 minutos

Como se puede observar (Tabla 3.51.), la **tasa cardíaca** evaluada momentos antes de la operación (M2) correlaciona positivamente con la ansiedad rasgo de los niños mayores de 9 años ($r=0,73$; $p=0,040$). El pulso postquirúrgico se relaciona positivamente con la ansiedad manifestada por los niños tres meses después de la operación (M8) en los niños mayores de 9 años ($r=0,89$; $p=0,003$) y con el distrés comportamental manifestado por los niños al salir del quirófano (observación 1) ($r=0,38$; $p=0,039$).

La **tasa cardíaca** tomada en la primera entrevista (Tabla 3.52.) correlaciona positivamente con la agresión hacia la autoridad a las dos semanas de la operación ($r=0,306$; $p=0,036$).

Tabla 3.52. Relación entre ansiedad (STAIC) y cambios comportamentales. Paciente.

Cuestionario	Pulso 1	PULSO 2	PULSO POSTQUIR.
Cambios comportamentales. Un mes antes de la operación (M1)			
ANSIEDAD GENERAL	0,01	-0,12	0,13
ANSIEDAD SEPARACIÓN	-0,08	-0,16	-0,29
TRASTORNOS SUEÑO	-0,20	0,06	-0,08
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,12	-0,03	-0,07
AGRESIÓN AUTORIDAD	-0,11	-0,05	0,01
APATÍA-RETRAIMIENTO	-0,11	-0,19	0,05
Cambios comportamentales. Un día después de la operación (M4)			
ANSIEDAD GENERAL	-0,017	0,18	0,12
ANSIEDAD SEPARACIÓN	-0,21	0,32a	0,33
TRASTORNOS SUEÑO	-0,21	0,12	0,21
PROBL. ALIMENTACIÓN	0,09	0,24	-0,42a
AGRESIÓN AUTORIDAD	-0,16	0,14	0,16
APATÍA-RETRAIMIENTO	-0,10	0,23	0,33a
Cambios comportamentales. Una semana después de la operación (M5)			
ANSIEDAD GENERAL	-0,05	0,11	0,27
ANSIEDAD SEPARACIÓN	-0,18	0,11	0,37a
TRASTORNOS SUEÑO	-0,01	-0,01	0,22
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,08	-0,33a	0,05
AGRESIÓN AUTORIDAD	0,21	0,13	0,01
APATÍA-RETRAIMIENTO	-0,05	-0,01	0,24
Cambios comportamentales. Dos semanas después de la operación (M6)			
ANSIEDAD GENERAL	-0,02	0,11	0,05
ANSIEDAD SEPARACIÓN	0,08	0,23	0,08
TRASTORNOS SUEÑO	0,04	0,03	-0,19
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,01	-0,23	-0,11
AGRESIÓN AUTORIDAD	0,31a	-0,03	-0,06
APATÍA-RETRAIMIENTO	0,06	0,10	-0,08
Cambios comportamentales. Un mes después de la operación (M7)			
ANSIEDAD GENERAL	-0,01	0,13	0,17
ANSIEDAD SEPARACIÓN	-0,11	0,06	0,03
TRASTORNOS SUEÑO	-0,01	0,00	-0,03
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,04	0,03	-0,38a
AGRESIÓN AUTORIDAD	0,08	-0,07	-0,24
APATÍA-RETRAIMIENTO	0,06	-0,03	-0,23
Cambios comportamentales. Tres meses después de la operación (M8)			
ANSIEDAD GENERAL	-0,04	0,21	0,27
ANSIEDAD SEPARACIÓN	-0,16	-0,07	-0,13
TRASTORNOS SUEÑO	-0,13	-0,09	-0,37a
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,01	-0,09	-0,32
AGRESIÓN AUTORIDAD	0,05	0,03	0,0
APATÍA-RETRAIMIENTO	0,01	0,11	0,04

Nota. a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

Pulso 1. Primera entrevista

Pulso 2. Momentos antes de la operación

Pulso 3. Inmediatamente después de la operación

La tasa cardíaca tomada momentos antes de la operación correlaciona positivamente con la ansiedad de separación el día

después de la operación (M4) ($r=0,316$; $p=0,031$) y, negativamente con los problemas de alimentación a la semana (M5) ($r=-0,326$; $p=0,025$). El pulso postquirúrgico correlaciona positivamente con la apatía al día siguiente de la operación (M4) ($r=0,333$; $p=0,047$) y con la ansiedad de separación a la semana de la operación (M5) ($r=0,361$; $p=0,031$) y, negativamente, con los problemas de alimentación al día siguiente de la operación (M4) ($r=-0,418$; $p=0,011$) y al mes (M7) ($r=-0,384$; $p=0,023$), y con los trastornos del sueño a los tres meses de la operación (M8) ($r=-0,372$; $p=0,028$).

Se analizó la relación entre la medida de **ansiedad motora** (el distrés comportamental) y las demás variables psicológicas (Tabla 3.53.).

Tabla 3.53. Relación entre el distrés comportamental y las demás variables psicológicas. Paciente.

Cuestionario	Observación 1	Observación 2	Observación 3	Observación 4
Observación 2	0,46a			
Observación 3	0,41	0,60a		
Observación 4	0,50	0,24	0,76a	
Ansiedad Cognitiva (STAIC, niños mayores de 9 años)				
ANSIEDAD RASGO	0,16	0,50	--	--
ANSIEDAD ESTADO (M1)	-0,41	-0,33	--	--
ANSIEDAD ESTADO (M2)	-0,07	0,34	--	--
ANSIEDAD ESTADO (M3)	0,31	0,28	--	--
ANSIEDAD ESTADO (M4)	0,35	0,76	--	--
ANSIEDAD ESTADO (M5)	0,18	0,76	--	--
ANSIEDAD ESTADO (M8)	0,71	0,50	--	--
Ansiedad Cognitiva (AI, niños menores de 9 años)				
ANSIEDAD ESTADO (M1)	-0,69	--	--	--
ANSIEDAD ESTADO (M2)	0,29	--	--	--
ANSIEDAD ESTADO (M3)	-0,92	--	--	--
ANSIEDAD ESTADO (M4)	-0,22	--	--	--
ANSIEDAD ESTADO (M5)	0,07	--	--	--
ANSIEDAD ESTADO (M8)	-0,54	--	--	--
Escala de Miedos				
MIEDOS (M1)	-0,17	-0,57	--	--
MIEDOS (M5)	-0,11	0,57	--	--
Cuestionario de Preocupaciones				
PREOCUPACIONES (< 10 años. M1)	-0,10	-0,89	--	--
PREOCUPACIONES (> 11 años. M1)	--	--	--	--

Nota. a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$ // -- $n \leq 2$

M1= Aproximadamente un mes antes de la operación

M2= Día antes de la operación

M3= Día de la operación

Observación 1. Al salir de la operación

Observación 3. A los 60 minutos

M4= Día después de la operación

M5= Semana siguiente de la operación

M8= Tres meses después de la operación

Observación 2. A los 30 minutos

Observación 4. A los 90 minutos

Respecto al distrés comportamental, se observa que el nivel de distrés mostrado en cada observación correlaciona positivamente con el mostrado en la siguiente evaluación, a la media hora.

Así, el distrés comportamental manifestado inmediatamente después de salir del quirófano (observación 1) correlaciona positivamente con el mostrado a la media hora (observación 2) ($r=0,456$; $p=0,013$), éste con el mostrado a la hora (observación 3) ($r=0,602$; $p=0,030$) y éste con el mostrado a la hora y media de la operación (observación 4) ($r=0,757$; $p=0,030$).

En cuanto a la relación entre el distrés comportamental y los cambios en el comportamiento del paciente (Tabla 3.54.), únicamente se observa una relación positiva y significativa entre el distrés comportamental manifestado a la hora de la operación y la agresión hacia la autoridad que manifiesta el paciente en su comportamiento habitual (M1) ($r=0,442$; $p=0,045$).

A continuación se analizan las relaciones con la variables miedo y preocupaciones (Tabla 3.55.).

Respecto a los miedos y preocupaciones (Tabla 3.55.) señalar, que los **miedos** un mes antes de la operación (**M1**) correlacionan positivamente con los miedos una semana después de la operación (M5) ($r=0,669$, $p=0,009$) y con las preocupaciones en los niños (7-10 años) ($r=0,848$, $p=0,000$). Así también, correlaciona negativamente con los trastornos del sueño como comportamiento habitual del niño (M1) ($r=-0,585$, $p=0,028$).

Los **miedos** evaluados a la semana de la operación (**M5**) también correlacionan positivamente con las preocupaciones en los niños (7-10 años) (M1) ($r=0,645$, $p=0,032$).

Tabla 3.54. Relación entre el distrés comportamental y los cambios comportamentales. Paciente.

<i>Cuestionario</i>	Observación 1	Observación 2	Observación 3	Observación 4
<i>Cambios comportamentales. Un mes antes de la operación (M1)</i>				
ANSIEDAD GENERAL	0,14	0,14	0,34	0,37
ANSIEDAD SEPARACIÓN	-0,15	-0,08	-0,01	-0,25
TRASTORNOS SUEÑO	-0,10	-0,01	-0,07	-0,19
PROBL. ALIMENTACIÓN	0,07	0,03	-0,03	-0,36
AGRESIÓN AUTORIDAD	-0,16	-0,11	0,44a	0,15
APATÍA-RETRAIMIENTO	0,21	0,05	0,07	-0,09
<i>Cambios comportamentales. Un día después de la operación (M4)</i>				
ANSIEDAD GENERAL	0,06	-0,09	0,03	0,06
ANSIEDAD SEPARACIÓN	0,09	-0,17	0,10	0,03
TRASTORNOS SUEÑO	0,03	-0,20	0,15	-0,07
PROBL. ALIMENTACIÓN	0,09	-0,11	-0,07	-0,03
AGRESIÓN AUTORIDAD	-0,07	-0,10	-0,09	0,11
APATÍA-RETRAIMIENTO	0,07	-0,09	-0,01	0,09
<i>Cambios comportamentales. Una semana después de la operación (M5)</i>				
ANSIEDAD GENERAL	0,12	-0,18	0,16	0,07
ANSIEDAD SEPARACIÓN	0,11	-0,02	0,10	0,06
TRASTORNOS SUEÑO	-0,07	-0,03	0,02	-0,11
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,02	-0,14	-0,28	-0,40
AGRESIÓN AUTORIDAD	-0,04	-0,04	-0,18	0,13
APATÍA-RETRAIMIENTO	0,01	0,00	0,31	0,22
<i>Cambios comportamentales. Dos semanas después de la operación (M6)</i>				
ANSIEDAD GENERAL	-0,07	-0,07	0,01	0,07
ANSIEDAD SEPARACIÓN	-0,10	-0,09	-0,33	-0,14
TRASTORNOS SUEÑO	-0,19	-0,11	-0,33	-0,15
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,21	0,02	-0,32	-0,52
AGRESIÓN AUTORIDAD	-0,14	-0,10	0,09	-0,09
APATÍA-RETRAIMIENTO	-0,14	-0,17	-0,04	0,00
<i>Cambios comportamentales. Un mes después de la operación (M7)</i>				
ANSIEDAD GENERAL	-0,09	-0,21	0,09	0,10
ANSIEDAD SEPARACIÓN	-0,05	0,05	-0,34	-0,16
TRASTORNOS SUEÑO	0,03	0,00	-0,09	0,00
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,07	-0,02	-0,27	-0,21
AGRESIÓN AUTORIDAD	-0,13	0,07	-0,19	-0,10
APATÍA-RETRAIMIENTO	-0,18	-0,18	0,04	0,30
<i>Cambios comportamentales. Tres meses después de la operación (M8)</i>				
ANSIEDAD GENERAL	-0,09	-0,14	0,21	0,15
ANSIEDAD SEPARACIÓN	-0,18	-0,11	-0,30	-0,18
TRASTORNOS SUEÑO	-0,25	-0,06	-0,26	-0,15
PROBL. ALIMENTACIÓN	0,00	-0,07	-0,34	-0,39
AGRESIÓN AUTORIDAD	-0,02	0,09	-0,12	-0,25
APATÍA-RETRAIMIENTO	-0,16	-0,07	-0,02	-0,12

Nota. a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$ Observación 1. Al salir de la operación
Observación 3. A los 60 minutosObservación 2. A los 30 minutos
Observación 4. A los 90 minutos

Las **preocupaciones en los niños** (7-10 años) correlacionan positivamente, como se ha señalado, con los miedos antes (M1) ($r=0,848$, $p=0,000$) y después de la operación (M5) ($r=0,645$, $p=0,032$).

Tabla 3.55. Relación entre miedos, preocupaciones y demás variables psicológicas. Paciente

Cuestionario	MIEDOS (M1)	MIEDOS (M5)	PREOCUPACIONES (NIÑOS)	PREOCUPACIONES (ADOLESCENTES)
Escala de Miedos				
MIEDOS (M1)				
MIEDOS (M5)	0,67b			
Cuestionario de Preocupaciones				
PREOCUPACIONES (< 10 años)	0,85c	0,65a		
PREOCUPACIONES (> 11 años)	0,72	-0,18	--	
Cambios comportamentales. Un mes antes de la operación (M1)				
ANSIEDAD GENERAL	-0,42	-0,10	-0,34	-0,91
ANSIEDADSEPARACIÓN	-0,42	-0,17	-0,01	-0,80
TRASTORNOS SUEÑO	-0,59a	-0,34	-0,43	-0,98
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,42	-0,14	-0,37	0,87
AGRESIÓN AUTORIDAD	-0,41	-0,38	-0,52	-0,50
APATÍA-RETRAIMIENTO	-0,19	-0,10	0,20	-0,97
Cambios comportamentales. Un día después de la operación (M4)				
ANSIEDAD GENERAL	-0,32	-0,53	0,03	0,87
ANSIEDADSEPARACIÓN	-0,18	-0,35	0,49	0,87
TRASTORNOS SUEÑO	-0,22	-0,33	0,23	0,87
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,20	-0,09	0,33	0,87
AGRESIÓN AUTORIDAD	-0,24	-0,43	0,01	0,87
APATÍA-RETRAIMIENTO	-0,28	-0,52	-0,01	0,87
Cambios comportamentales. Una semana después de la operación (M5)				
ANSIEDAD GENERAL	0,19	-0,20	--	0,00
ANSIEDADSEPARACIÓN	-0,20	-0,44	0,01	0,87
TRASTORNOS SUEÑO	-0,01	-0,11	0,10	0,87
PROBL. ALIMENTACIÓN	0,33	0,22	0,32	-0,87
AGRESIÓN AUTORIDAD	0,31	0,42	0,38	-0,87
APATÍA-RETRAIMIENTO	-0,16	-0,05	-0,01	0,87
Cambios comportamentales. Dos semanas después de la operación (M6)				
ANSIEDAD GENERAL	-0,01	-0,01	-0,24	--
ANSIEDADSEPARACIÓN	0,23	0,24	0,14	-0,87
TRASTORNOS SUEÑO	0,04	0,04	0,41	0,87
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,04	-0,18	-0,07	--
AGRESIÓN AUTORIDAD	0,24	0,13	0,39	0,87
APATÍA-RETRAIMIENTO	0,01	0,30	-0,01	--
Cambios comportamentales. Un mes después de la operación (M7)				
ANSIEDAD GENERAL	-0,24	-0,37	--	0,87
ANSIEDADSEPARACIÓN	-0,15	-0,49	-0,28	0,50
TRASTORNOS SUEÑO	0,19	-0,20	--	0,00
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,14	-0,15	-0,03	-0,98
AGRESIÓN AUTORIDAD	0,20	0,02	0,07	0,87
APATÍA-RETRAIMIENTO	0,00	0,19	-0,17	--
Cambios comportamentales. Tres meses después de la operación (M8)				
ANSIEDAD GENERAL	-0,08	-0,26	-0,58a	1,00a
ANSIEDADSEPARACIÓN	-0,10	-0,07	0,37	0,87
TRASTORNOS SUEÑO	-0,27	-0,29	0,05	0,87
PROBL. ALIMENTACIÓN	0,35	0,30	0,53	0,87
AGRESIÓN AUTORIDAD	0,03	-0,19	0,35	0,66
APATÍA-RETRAIMIENTO	-0,37	-0,40	-0,53	0,87

Nota. -- No se puede calcular porque alguna de las variables es constante

a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

M1. Un mes antes de la operación

M5. A la semana de la operación

Se observa una relación negativa de las preocupaciones de los niños con la ansiedad general a los tres meses de la operación (M8) ($r=-0,577$, $p=0,050$).

Las **preocupaciones en los adolescentes** (11-14 años) correlacionan positivamente con la ansiedad general a los tres meses de la operación (M8) ($r=1,000$, $p=0,015$).

Como **comportamientos habituales (línea base)** (Tabla 3.56.), la *ansiedad general* se relaciona positivamente con la ansiedad por separación ($r=0,369$, $p=0,003$) y la apatía-retraimiento ($r=0,361$, $p=0,004$). La *ansiedad de separación* se relaciona positivamente con los trastornos del sueño ($r=0,453$, $p=0,000$), con la apatía-retraimiento ($r=0,306$, $p=0,016$) y con la ansiedad de separación dos semanas después de la operación (M6) ($r=0,279$, $p=0,029$), un mes después (M7) ($r=0,311$, $p=0,016$) y tres meses después (M8) ($r=0,257$, $p=0,048$).

Los *trastornos del sueño* se relacionan positivamente, como se ha señalado, con la ansiedad de separación ($r=0,453$, $p=0,000$), con la apatía-retraimiento ($r=0,253$, $p=0,047$), con los trastornos del sueño a la semana de la operación (M4) ($r=0,287$, $p=0,024$), con la ansiedad general a las dos semanas (M6) ($r=0,265$, $p=0,039$), y con cambios en el comportamiento al mes de la operación (M7), tales como ansiedad general ($r=0,335$, $p=0,009$), ansiedad de separación ($r=0,341$, $p=0,008$), trastornos del sueño ($r=0,269$, $p=0,038$) y apatía-retraimiento ($r=0,289$, $p=0,025$).

Los *problemas de alimentación* se relacionan negativamente con la ansiedad general al día siguiente de la operación (M4) ($r=-0,363$, $p=0,004$) y positivamente con la ansiedad de separación a los tres meses (M8) ($r=0,283$, $p=0,029$).

Tabla 3.56. Relaciones entre cambios comportamentales evaluados un mes antes de la operación (M1) y el resto de momentos

	ANS. GENERAL (M1)	ANS. SEPARAC. (M1)	TRAST. SUEÑO (M1)	PROBL. ALIMENT. (M1)	AGRESIÓN AUTORID. (M1)	APATÍA- RETRAIM. (M1)
Cambios comportamentales. Un mes antes de la operación (M1)						
ANSIEDAD GENERAL						
ANSIEDAD SEPARACIÓN	0,37b					
TRASTORNOS SUEÑO	0,09	0,45c				
PROBL. ALIMENTACIÓN	0,01	0,14	-0,07			
AGRESIÓN AUTORIDAD	0,20	0,21	0,23	0,14		
APATÍA-RETRAIMIENTO	0,36b	0,31a	0,25a	0,06	0,41c	
Cambios comportamentales. Un día después de la operación (M4)						
ANSIEDAD GENERAL	-0,03	0,17	-0,02	-0,36b	0,09	0,00
ANSIEDAD SEPARACIÓN	-0,06	0,16	0,11	0,03	-0,01	-0,03
TRASTORNOS SUEÑO	-0,09	0,24	0,14	0,13	0,04	-0,11
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,02	0,14	-0,02	0,09	-0,21	-0,12
AGRESIÓN AUTORIDAD	-0,19	-0,01	-0,07	0,09	0,03	-0,12
APATÍA-RETRAIMIENTO	-0,04	0,11	-0,04	-0,17	0,01	0,03
Cambios comportamentales. Una semana después de la operación (M5)						
ANSIEDAD GENERAL	-0,03	0,20	0,17	0,19	-0,05	0,09
ANSIEDAD SEPARACIÓN	-0,07	0,06	0,19	0,12	0,02	0,06
TRASTORNOS SUEÑO	-0,02	0,12	0,29a	0,07	0,11	0,16
PROBL. ALIMENTACIÓN	0,08	0,06	0,04	-0,14	-0,03	0,08
AGRESIÓN AUTORIDAD	0,01	0,24	0,20	0,03	-0,16	0,12
APATÍA-RETRAIMIENTO	-0,12	-0,01	0,05	0,10	-0,09	-0,22
Cambios comportamentales. Dos semanas después de la operación (M6)						
ANSIEDAD GENERAL	-0,13	-0,02	0,27a	0,00	-0,10	-0,06
ANSIEDAD SEPARACIÓN	0,01	0,28a	0,20	0,08	0,02	0,26a
TRASTORNOS SUEÑO	0,08	0,17	0,23	0,06	0,15	0,23
PROBL. ALIMENTACIÓN	0,08	0,04	0,04	0,03	0,06	0,18
AGRESIÓN AUTORIDAD	-0,16	-0,13	0,13	-0,01	0,12	-0,02
APATÍA-RETRAIMIENTO	0,04	0,23	0,20	0,16	-0,01	-0,10
Cambios comportamentales. Un mes después de la operación (M7)						
ANSIEDAD GENERAL	0,01	0,15	0,34b	0,10	0,06	-0,04
ANSIEDAD SEPARACIÓN	-0,10	0,31a	0,34b	0,18	0,12	0,19
TRASTORNOS SUEÑO	-0,08	0,06	0,27a	0,03	0,16	0,19
PROBL. ALIMENTACIÓN	0,13	0,04	0,04	0,11	0,10	0,40b
AGRESIÓN AUTORIDAD	-0,24	0,17	0,25	0,12	0,06	0,09
APATÍA-RETRAIMIENTO	0,02	0,10	0,29a	0,11	0,16	-0,21
Cambios comportamentales. Tres meses después de la operación (M8)						
ANSIEDAD GENERAL	0,07	0,04	0,13	0,19	0,03	-0,14
ANSIEDAD SEPARACIÓN	-0,05	0,26a	0,13	0,28a	-0,05	-0,01
TRASTORNOS SUEÑO	-0,08	0,16	0,18	0,17	0,15	0,05
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,16	0,09	-0,12	0,19	-0,13	-0,01
AGRESIÓN AUTORIDAD	-0,14	0,05	0,05	0,14	-0,03	0,13
APATÍA-RETRAIMIENTO	0,04	0,02	0,09	0,18	-0,01	-0,01

Nota. a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

M1. Un mes antes de la operación

La agresión hacia la autoridad se relaciona con apatía-retraimiento ($r=0,411$, $p=0,001$). Y, por último, la apatía-retraimiento se relaciona positivamente, como se ha señalado, con la ansiedad general ($r=0,361$, $p=0,004$), ansiedad de separación ($r=0,306$, $p=0,016$),

trastornos del sueño ($r=0,253$, $p=0,047$) y agresión hacia la autoridad ($r=0,411$, $p=0,001$). También se relaciona positivamente con la ansiedad de separación dos semanas después de la operación (M6) ($r=0,261$, $p=0,042$), y con los problemas de alimentación un mes después (M7) ($r=0,396$, $p=0,002$).

Respecto a los **cambios comportamentales evaluados al día siguiente de la intervención quirúrgica (M4)** (Tabla 3.57.), señalar que, la *ansiedad general* se relaciona positivamente con la ansiedad de separación ($r=0,546$, $p=0,000$), los trastornos del sueño ($r=0,513$, $p=0,00$), la agresión hacia la autoridad ($r=0,497$, $p=0,000$) y la apatía-retraimiento ($r=0,788$, $p=0,000$).

La *ansiedad de separación* al día siguiente, se relaciona positivamente con la ansiedad general ($r=0,546$, $p=0,000$), los trastornos del sueño ($r=0,777$, $p=0,000$), la agresión hacia la autoridad ($r=0,594$, $p=0,000$) y la apatía retraimiento ($r=0,532$, $p=0,000$). Así mismo, se relaciona positivamente con la ansiedad general (M5) ($r=0,509$, $p=0,000$), la ansiedad de separación (M5) ($r=0,717$, $p=0,000$), los trastornos del sueño (M5) ($r=0,480$, $p=0,000$) y la apatía-retraimiento (M5) ($r=0,428$, $p=0,000$) a la semana de la intervención.

La *ansiedad de separación al día siguiente* (M4), se relaciona negativamente con los problemas de alimentación a la semana de la intervención (M5) ($r=-0,265$, $p=0,036$). A las dos semanas de la operación (M6) se relaciona positivamente con la ansiedad general ($r=0,363$, $p=0,004$), los problemas de sueño ($r=0,294$, $p=0,020$), la agresión a la autoridad ($r=0,323$, $p=0,010$) y la apatía-retraimiento ($r=0,402$, $p=0,001$). Al mes de la operación (M7) se relaciona positivamente con la ansiedad general ($r=0,563$, $p=0,000$), la ansiedad de separación ($r=0,388$, $p=0,002$) y la agresión hacia la autoridad ($r=0,281$, $p=0,028$). Y, por último, a los tres meses (M8) se relaciona positivamente con la ansiedad general ($r=0,405$, $p=0,001$), la ansiedad

de separación ($r=0,460$, $p=0,000$), la agresión hacia la autoridad ($r=0,337$, $p=0,008$) y la apatía-retraimiento ($r=0,388$, $p=0,002$).

Tabla 3.57. Relaciones entre cambios comportamentales evaluados el día siguiente de la operación (M4) y el resto de momentos

	ANS. GENERAL (M4)	ANS. SEPARAC. (M4)	TRAST. SUEÑO (M4)	PROBL. ALIMENT. (M4)	AGRESIÓN AUTORID. (M4)	APATÍA- RETRAIM. (M4)
Cambios comportamentales. Un día después de la operación (M4)						
ANSIEDAD GENERAL						
ANSIEDAD SEPARACIÓN	0,55c					
TRASTORNOS SUEÑO	0,52c	0,78c				
PROBL. ALIMENTACIÓN	0,20	0,22	0,11			
AGRESIÓN AUTORIDAD	0,50c	0,59c	0,49c	0,32b		
APATÍA-RETRAIMIENTO	0,79c	0,53c	0,53c	0,18	0,31a	
Cambios comportamentales. Una semana después de la operación (M5)						
ANSIEDAD GENERAL	0,16	0,51c	0,62c	0,02	0,04	0,43c
ANSIEDAD SEPARACIÓN	0,21	0,72c	0,66c	0,04	0,37b	0,30a
TRASTORNOS SUEÑO	0,18	0,48c	0,47c	-0,13	0,10	0,30a
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,03	-0,27a	-0,22	-0,22	-0,27a	-0,10
AGRESIÓN AUTORIDAD	0,01	0,22	0,17	0,15	-0,13	0,27a
APATÍA-RETRAIMIENTO	0,10	0,43c	0,46c	0,14	0,20	0,29a
Cambios comportamentales. Dos semanas después de la operación (M6)						
ANSIEDAD GENERAL	0,04	0,36b	0,39b	0,07	2,09	0,38b
ANSIEDAD SEPARACIÓN	0,08	0,18	0,25a	-0,01	-0,14	0,29a
TRASTORNOS SUEÑO	0,15	0,29c	0,23	-0,15	0,14	0,12
PROBL. ALIMENTACIÓN	0,04	0,01	-0,01	-0,19	-0,04	-0,05
AGRESIÓN AUTORIDAD	-0,05	0,32a	0,19	0,07	0,24	-0,04
APATÍA-RETRAIMIENTO	0,11	0,40c	0,48c	0,20	0,13	0,34b
Cambios comportamentales. Un mes después de la operación (M7)						
ANSIEDAD GENERAL	0,20	0,56c	0,52c	0,20	0,26a	0,33b
ANSIEDAD SEPARACIÓN	0,15	0,39b	0,48c	-0,07	-0,01	0,37b
TRASTORNOS SUEÑO	0,02	0,21	0,17	-0,16	-0,06	0,09
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,02	-0,14	-0,12	-0,01	-0,03	-0,05
AGRESIÓN AUTORIDAD	0,01	0,28a	0,18	0,12	0,25a	0,08
APATÍA-RETRAIMIENTO	-0,12	0,19	0,19	0,00	0,00	-0,06
Cambios comportamentales. Tres meses después de la operación (M8)						
ANSIEDAD GENERAL	0,05	0,41c	0,40c	0,17	0,17	0,32a
ANSIEDAD SEPARACIÓN	0,14	0,46c	0,47c	0,10	0,26a	0,32a
TRASTORNOS SUEÑO	0,08	0,22	0,03	0,19	0,48c	-0,11
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,08	-0,24	-0,15	0,27a	0,14	-0,19
AGRESIÓN AUTORIDAD	-0,03	0,34b	0,17	0,08	0,33b	0,06
APATÍA-RETRAIMIENTO	0,04	0,39b	0,29a	0,16	0,21	0,20

Nota. a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

M4. Un día después de la operación

Los trastornos del sueño evaluados al día siguiente de la operación (M4) se relacionan positivamente, como se ha señalado, con ansiedad general ($r=0,513$, $p=0,00$) y ansiedad de separación ($r=0,777$, $p=0,000$), también con agresión hacia la autoridad ($r=0,493$, $p=0,000$) y apatía-retraimiento ($r=0,534$, $p=0,000$). Se relaciona positivamente con

otros comportamientos como ansiedad general a la semana (M5) ($r=0,622$, $p=0,000$), a las dos semanas (M6) ($r=0,391$, $p=0,000$), al mes (M7) ($r=0,521$, $p=0,000$) y a los tres meses (M8) ($r=0,404$, $p=0,001$). Se relaciona positivamente con ansiedad de separación a la semana (M5) ($r=0,656$, $p=0,000$), a las dos semanas (M6) ($r=0,248$, $p=0,050$), al mes (M7) ($r=0,475$, $p=0,000$) y a los tres meses (M8) ($r=0,473$, $p=0,000$). Se relaciona positivamente con trastornos del sueño a la semana de la operación (M5) ($r=0,474$, $p=0,000$). Y, se relaciona positivamente con apatía-retraimiento a la semana (M5) ($r=0,455$, $p=0,000$), a las dos semanas (M6) ($r=0,483$, $p=0,000$), y a los tres meses (M8) ($r=0,294$, $p=0,021$).

Los *problemas de alimentación* al día siguiente (M4) se relacionan positivamente con la agresión a la autoridad en ese momento ($r=0,317$, $p=0,011$) y con los problemas de alimentación a los tres meses (M8) ($r=0,271$, $p=0,035$).

La *agresión hacia la autoridad* al día siguiente a la intervención (M4) se relaciona con todas las variables evaluadas en ese momento, ansiedad general ($r=0,497$, $p=0,000$), ansiedad de separación ($r=0,594$, $p=0,000$), trastornos del sueño ($r=0,493$, $p=0,000$), problemas de alimentación ($r=0,317$, $p=0,011$) y apatía-retraimiento ($r=0,311$, $p=0,013$). Se relaciona también positivamente con la ansiedad por separación a la semana de la intervención (M5) ($r=0,367$, $p=0,003$), y a los tres meses (M8) ($r=0,262$, $p=0,041$), con ansiedad general al mes (M7) ($r=0,261$, $p=0,042$), con agresión hacia la autoridad al mes (M7) ($r=0,252$, $p=0,000$) y a los tres meses (M8) ($r=0,325$, $p=0,011$) y con trastornos del sueño a los tres meses (M8) ($r=0,475$, $p=0,000$). Se relaciona negativamente con los problemas de alimentación a la semana de la operación ($r=-0,270$, $p=0,032$).

La *apatía-retraimiento* al día siguiente de la operación (M4) se relaciona positivamente con las demás variables evaluadas en ese

momento, ansiedad general ($r=0,788$, $p=0,000$), ansiedad de separación ($r=0,532$, $p=0,000$), trastornos del sueño ($r=0,534$, $p=0,000$) y agresión hacia la autoridad ($r=0,311$, $p=0,013$), excepto con problemas de alimentación. Se relaciona también positivamente con ansiedad general a la semana (M5) ($r=0,433$, $p=0,000$), a las dos semanas (M6) ($r=0,375$, $p=0,003$), al mes (M7) ($r=0,325$, $p=0,010$) y a los tres meses (M8) ($r=0,316$, $p=0,013$). Se relaciona positivamente con ansiedad por separación a la semana (M5) ($r=0,300$, $p=0,017$), a las dos semanas (M6) ($r=0,287$, $p=0,023$), al mes (M7) ($r=0,372$, $p=0,003$) y a los tres meses (M8) ($r=0,316$, $p=0,013$). Se relaciona positivamente con trastornos del sueño (M5) ($r=0,299$, $p=0,017$) y agresión hacia la autoridad a la semana (M5) ($r=0,269$, $p=0,033$) y con apatía-retraimiento a la semana (M5) ($r=0,287$, $p=0,022$) y a las dos semanas (M6) ($r=0,342$, $p=0,006$).

A continuación se analizan **los cambios comportamentales a la semana de la intervención (M5)** (Tabla 3.58.). Como puede observarse existen múltiples relaciones significativas con los comportamientos que realiza el paciente posteriormente.

La *ansiedad general* se relaciona positivamente con la ansiedad de separación ($r=0,649$, $p=0,000$), los trastornos del sueño ($r=0,584$, $p=0,000$), la agresión hacia la autoridad ($r=0,577$, $p=0,000$) y la apatía-retraimiento ($r=0,536$, $p=0,000$) y, negativamente, con los problemas de alimentación ($r=-0,321$, $p=0,010$) evaluadas en ese momento. A las dos semanas se relaciona positivamente con la ansiedad general (M6) ($r=0,553$, $p=0,000$), con la ansiedad de separación (M6) ($r=0,517$, $p=0,000$), con los trastornos del sueño (M6) ($r=0,276$, $p=0,029$) y con la apatía-retraimiento (M6) ($r=0,671$, $p=0,000$). Al mes (M7) se relaciona positivamente con la ansiedad general ($r=0,586$, $p=0,000$), con la ansiedad de separación ($r=0,645$, $p=0,000$), con los trastornos del sueño ($r=0,312$, $p=0,014$) y con la agresión hacia la autoridad ($r=0,411$,

$p=0,001$). A los tres meses (M8) se relaciona positivamente con la ansiedad general ($r=0,531$, $p=0,000$), con la ansiedad de separación ($r=0,540$, $p=0,000$) y con la apatía-retraimiento ($r=0,334$, $p=0,008$).

Tabla 3.58. Relaciones entre cambios comportamentales evaluados a la semana de la operación (M5) y el resto de momentos

	ANS. GENERAL (M5)	ANS. SEPARAC. (M5)	TRAST. SUEÑO (M5)	PROBL. ALIMENT. (M5)	AGRESIÓN AUTORID. (M5)	APATÍA- RETRAIM. (M5)
Cambios comportamentales. Una semana después de la operación (M5)						
ANSIEDAD GENERAL						
ANSIEDAD SEPARACIÓN	0,65c					
TRASTORNOS SUEÑO	0,58c	0,67c				
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,32b	-0,28a	0,08			
AGRESIÓN AUTORIDAD	0,58c	0,22	0,31b	-0,19		
APATÍA-RETRAIMIENTO	0,54c	0,59c	0,36b	-0,48c	0,35b	
Cambios comportamentales. Dos semanas después de la operación (M6)						
ANSIEDAD GENERAL	0,55c	0,48c	0,47c	-0,31a	0,53c	0,68c
ANSIEDAD SEPARACIÓN	0,52c	0,45c	0,60c	0,02	0,44c	0,20
TRASTORNOS SUEÑO	0,28a	0,49c	0,78c	0,06	0,17	0,17
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,02	-0,02	0,28a	0,36b	0,06	-0,44c
AGRESIÓN AUTORIDAD	0,22	0,33b	0,38b	-0,30a	0,34b	0,28a
APATÍA-RETRAIMIENTO	0,67c	0,44c	0,49c	-0,40c	0,67c	0,65c
Cambios comportamentales. Un mes después de la operación (M7)						
ANSIEDAD GENERAL	0,59c	0,58c	0,56c	-0,43c	0,42c	0,52c
ANSIEDAD SEPARACIÓN	0,65c	0,59c	0,79c	0,07	0,32b	0,23
TRASTORNOS SUEÑO	0,31a	0,48c	0,80c	0,19	0,23	0,17
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,02	-0,03	0,22	0,19	-0,07	-0,23
AGRESIÓN AUTORIDAD	0,41c	0,35b	0,49c	-0,20	0,49c	0,23
APATÍA-RETRAIMIENTO	0,19	0,18	0,31a	-0,08	0,32b	0,13
Cambios comportamentales. Tres meses después de la operación (M8)						
ANSIEDAD GENERAL	0,53c	0,54c	0,40c	-0,35b	0,20	0,49c
ANSIEDAD SEPARACIÓN	0,54c	0,59c	0,56c	-0,17	0,36b	0,46c
TRASTORNOS SUEÑO	-0,10	0,25a	0,29a	0,01	0,03	0,01
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,18	-0,18	-0,06	0,30a	-0,06	-0,14
AGRESIÓN AUTORIDAD	0,23	0,31a	0,21	-0,30a	0,38b	0,23
APATÍA-RETRAIMIENTO	0,33b	0,37b	0,30a	-0,50c	0,35b	0,46c

Nota. a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

M5. Una semana después de la operación

La *ansiedad de separación* se relaciona positivamente con la ansiedad general ($r=0,649$, $p=0,000$), con los trastornos del sueño ($r=0,670$, $p=0,000$) y con apatía-retraimiento ($r=0,585$, $p=0,000$), y negativamente, con los problemas de alimentación ($r=-0,282$, $p=0,024$). A las dos semanas (M6) se relaciona positivamente con ansiedad general ($r=0,481$, $p=0,000$), con ansiedad de separación ($r=0,446$, $p=0,000$), con trastornos del sueño ($r=0,490$, $p=0,000$), con agresión hacia la autoridad ($r=0,329$, $p=0,008$) y con apatía-retraimiento

($r=0,441$, $p=0,000$). Al mes (M7) se relaciona positivamente con ansiedad general ($r=0,584$, $p=0,000$), ansiedad de separación ($r=0,592$, $p=0,000$), trastornos del sueño ($r=0,478$, $p=0,000$) y agresión hacia la autoridad ($r=0,348$, $p=0,006$). A los tres meses (M8) se relaciona positivamente con ansiedad general ($r=0,540$, $p=0,000$), ansiedad de separación ($r=0,592$, $p=0,000$), trastornos del sueño ($r=0,251$, $p=0,049$), agresión hacia la autoridad ($r=0,305$, $p=0,016$) y apatía-retraimiento ($r=0,366$, $p=0,003$).

Los *trastornos del sueño* se relacionan positivamente con ansiedad general ($r=0,584$, $p=0,000$), ansiedad de separación ($r=0,670$, $p=0,000$), agresión hacia la autoridad ($r=0,314$, $p=0,011$) y apatía-retraimiento ($r=0,357$, $p=0,004$). A las dos semanas (M6) se relaciona positivamente con todas las variables, ansiedad general ($r=0,474$, $p=0,000$), ansiedad por separación ($r=0,596$, $p=0,000$), trastornos del sueño ($r=0,776$, $p=0,000$), problemas de alimentación ($r=0,284$, $p=0,024$), agresión hacia la autoridad ($r=0,379$, $p=0,002$) y apatía-retraimiento ($r=0,490$, $p=0,000$). Al mes (M7) se relaciona positivamente con ansiedad general ($r=0,564$, $p=0,000$), ansiedad por separación ($r=0,786$, $p=0,000$), trastornos del sueño ($r=0,797$, $p=0,000$), agresión hacia la autoridad ($r=0,486$, $p=0,000$) y apatía-retraimiento ($r=0,306$, $p=0,016$). A los tres meses (M8) se relaciona con ansiedad general ($r=0,397$, $p=0,001$), ansiedad por separación ($r=0,563$, $p=0,000$), trastornos del sueño ($r=0,293$, $p=0,021$) y apatía-retraimiento ($r=0,296$, $p=0,020$).

Los *problemas de alimentación* a la semana (M5) se relacionan negativamente con ansiedad general ($r=-0,321$, $p=0,010$), ansiedad por separación ($r=-0,282$, $p=0,024$) y con apatía-retraimiento ($r=-0,478$, $p=0,000$). A las dos semanas (M6) se relaciona negativamente con ansiedad general ($r=-0,314$, $p=0,000$), agresión hacia la autoridad ($r=-0,303$, $p=0,016$) y apatía-retraimiento ($r=-0,401$, $p=0,001$) y

positivamente con los problemas de alimentación ($r=0,358$, $p=0,004$). Al mes (M7) se relaciona negativamente con ansiedad general ($r=-0,434$, $p=0,000$). A los tres meses (M8) se relaciona negativamente con ansiedad general ($r=-0,345$, $p=0,006$), agresión hacia la autoridad ($r=-0,295$, $p=0,018$) y apatía-retraimiento ($r=-0,501$, $p=0,000$) y positivamente con los problemas de alimentación ($r=0,299$, $p=0,018$).

La *agresión hacia la autoridad* se relaciona positivamente con ansiedad general ($r=0,577$, $p=0,000$), trastornos del sueño ($r=0,314$, $p=0,011$) y apatía-retraimiento ($r=0,349$, $p=0,005$). A las dos semanas (M6) se relaciona positivamente con ansiedad general ($r=0,528$, $p=0,000$), ansiedad de separación ($r=0,441$, $p=0,000$), agresión hacia la autoridad ($r=0,338$, $p=0,007$) y apatía-retraimiento ($r=0,670$, $p=0,000$). Al mes (M7) se relaciona positivamente con ansiedad general ($r=0,416$, $p=0,001$), ansiedad de separación ($r=0,320$, $p=0,011$), agresión hacia la autoridad ($r=0,494$, $p=0,000$) y apatía-retraimiento ($r=0,323$, $p=0,011$). A los tres meses (M8) se relaciona positivamente con ansiedad de separación ($r=0,355$, $p=0,005$), agresión hacia la autoridad ($r=0,377$, $p=0,003$) y apatía-retraimiento ($r=0,349$, $p=0,005$).

La *apatía-retraimiento* se relaciona positivamente con ansiedad general ($r=0,536$, $p=0,000$), ansiedad por separación ($r=0,585$, $p=0,000$), trastornos del sueño ($r=0,357$, $p=0,004$) y agresión hacia la autoridad ($r=0,349$, $p=0,005$), y negativamente con los problemas de alimentación ($r=-0,478$, $p=0,000$). A las dos semanas (M6) se relaciona positivamente con ansiedad general ($r=0,678$, $p=0,000$), agresión hacia la autoridad ($r=0,282$, $p=0,025$) y apatía-retraimiento ($r=0,648$, $p=0,000$), y negativamente con los problemas de alimentación ($r=-0,441$, $p=0,000$). Al mes (M7) se relaciona positivamente con ansiedad general ($r=0,524$, $p=0,000$). A los tres meses (M8) se relaciona positivamente con ansiedad general ($r=0,487$, $p=0,000$), ansiedad de separación ($r=0,464$, $p=0,000$) y apatía-retraimiento ($r=0,462$, $p=0,000$).

A las **dos semanas de la operación (M6)** (Tabla 3.59.), la *ansiedad general* se relaciona positivamente con la ansiedad de separación ($r=0,423$, $p=0,001$), los trastornos del sueño ($r=0,345$, $p=0,006$), la agresión hacia la autoridad ($r=0,357$, $p=0,004$) y la apatía-retraimiento ($r=0,736$, $p=0,000$), y negativamente, con los problemas de alimentación ($r=-0,295$, $p=0,019$). Al mes de la operación (M7) se relaciona positivamente con la ansiedad general ($r=0,537$, $p=0,000$), con la ansiedad de separación ($r=0,420$ $p=0,001$), con los trastornos del sueño ($r=0,395$, $p=0,002$), con la agresión hacia la autoridad ($r=0,425$, $p=0,001$) y la apatía-retraimiento ($r=0,291$, $p=0,022$). A los tres meses (M8) se relaciona con la ansiedad general ($r=0,429$ $p=0,001$), la ansiedad de separación ($r=0,463$, $p=0,000$) y la apatía-retraimiento ($r=0,441$, $p=0,000$).

Tabla 3.59. Relaciones entre cambios comportamentales evaluados a las dos semanas de la operación (M6) y el resto de momentos

	ANS. GENERAL (M6)	ANS. SEPARAC. (M6)	TRAST. SUEÑO (M6)	PROBL. ALIMENT. (M6)	AGRESIÓN AUTORID. (M6)	APATÍA- RETRAIM. (M6)
Cambios comportamentales. Dos semanas después de la operación (M6)						
ANSIEDAD GENERAL						
ANSIEDAD SEPARACIÓN	0,42c					
TRASTORNOS SUEÑO	0,35b	0,61c				
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,30a	0,09	0,24			
AGRESIÓN AUTORIDAD	0,36b	0,03	0,30a	0,09		
APATÍA-RETRAIMIENTO	0,74c	0,42c	0,37b	-0,13	0,48c	
Cambios comportamentales. Un mes después de la operación (M7)						
ANSIEDAD GENERAL	0,54c	0,21	0,39b	-0,10	0,49c	0,69c
ANSIEDAD SEPARACIÓN	0,42c	0,70c	0,67c	0,16	0,15	0,44c
TRASTORNOS SUEÑO	0,40b	0,64c	0,83c	0,18	0,29a	0,36b
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,12	0,28a	0,31a	0,31a	-0,07	0,01
AGRESIÓN AUTORIDAD	0,43c	0,39b	0,50c	0,06	0,54c	0,53c
APATÍA-RETRAIMIENTO	0,30a	0,10	0,30a	0,17	0,43c	0,55c
Cambios comportamentales. Tres meses después de la operación (M8)						
ANSIEDAD GENERAL	0,43c	0,18	0,20	-0,15	0,28a	0,56c
ANSIEDAD SEPARACIÓN	0,46c	0,39b	0,57c	0,09	0,34b	0,60c
TRASTORNOS SUEÑO	0,06	0,18	0,61c	0,15	0,33b	0,18
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,14	0,19	0,08	-0,01	-0,26a	-0,08
AGRESIÓN AUTORIDAD	0,20	0,02	0,19	0,05	0,62c	0,34b
APATÍA-RETRAIMIENTO	0,44c	0,12	0,24	-0,02	0,50c	0,64c

Nota. a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

M6. **Dos semanas después de la operación**

La *ansiedad de separación* se relaciona positivamente con la ansiedad general ($r=0,423$, $p=0,001$), los trastornos del sueño ($r=0,612$,

$p=0,000$) y la apatía-retraimiento ($r=0,418$, $p=0,001$). Al mes de la operación (M7) se relaciona positivamente con la ansiedad de separación ($r=0,696$, $p=0,000$), con los trastornos del sueño ($r=0,637$, $p=0,000$), con los problemas de alimentación ($r=0,280$, $p=0,028$) y con la agresión hacia la autoridad ($r=0,392$, $p=0,002$). A los tres meses (M8) se relaciona con la ansiedad de separación ($r=0,388$, $p=0,002$).

Los *trastornos del sueño* se relacionan con la ansiedad general ($r=0,345$, $p=0,006$), con la ansiedad por separación ($r=0,612$, $p=0,000$), con la agresión hacia la autoridad ($r=0,290$, $p=0,021$) y con la apatía-retraimiento ($r=0,368$, $p=0,003$). Al mes (M7) también se relaciona positivamente con todas las variables, con la ansiedad general ($r=0,388$, $p=0,002$), con la ansiedad de separación ($r=0,674$, $p=0,000$), con los trastornos del sueño ($r=0,825$, $p=0,000$), con los problemas de alimentación ($r=0,312$, $p=0,014$), con la agresión hacia la autoridad ($r=0,497$, $p=0,000$) y con la apatía-retraimiento ($r=0,297$, $p=0,019$). A los tres meses (M8) se relaciona positivamente con la ansiedad de separación ($r=0,567$, $p=0,000$) y con los trastornos del sueño ($r=0,613$, $p=0,000$).

Los *problemas de alimentación* a las dos semanas (M6) se relacionan negativamente con la ansiedad general ($r=-0,295$, $p=0,019$) evaluada en ese momento. Al mes (M7) de la operación se relaciona positivamente con los problemas de alimentación ($r=0,310$, $p=0,014$).

La *agresión hacia la autoridad* a las dos semanas (M6) se relaciona positivamente con la ansiedad general ($r=0,357$, $p=0,004$), con trastornos del sueño ($r=0,290$, $p=0,021$) y con apatía-retraimiento ($r=0,480$, $p=0,000$) evaluados en ese momento. Al mes de la operación (M7) se relaciona positivamente con la ansiedad general ($r=0,493$, $p=0,000$), los trastornos del sueño ($r=0,287$, $p=0,024$), la agresión hacia la autoridad ($r=0,536$, $p=0,000$) y la apatía-retraimiento ($r=0,434$, $p=0,000$). A los tres meses (M8) se relaciona positivamente con la

ansiedad general ($r=0,278$, $p=0,029$), la ansiedad de separación ($r=0,339$, $p=0,007$), los trastornos del sueño ($r=0,325$, $p=0,010$), la agresión hacia la autoridad ($r=0,617$, $p=0,000$) y la apatía-retraimiento ($r=0,500$, $p=0,000$), y negativamente, con los problemas de alimentación ($r=-0,264$, $p=0,038$).

La *apatía-retraimiento* se relaciona positivamente con la ansiedad general ($r=0,736$, $p=0,000$), con la ansiedad de separación ($r=0,418$, $p=0,001$), los trastornos del sueño ($r=0,368$, $p=0,003$) y la agresión hacia la autoridad ($r=0,480$, $p=0,000$). Al mes (M7) se relaciona positivamente con la ansiedad general ($r=0,689$, $p=0,000$), la ansiedad de separación ($r=0,441$, $p=0,000$), los trastornos del sueño ($r=0,359$, $p=0,004$), la agresión hacia la autoridad ($r=0,531$, $p=0,000$) y la apatía-retraimiento ($r=0,551$, $p=0,000$). A los tres meses (M8) se relaciona positivamente con la ansiedad general ($r=0,562$, $p=0,000$), la ansiedad de separación ($r=0,600$, $p=0,000$), la agresión hacia la autoridad ($r=0,343$, $p=0,006$) y la apatía-retraimiento ($r=0,636$, $p=0,000$).

Al mes de la operación (M7) (Tabla 3.60.), la *ansiedad general* se relaciona positivamente con la ansiedad de separación ($r=0,426$, $p=0,001$), con los trastornos del sueño ($r=0,343$, $p=0,006$), con la agresión a la autoridad ($r=0,394$, $p=0,002$) y con apatía-retraimiento ($r=0,486$, $p=0,000$). A los tres meses (M8), se relaciona positivamente con ansiedad general ($r=0,698$, $p=0,000$), con ansiedad de separación ($r=0,489$, $p=0,000$), con agresión a la autoridad ($r=0,292$, $p=0,021$) y con apatía-retraimiento ($r=0,674$, $p=0,000$), y negativamente, con los problemas de alimentación ($r=-0,261$, $p=0,040$).

La *ansiedad de separación* se relaciona positivamente con la ansiedad general ($r=0,426$, $p=0,001$), los trastornos del sueño ($r=0,714$, $p=0,000$) y la agresión hacia la autoridad ($r=0,473$, $p=0,000$). A los tres meses (M8) se relaciona positivamente con la ansiedad general ($r=0,377$,

$p=0,002$), la ansiedad de separación ($r=0,632$, $p=0,000$) y los trastornos del sueño ($r=0,286$, $p=0,024$).

Tabla 3.60. Relaciones entre cambios comportamentales evaluados al mes de la operación (M7) y el resto de momentos

	ANS. GENERAL (M7)	ANS. SEPARAC. (M7)	TRAST. SUEÑO (M7)	PROBL. ALIMENT. (M7)	AGRESIÓN AUTORID. (M7)	APATÍA- RETRAIM. (M7)
Cambios comportamentales. Un mes después de la operación (M7)						
ANSIEDAD GENERAL						
ANSIEDAD SEPARACIÓN	0,43c					
TRASTORNOS SUEÑO	0,34b	0,71c				
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,21	0,23	0,34b			
AGRESIÓN AUTORIDAD	0,39b	0,47c	0,53c	0,20		
APATÍA-RETRAIMIENTO	0,49c	0,24	0,44c	-0,01	0,37a	
Cambios comportamentales. Tres meses después de la operación (M8)						
ANSIEDAD GENERAL	0,70c	0,38b	0,13	-0,18	0,07	0,28a
ANSIEDAD SEPARACIÓN	0,49c	0,63c	0,45c	0,07	0,56c	0,28a
TRASTORNOS SUEÑO	0,24	0,29a	0,50c	0,17	0,54c	0,34b
PROBL. ALIMENTACIÓN	-0,26a	0,02	0,06	0,26a	0,11	-0,14
AGRESIÓN AUTORIDAD	0,29a	0,11	0,13	-0,06	0,63c	0,09
APATÍA-RETRAIMIENTO	0,67c	0,21	0,15	-0,18	0,25a	0,33b

Nota. a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

M7. Un mes después de la operación

Los *trastornos del sueño* se relacionan positivamente con todas las variables, la ansiedad general ($r=0,434$, $p=0,006$), la ansiedad de separación ($r=0,714$, $p=0,000$), los problemas de alimentación ($r=0,340$, $p=0,007$), la agresión hacia la autoridad ($r=0,527$, $p=0,000$) y la apatía-retraimiento ($r=0,435$, $p=0,000$). A los tres meses (M8) se relaciona con la ansiedad de separación ($r=0,452$, $p=0,000$) y los trastornos del sueño ($r=0,495$, $p=0,000$).

Los *problemas de alimentación* se relacionan positivamente con los trastornos del sueño ($r=0,340$, $p=0,007$). A los tres meses (M8) se relaciona positivamente con los problemas de alimentación ($r=0,259$, $p=0,042$).

La *agresión hacia la autoridad* al mes de la operación (M7) se relaciona positivamente con la ansiedad general ($r=0,394$, $p=0,002$), la ansiedad de separación ($r=0,473$, $p=0,000$), los trastornos del sueño ($r=0,527$, $p=0,000$) y con apatía-retraimiento ($r=0,374$, $p=0,000$), evaluados en ese momento. A los tres meses (M8) se relaciona

positivamente con la ansiedad de separación ($r=0,564$, $p=0,000$), los trastornos del sueño ($r=0,538$, $p=0,000$), la agresión hacia la autoridad ($r=0,627$, $p=0,000$) y la apatía-retraimiento ($r=0,249$, $p=0,050$).

La *apatía-retraimiento* se relaciona positivamente con la ansiedad general ($r=0,486$, $p=0,000$), los trastornos del sueño ($r=0,435$, $p=0,000$) y con agresión hacia la autoridad ($r=0,374$, $p=0,003$). A los tres meses (M8) se relaciona con la ansiedad general ($r=0,276$, $p=0,030$), la ansiedad de separación ($r=0,284$, $p=0,025$), los trastornos del sueño ($r=0,344$, $p=0,006$) y la apatía-retraimiento ($r=0,333$, $p=0,008$).

Tabla 3.61. Relaciones entre cambios comportamentales evaluados a los tres meses de la operación (M8)

	ANS. GENERAL (M8)	ANS. SEPARAC. (M8)	TRAST. SUEÑO (M8)	PROBL. ALIMENT. (M8)	AGRESIÓN AUTORID. (M8)
Cambios comportamentales. Tres meses después de la operación (M8)					
ANSIEDAD GENERAL					
ANSIEDAD SEPARACIÓN	0,42c				
TRASTORNOS SUEÑO	0,04	0,54c			
PROBLEMAS ALIMENTACIÓN	-0,19	0,09	0,23		
AGRESIÓN AUTORIDAD	0,10	0,49c	0,39b	-0,12	
APATÍA-RETRAIMIENTO	0,61c	0,53c	0,21	-0,14	0,46c

Nota. a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

M8. Tres meses después de la operación

A los tres meses (M8) (Tabla 3.61.), la *ansiedad general* se relaciona positivamente con la ansiedad de separación ($r=0,423$, $p=0,001$) y la apatía-retraimiento ($r=0,613$, $p=0,000$). La *ansiedad de separación* se relaciona positivamente con la ansiedad general ($r=0,423$, $p=0,001$), los trastornos del sueño ($r=0,539$, $p=0,000$), la agresión hacia la autoridad ($r=0,488$, $p=0,000$) y la apatía-retraimiento ($r=0,530$, $p=0,000$). Los *trastornos del sueño* se relacionan con la ansiedad de separación ($r=0,539$, $p=0,000$) y la agresión hacia la autoridad ($r=0,387$, $p=0,002$). La *agresión hacia la autoridad* se relaciona positivamente con la ansiedad de separación ($r=0,488$, $p=0,000$), los trastornos del sueño ($r=0,387$, $p=0,002$) y la apatía-retraimiento ($r=0,464$, $p=0,000$).

La *apatía-retraimiento* se relaciona positivamente con la ansiedad general ($r=0,613$, $p=0,000$), la ansiedad de separación ($r=0,530$, $p=0,000$) y la agresión hacia la autoridad ($r=0,464$, $p=0,000$).

3.4.4.2. Relaciones entre variables del cuidador familiar

Siguiendo el orden de presentación de los resultados, previamente establecido, se muestran, en primer lugar, los datos relativos a la muestra de padres y posteriormente los relativos a la muestra de madres.

En la muestra de **padres**, como puede observarse (Tabla 3.62.), la ***ansiedad rasgo*** se relaciona positivamente con la ansiedad del día de la operación (M3) ($r=0,758$, $p=0,004$) y con la de tres meses después de la operación (M8) ($r=0,815$, $p=0,002$). También se relaciona positivamente con la afectividad negativa (M5) ($r=0,681$, $p=0,015$) y la estrategia de evitación a la semana de la operación (M5) ($r=0,692$, $p=0,013$), y negativamente con la afectividad positiva el día antes de la operación (M2) ($r=-0,704$, $p=0,011$).

La ***ansiedad estado un mes antes de la operación (M1)*** se relaciona positivamente con la ansiedad el día antes de la operación (M2) ($r=0,674$, $p=0,012$), y negativamente con la afectividad positiva un mes antes de la operación (M1) ($r=-0,634$, $p=0,020$).

La ***ansiedad estado el día antes de la operación (M2)*** se relaciona positivamente con la ansiedad estado un mes antes de la operación (M1) ($r=0,674$, $p=0,012$), con la ansiedad el día de la operación (M3) ($r=0,571$, $p=0,042$), y con la afectividad negativa el día antes de la operación (M2) ($r=0,777$, $p=0,002$). Se relaciona negativamente con la afectividad positiva un mes antes de la operación

(M1) ($r=-0,642$, $p=0,018$), el día de la operación (M3) ($r=-0,709$, $p=0,007$) y el día de después (M4) ($r=-0,571$, $p=0,041$).

Tabla 3.62. Relaciones entre la ansiedad y las demás variables psicológicas. Padres

	ANS. RASGO	ANS. ESTADO (M1)	ANS. ESTADO (M2)	ANS. ESTADO (M3)	ANS. ESTADO (M4)	ANS. ESTADO (M5)	ANS. ESTADO (M8)
Ansiiedad Cognitiva							
ANSIEDAD RASGO							
ANSIEDAD ESTADO (M1)	0,39						
ANSIEDAD ESTADO (M2)	0,38	0,67a					
ANSIEDAD ESTADO (M3)	0,76b	0,41	0,57a				
ANSIEDAD ESTADO (M4)	0,23	0,16	-0,13	0,07			
ANSIEDAD ESTADO (M5)	0,50	0,15	0,09	0,71b	0,36		
ANSIEDAD ESTADO (M8)	0,82b	0,33	0,45	0,60a	0,27	0,42	
Ansiiedad Motora							
Observación 1	-0,38	0,03	0,05	-0,17	0,16	0,06	-0,15
Observación 2	-0,12	0,00	0,23	-0,20	0,33	-0,09	0,38
Observación 3	0,05	0,13	0,06	-0,25	0,25	-0,06	0,36
Observación 4	0,20	0,29	0,59	0,08	0,14	0,10	0,84a
Preocupaciones y Locus de control							
PREOCUPACIONES	-0,08	-0,37	-0,25	-0,37	-0,02	-0,58a	-0,33
L. CONTROL EXTERNO	0,07	-0,15	-0,22	0,06	-0,68b	-0,13	-0,16
L. CONTROL INTERNO	-0,48	0,13	-0,26	-0,33	-0,13	-0,19	-0,12
Afectividad Positiva y Negativa							
AFECTIV. POSITIVA (M1)	-0,52	-0,63a	-0,64a	-0,80c	-0,12	-0,59a	-0,46
AFECTIV. POSITIVA (M2)	-0,70b	-0,35	-0,31	-0,59a	-0,37	-0,56a	-0,35
AFECTIV. POSITIVA (M3)	-0,54	-0,49	-0,71b	-0,69b	-0,14	-0,38	-0,42
AFECTIV. POSITIVA (M4)	-0,26	-0,45	-0,57a	-0,38	-0,40	-0,33	-0,41
AFECTIV. POSITIVA (M5)	-0,56	-0,27	-0,41	-0,68b	-0,35	-0,74b	-0,45
AFECTIV. NEGATIVA (M1)	0,19	0,52	0,46	0,07	-0,24	-0,27	0,38
AFECTIV. NEGATIVA (M2)	0,40	0,51	0,78b	0,71b	-0,10	0,24	0,38
AFECTIV. NEGATIVA (M3)	0,37	0,09	0,33	0,81c	-0,09	0,55	0,10
AFECTIV. NEGATIVA (M4)	0,15	-0,31	-0,33	-0,30	0,40	-0,21	0,24
AFECTIV. NEGATIVA (M5)	0,68a	0,37	0,26	0,84c	0,23	0,90c	0,57
Estrategias de Afrontamiento							
E.A. SOLUCIÓN PROBL. (M1)	-0,26	-0,37	-0,19	-0,33	0,34	-0,35	-0,23
E.A. BÚSQ. APOYO SOC. (M1)	0,11	0,13	-0,17	-0,09	0,63a	-0,04	-0,01
E.A. EVITACIÓN (M1)	0,22	-0,16	0,28	0,41	0,17	0,53	0,17
E.A. SOLUCIÓN PROBL. (M5)	0,24	-0,05	0,31	0,39	0,31	0,22	0,40
E.A. BÚSQ. APOYO SOC. (M5)	0,14	0,21	-0,19	-0,05	0,71b	0,03	-0,02
E.A. EVITACIÓN (M5)	0,69a	0,06	0,29	0,78b	0,21	0,74b	0,60a

Nota. E.A.= Estrategia de Afrontamiento // a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

M1= Aproximadamente un mes antes de la operación

M4= Día después de la operación

M2= Día antes de la operación

M5= Semana siguiente de la operación

M3= Día de la operación

M8= Tres meses después de la operación

La **ansiedad estado el día de la operación (M3)** se relaciona positivamente con la ansiedad rasgo ($r=0,758$, $p=0,004$), con la ansiedad el día de antes de la operación (M2) ($r=0,571$, $p=0,042$), una semana después ($r=0,709$, $p=0,007$) y tres meses después (M8)

($r=0,596$, $p=0,041$). También se relaciona positivamente con la afectividad negativa el día antes de la operación (M2) ($r=0,714$, $p=0,006$), el mismo día (M3) ($r=0,810$, $p=0,001$), una semana después (M5) ($r=0,838$, $p=0,000$), y con la estrategia de evitación una semana después de la operación (M5) ($r=0,777$, $p=0,002$). Se relaciona negativamente con la afectividad positiva un mes antes de la operación (M1) ($r=0,798$, $p=0,001$), el día antes (M2) ($r=0,583$, $p=0,037$), el día de la operación (M3) ($r=0,693$, $p=0,009$) y una semana después (M5) ($r=0,679$, $p=0,011$).

Tabla 3.63. Relaciones entre ansiedad motora y el resto de variables psicológicas. Padres

	Observación 1	Observación 2	Observación 3	Observación 4
Preocupaciones y Locus de Control				
PREOCUPACIONES	0,09	-0,07	-0,17	-0,49
L. CONTROL EXTERNO	-0,44	-0,32	-0,36	-0,40
L. CONTROL INTERNO	0,19	0,18	0,30	0,14
Afectividad Positiva y Negativa				
APECTIV. POSITIVA (M1)	0,17	0,11	0,17	-0,18
APECTIV. POSITIVA (M2)	0,23	0,23	0,29	0,23
APECTIV. POSITIVA (M3)	0,25	0,24	0,33	-0,05
APECTIV. POSITIVA (M4)	0,03	0,05	0,26	-0,20
APECTIV. POSITIVA (M5)	0,24	0,19	0,32	-0,04
APECTIV. NEGATIVA (M1)	0,18	0,11	0,48	0,49
APECTIV. NEGATIVA (M2)	-0,07	0,01	-0,32	-0,08
APECTIV. NEGATIVA (M3)	-0,03	-0,34	-0,47	-0,49
APECTIV. NEGATIVA (M4)	-0,07	0,48	0,37	0,31
APECTIV. NEGATIVA (M5)	-0,07	-0,09	-0,07	0,32
Estrategias de Afrontamiento				
E.A. SOLUCIÓN PROBL. (M1)	0,01	-0,02	-0,34	-0,54
E.A. BÚSQ. APOYO SOC. (M1)	-0,06	0,14	0,12	-0,06
E.A. EVITACIÓN (M1)	0,11	0,22	0,00	0,26
E.A. SOLUCIÓN PROBL. (M5)	-0,21	0,30	-0,05	0,26
E.A. BÚSQ. APOYO SOC. (M5)	0,17	-0,08	-0,08	-0,46
E.A. EVITACIÓN (M5)	-0,31	0,01	-0,01	0,46

Nota. E.A.= Estrategia de Afrontamiento // a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

Observación 1. Al salir de la operación

Observación 3. A los 60 minutos

M1= Aproximadamente un mes antes de la operación

M2= Día antes de la operación

M3= Día de la operación

Observación 2. A los 30 minutos

Observación 4. A los 90 minutos

M4= Día después de la operación

M5= Semana siguiente de la operación

M8= Tres meses después de la operación

La **ansiedad estado el día después de la operación (M4)** se relaciona positivamente con la estrategia de búsqueda de apoyo social antes (M1) ($r=0,629$, $p=0,028$) y después de la operación (M5) ($r=0,706$,

$p=0,007$). Se relaciona negativamente con el locus de control externo ($r=-0,684$, $p=0,014$).

La **ansiedad estado a la semana de la operación (M5)** se relaciona positivamente con la ansiedad del día de la operación (M3) ($r=0,709$, $p=0,007$), con la afectividad negativa a la semana (M5) ($r=0,896$, $p=0,000$) y con la estrategia de evitación a la semana de la operación (M5) ($r=0,737$, $p=0,004$). Se relaciona negativamente con el nivel de preocupaciones ($r=-0,577$, $p=0,049$), y la afectividad positiva un mes antes de la operación (M1) ($r=-0,594$, $p=0,032$), el día de antes (M2) ($r=-0,564$, $p=0,045$) y una semana después (M5) ($r=-0,731$, $p=0,005$).

La **ansiedad estado a los tres meses de la operación (M8)** se relaciona positivamente con la ansiedad rasgo ($r=0,815$, $p=0,002$), con la ansiedad el día de la operación (M3) ($r=0,596$, $p=0,041$), con la ansiedad motora a la hora de la operación ($r=0,838$, $p=0,018$) y con la estrategia de evitación a la semana (M5) ($r=0,604$, $p=0,038$).

Respecto a la **ansiedad motora** (distrés comportamental) de los padres (Tabla 3.63.) no se observan relaciones significativas con el resto de variables psicológicas evaluadas.

Respecto a las preocupaciones y el *Locus* de Control (Tabla 3.64.), el nivel de **preocupaciones** se relaciona positivamente con la estrategia de solución de problemas antes de la operación (M1) ($r=0,637$, $p=0,026$).

El **locus de control externo** se relaciona positivamente con la afectividad positiva el día después de la operación (M4) ($r=0,734$, $p=0,007$) y negativamente con la estrategia de solución de problemas antes de la operación (M1) ($r=-0,589$, $p=0,044$).

El **locus de control interno** se relaciona positivamente con la afectividad positiva el día antes de la operación (M2) ($r=0,594$, $p=0,042$),

y negativamente con la estrategia de evitación antes de la operación (M1) ($r=-0,689$, $p=0,013$).

Tabla 3.64. Relaciones entre preocupaciones, locus de control y las demás variables psicológicas. Padres

	PREOCUPACIONES	LOCUS DE CONTROL EXTERNO	LOCUS DE CONTROL INTERNO
Locus de Control			
L. CONTROL EXTERNO	-0,17		
L. CONTROL INTERNO	-0,30	0,24	
Afectividad Positiva y Negativa			
AFFECTIV. POSITIVA (M1)	0,45	0,17	0,07
AFFECTIV. POSITIVA (M2)	0,00	0,32	0,59a
AFFECTIV. POSITIVA (M3)	0,12	0,40	0,48
AFFECTIV. POSITIVA (M4)	0,18	0,73b	0,33
AFFECTIV. POSITIVA (M5)	0,35	0,39	0,56
AFFECTIV. NEGATIVA (M1)	-0,06	0,08	0,21
AFFECTIV. NEGATIVA (M2)	0,13	-0,09	-0,10
AFFECTIV. NEGATIVA (M3)	-0,18	0,16	-0,33
AFFECTIV. NEGATIVA (M4)	0,29	-0,01	-0,09
AFFECTIV. NEGATIVA (M5)	-0,56	0,09	-0,06
Estrategias de Afrontamiento			
E.A. SOLUCIÓN PROBL. (M1)	0,64a	-0,59a	-0,36
E.A. BÚSQ. APOYO SOC. (M1)	-0,01	-0,17	-0,17
E.A. EVITACIÓN (M1)	-0,24	-0,25	-0,69b
E.A. SOLUCIÓN PROBL. (M5)	0,01	-0,40	-0,34
E.A. BÚSQ. APOYO SOC. (M5)	0,27	-0,45	-0,15
E.A. EVITACIÓN (M5)	-0,44	0,07	-0,40

Nota. E.A.= Estrategia de Afrontamiento // a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

M1= Aproximadamente un mes antes de la operación

M2= Día antes de la operación

M3= Día de la operación

M4= Día después de la operación

M5= Semana siguiente de la operación

M8= Tres meses después de la operación

A continuación se muestran las relaciones entre las variables afectividad positiva, afectividad negativa y estrategias de afrontamiento en los padres (Tabla 3.65.).

La **afectividad positiva evaluada un mes antes de la operación (M1)** se relaciona positivamente con la afectividad positiva evaluada en los otros momentos, el día de antes (M2) ($r=0,628$, $p=0,022$), el mismo día de la operación (M3) ($r=0,801$, $p=0,001$), el día después (M4) ($r=0,629$, $p=0,021$) y a la semana (M5) ($r=0,718$, $p=0,006$). Se relaciona negativamente con la afectividad negativa el día antes de la operación (M2) ($r=-0,815$, $p=0,001$) y a la semana (M5) ($r=-0,719$, $p=0,006$).

La **afectividad positiva evaluada el día antes de la operación (M2)** se relaciona positivamente con las evaluadas en el resto de momentos, [M1, ($r=0,628$, $p=0,022$); M3, ($r=0,694$, $p=0,008$); M4, ($r=0,626$, $p=0,022$); M5, ($r=0,845$, $p=0,000$)]. Se relaciona negativamente con la afectividad negativa una semana después de la operación (M5) ($r=-0,596$, $p=0,031$).

Tabla 3.65. Relaciones entre afectividad positiva, negativa y estrategias de afrontamiento. Padres

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	AFECTIV. POSITIVA (M1)	AFECTIV. POSITIVA (M2)	AFECTIV. POSITIVA (M3)	AFECTIV. POSITIVA (M4)	AFECTIV. POSITIVA (M5)
AFECTIV. POSITIVA (M2)	0,63a				
AFECTIV. POSITIVA (M3)	0,80c	0,69b			
AFECTIV. POSITIVA (M4)	0,63a	0,63a	0,83c		
AFECTIV. POSITIVA (M5)	0,72b	0,85c	0,79c	0,79c	
AFECTIV. NEGATIVA (M1)	-0,01	0,30	-0,09	0,03	0,32
AFECTIV. NEGATIVA (M2)	-0,82c	-0,45	-0,70b	-0,50	-0,47
AFECTIV. NEGATIVA (M3)	-0,55	-0,29	-0,48	-0,08	-0,42
AFECTIV. NEGATIVA (M4)	0,55	0,10	0,45	0,31	0,27
AFECTIV. NEGATIVA (M5)	-0,72b	-0,60a	-0,42	-0,27	-0,64a
SOLUC. PROBL. (M1)	0,26	-0,03	-0,13	-0,30	-0,05
APOYO SOCIAL (M1)	0,26	0,06	0,16	0,08	0,27
EVITACIÓN (M1)	-0,21	-0,37	-0,31	-0,28	-0,61a
SOLUC. PROBL. (M5)	-0,45	-0,26	-0,52	-0,44	-0,49
APOYO SOCIAL (M5)	0,08	-0,19	-0,01	-0,15	-0,05
EVITACIÓN (M5)	-0,50	-0,50	-0,48	-0,25	-0,66a

a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

M1= Aproximadamente un mes antes de la operación

M2= Día antes de la operación

M3= Día de la operación

M4= Día después de la operación

M5= Semana siguiente de la operación

M8= Tres meses después de la operación

La **afectividad positiva evaluada el día de la operación (M3)** se relaciona positivamente con las evaluadas en el resto de momentos, [M1, ($r=0,801$, $p=0,001$); M2, ($r=0,694$, $p=0,008$); M4, ($r=0,826$, $p=0,001$); M5, ($r=0,793$, $p=0,001$)]. Se relaciona negativamente con la afectividad negativa el día antes de la operación (M2) ($r=-0,695$, $p=0,008$).

La **afectividad positiva evaluada al día siguiente de la operación (M4)** se relaciona positivamente con las evaluadas en el resto de momentos, tanto antes como después de la operación [M1, ($r=0,629$,

$p=0,021$); M2, ($r=0,626$, $p=0,022$); M3, ($r=0,826$, $p=0,001$); M5, ($r=0,785$, $p=0,001$).

La **afectividad positiva evaluada una semana después de la operación (M5)** se relaciona positivamente con las evaluadas en el resto de momentos, [M1, ($r=0,718$, $p=0,006$); M2, ($r=0,845$, $p=0,000$); M3, ($r=0,793$, $p=0,001$); M4, ($r=0,785$, $p=0,001$)]. Se relaciona negativamente con la afectividad negativa una semana después de la operación (M5) ($r=-0,642$, $p=0,018$) y con la estrategia de evitación un mes antes de la operación (M1) ($r=-0,611$, $p=0,035$) y una semana después (M5) ($r=-0,656$, $p=0,015$).

A continuación se muestran las relaciones entre la afectividad negativa evaluada en los distintos momentos y las estrategias de afrontamiento en los padres (Tabla 3.66.).

Tabla 3.66. Relaciones entre afectividad negativa y estrategias de afrontamiento. Padres

	AFECTIV. NEGATIVA (M1)	AFECTIV. NEGATIVA (M2)	AFECTIV. NEGATIVA (M3)	AFECTIV. NEGATIVA (M4)	AFECTIV. NEGATIVA (M5)
Afectividad Negativa					
AFECTIV. NEGATIVA (M2)	0,05				
AFECTIV. NEGATIVA (M3)	-0,13	0,55			
AFECTIV. NEGATIVA (M4)	-0,06	-0,40	-0,46		
AFECTIV. NEGATIVA (M5)	-0,09	0,47	0,56a	-0,14	
Estrategias de Afrontamiento					
SOLUC. PROBL. (M1)	-0,33	-0,14	-0,13	0,06	-0,57
APOYO SOCIAL (M1)	-0,01	-0,36	-0,03	0,43	-0,12
EVITACIÓN (M1)	-0,38	0,15	0,47	-0,10	0,29
SOLUC. PROBL. (M5)	-0,25	0,41	0,38	-0,16	0,12
APOYO SOCIAL (M5)	-0,04	-0,20	-0,02	0,14	-0,08
EVITACIÓN (M5)	-0,12	0,34	0,56a	0,13	0,78b

a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

M1= Aproximadamente un mes antes de la operación

M2= Día antes de la operación

M3= Día de la operación

M4= Día después de la operación

M5= Semana siguiente de la operación

M8= Tres meses después de la operación

La afectividad negativa evaluada un mes antes de la operación (M1), el día de antes (M2) y al día siguiente (M4) en los padres, no se relaciona con la afectividad negativa manifestada en los otros momentos, ni con las estrategias de afrontamiento.

La **afectividad negativa evaluada el día de la operación (M3)** se relaciona positivamente con la afectividad negativa (M5) ($r=0,557$, $p=0,048$) y la estrategia de evitación evaluadas una semana después de la operación (M5) ($r=0,557$, $p=0,048$).

La **afectividad negativa evaluada una semana después de la operación (M5)** se relaciona positivamente con la estrategia de evitación utilizada por los padres una semana después de la intervención quirúrgica (M5) ($r=0,779$, $p=0,002$).

Con respecto a las estrategias de afrontamiento, como se puede observar (Tabla 3.67.), únicamente la **estrategia de búsqueda de apoyo social antes de la operación (M1)** se relaciona positivamente con la utilización de esta misma estrategia una semana después (M5) ($r=0,756$, $p=0,004$).

Tabla 3.67. Relaciones entre estrategias de afrontamiento. Padres

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	SOLUC. PROBL. (M1)	APOYO SOCIAL (M1)	EVITACIÓN (M1)	SOLUC. PROBL. (M5)	APOYO SOCIAL (M5)
Estrategias de Afrontamiento					
SOLUC. PROBL. (M1)					
APOYO SOCIAL (M1)	0,26				
EVITACIÓN (M1)	0,12	0,13			
SOLUC. PROBL. (M5)	0,51	0,12	0,51		
APOYO SOCIAL (M5)	0,50	0,76^b	0,00	0,16	
EVITACIÓN (M5)	-0,37	0,02	0,50	0,32	-0,24

a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

M1= Aproximadamente un mes antes de la operación

M5= Semana siguiente de la operación

A continuación se muestran los datos relativos a las **madres**.

Como se puede observar (Tabla 3.68.), la **ansiedad rasgo** en las madres está relacionada positivamente con la ansiedad estado evaluada en todos los momentos, antes de la operación (M1) ($r=0,460$, $p=0,001$), el día de antes (M2) ($r=0,595$, $p=0,000$), el día de la operación (M3) ($r=0,595$, $p=0,000$), el día de después (M4) ($r=0,417$, $p=0,003$), a la semana (M5) ($r=0,514$, $p=0,000$) y a los tres meses (M8) ($r=0,432$, $p=0,002$).

También se relaciona positivamente con preocupaciones sobre la cirugía ($r=0,395$, $p=0,005$), afectividad negativa el día antes de la operación (M2) ($r=0,696$, $p=0,000$), el día de la operación (M3) ($r=0,594$, $p=0,000$), al día siguiente (M4) ($r=0,416$, $p=0,003$) a la semana (M5) ($r=0,578$, $p=0,000$), con la búsqueda de apoyo social (M1) ($r=0,358$, $p=0,001$) y la evitación antes de la operación (M1) ($r=0,589$, $p=0,000$) y con las tres estrategias de afrontamiento la semana después de la operación (M5), solución de problemas ($r=0,294$, $p=0,042$), búsqueda de apoyo social ($r=0,414$, $p=0,003$) y evitación ($r=0,478$, $p=0,001$).

La ansiedad rasgo se relaciona negativamente con la afectividad positiva en todos los momentos evaluados, antes de la operación (M1) ($r=-0,447$, $p=0,001$), el día de antes (M2) ($r=-0,581$, $p=0,000$), el día de la operación (M3) ($r=-0,517$, $p=0,000$), el día de después (M4) ($r=-0,558$, $p=0,000$) y a la semana (M5) ($r=-0,530$, $p=0,000$).

La **ansiedad estado evaluada en la primera entrevista (M1)**, un mes antes de la operación se relaciona positivamente con la ansiedad rasgo ($r=0,460$, $p=0,001$), con la evaluada el día de antes (M2) ($r=0,354$, $p=0,011$), el día de la operación (M3) ($r=0,366$, $p=0,008$), el día de después (M4) ($r=0,321$, $p=0,023$) y a la semana (M5) ($r=0,382$, $p=0,006$).

También se relaciona positivamente con la afectividad negativa evaluada en todos los momentos [M1, ($r=0,765$, $p=0,000$); M2, ($r=0,436$, $p=0,001$); M3, ($r=0,298$, $p=0,035$); M4, ($r=0,302$, $p=0,033$); M5, ($r=0,361$, $p=0,009$)] y con la estrategia de afrontamiento de evitación antes (M1) ($r=0,355$, $p=0,012$) y después de la operación (M5) ($r=0,488$, $p=0,000$). La ansiedad estado en el momento 1 se relaciona negativamente con la afectividad positiva en todos los momentos evaluados [M1, ($r=-0,678$, $p=0,000$); M2, ($r=-0,316$, $p=0,024$); M3, ($r=-0,284$, $p=0,046$); M4, ($r=-0,369$, $p=0,008$); M5, ($r=-0,325$, $p=0,020$)].

Tabla 3.68. Relaciones entre la ansiedad y las demás variables psicológicas. Madres

	ANS. RASGO	ANS. ESTADO (M1)	ANS. ESTADO (M2)	ANS. ESTADO (M3)	ANS. ESTADO (M4)	ANS. ESTADO (M5)	ANS. ESTADO (M8)
Ansiiedad Cognitiva							
ANSIEDAD ESTADO (M1)	0,46c						
ANSIEDAD ESTADO (M2)	0,60c	0,35b					
ANSIEDAD ESTADO (M3)	0,60c	0,37b	0,80c				
ANSIEDAD ESTADO (M4)	0,42b	0,32a	0,36b	0,34a			
ANSIEDAD ESTADO (M5)	0,51c	0,38b	0,45c	0,38b	0,78c		
ANSIEDAD ESTADO (M8)	0,43b	0,15	0,30a	0,24	0,57c	0,71c	
Ansiiedad Motora (Distrés Comportamental)							
Observación 1	0,08	0,03	0,14	0,08	-0,08	0,05	0,09
Observación 2	0,15	0,11	0,07	-0,05	0,09	0,23	0,03
Observación 3	0,19	0,18	0,27	0,20	0,15	0,08	-0,03
Observación 4	0,18	0,10	0,18	0,29a	0,29a	0,35a	0,22
Preocupaciones y Locus de Control							
PREOCUPACIONES	0,40b	0,22	0,51c	0,49c	0,21	0,21	-0,02
L. CONTROL EXTERNO	0,03	0,13	-0,09	-0,05	0,29a	-0,02	0,10
L. CONTROL INTERNO	-0,11	-0,11	-0,23	-0,17	0,01	-0,22	0,10
Afectividad Positiva y Negativa							
AFFECTIV. POSITIVA (M1)	-0,45c	-0,68c	-0,16	-0,33a	-0,18	-0,14	-0,06
AFFECTIV. POSITIVA (M2)	-0,58c	-0,32a	-0,65c	-0,70c	-0,35a	-0,32a	-0,15
AFFECTIV. POSITIVA (M3)	-0,52c	-0,28a	-0,57c	-0,76c	-0,38b	-0,37b	-0,18
AFFECTIV. POSITIVA (M4)	-0,56c	-0,37b	-0,47c	-0,53c	-0,74c	-0,59c	-0,40b
AFFECTIV. POSITIVA (M5)	-0,53c	-0,33a	-0,46c	-0,44c	-0,58c	-0,70c	-0,46c
AFFECTIV. NEGATIVA (M1)	0,17	0,77c	0,01	0,01	0,19	0,28a	0,15
AFFECTIV. NEGATIVA (M2)	0,70c	0,44c	0,65c	0,61c	0,48c	0,57c	0,44c
AFFECTIV. NEGATIVA (M3)	0,59c	0,30a	0,60c	0,65c	0,12	0,16	0,16
AFFECTIV. NEGATIVA (M4)	0,42b	0,30a	0,28a	0,16	0,60c	0,56c	0,53c
AFFECTIV. NEGATIVA (M5)	0,58c	0,36b	0,35a	0,27	0,72c	0,84c	0,76c
Estrategias de Afrontamiento							
E.A. SOLUCIÓN PROBL. (M1)	0,25	0,07	0,25	0,33a	-0,06	0,07	0,14
E.A. BÚSQ. APOYO SOC. (M1)	0,36a	0,15	0,27	0,33a	0,05	0,05	-0,04
E.A. EVITACIÓN (M1)	0,59c	0,36a	0,30a	0,39b	0,28a	0,41b	0,36b
E.A. SOLUCIÓN PROBL. (M5)	0,29a	-0,02	0,09	0,21	0,13	0,07	0,17
E.A. BÚSQ. APOYO SOC. (M5)	0,41b	0,08	0,24	0,33a	0,28	0,20	0,16
E.A. EVITACIÓN (M5)	0,48c	0,49c	0,12	0,16	0,50c	0,58c	0,42b

Nota. E.A.= Estrategia de Afrontamiento a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

Observación 1. Al salir de la operación

Observación 3. A los 60 minutos

M1= Aproximadamente un mes antes de la operación

M2= Día antes de la operación

M3= Día de la operación

Observación 2. A los 30 minutos

Observación 4. A los 90 minutos

M4= Día después de la operación

M5= Semana siguiente de la operación

M8= Tres meses después de la operación

La **ansiedad estado evaluada el día antes de la operación (M2)**, se relaciona positivamente con la ansiedad rasgo ($r=0,595$, $p=0,000$) con la ansiedad estado un mes antes (M1) ($r=0,354$, $p=0,011$), con la ansiedad estado el día de la operación (M3) ($r=0,800$, $p=0,000$), al día siguiente (M4) ($r=0,364$, $p=0,009$), a la semana siguiente (M5) ($r=0,445$, $p=0,001$) y a los tres meses (M8) ($r=0,300$, $p=0,035$). También

se relaciona positivamente con preocupaciones ($r=0,507$, $p=0,000$), con la afectividad negativa del día de antes de la operación (M2) ($r=0,653$, $p=0,000$), el día de la operación (M3) ($r=0,597$, $p=0,000$), al día siguiente (M4) ($r=0,284$, $p=0,046$) y a la semana (M5) ($r=0,345$, $p=0,013$) y con la estrategia de afrontamiento de evitación antes de la operación (M1) ($r=0,297$, $p=0,038$). La ansiedad estado en el momento 2 se relaciona negativamente con la afectividad positiva en el mismo momento (M2) ($r=-0,649$, $p=0,000$), el día de la operación (M3) ($r=-0,565$, $p=0,000$), al día siguiente (M4) ($r=-0,465$, $p=0,001$) y a la semana (M5) ($r=-0,461$, $p=0,001$).

La **ansiedad estado evaluada el día de la operación (M3)**, se relaciona positivamente con la ansiedad rasgo ($r=0,595$, $p=0,000$), con la ansiedad estado un mes antes (M1) ($r=0,366$, $p=0,008$), el día de antes (M2) ($r=0,800$, $p=0,000$), al día siguiente (M4) ($r=0,336$, $p=0,017$) y a la semana (M5) ($r=0,376$, $p=0,007$). También se relaciona positivamente con la ansiedad motora a la hora y media de la operación ($r=0,287$, $p=0,048$), con preocupaciones ($r=0,494$, $p=0,000$), con afectividad negativa del día antes de la operación (M2) ($r=0,609$, $p=0,000$) y el día de la operación ($r=0,652$, $p=0,000$), con las tres estrategias de afrontamiento antes de la operación (M1) [Solución de problemas, ($r=0,332$, $p=0,020$); Búsqueda de apoyo social, ($r=0,332$, $p=0,020$); Evitación, ($r=0,391$, $p=0,005$)], y con la estrategia de evitación a la semana de la operación (M5) ($r=0,325$, $p=0,020$). La ansiedad estado el día de la operación (M3) se relaciona negativamente con la afectividad positiva en todos los momentos evaluados [M1, ($r=-0,327$, $p=0,019$); M2, ($r=-0,696$, $p=0,000$); M3, ($r=-0,761$, $p=0,000$); M4, ($r=-0,534$, $p=0,000$); M5, ($r=-0,442$, $p=0,001$)].

La **ansiedad estado evaluada el día después de la operación (M4)**, se relaciona positivamente con la ansiedad rasgo ($r=0,417$, $p=0,003$), con la evaluada un mes antes de la operación (M1) ($r=0,321$,

$p=0,023$), el día de antes (M2) ($r=0,364$, $p=0,009$), el día de la operación (M3) ($r=0,336$, $p=0,017$), a la semana (M5) ($r=0,780$, $p=0,000$), y a los tres meses (M8) ($r=0,572$, $p=0,000$). También se relaciona positivamente con la ansiedad motora a la hora y media de la operación ($r=0,288$, $p=0,049$), con el locus de control externo ($r=0,287$, $p=0,048$), con la afectividad negativa el día antes de la operación (M2) ($r=0,477$, $p=0,000$), el día siguiente (M4) ($r=0,597$, $p=0,000$) y a la semana (M5) ($r=0,723$, $p=0,000$), con la estrategia de evitación antes (M1) ($r=0,282$, $p=0,050$) y después de la operación (M5) ($r=0,500$, $p=0,000$). La ansiedad estado en el momento 4 se relaciona negativamente con la afectividad positiva el día antes de la operación (M2), ($r=-0,354$, $p=0,012$), el día de la operación (M3) ($r=-0,381$, $p=0,007$), al día siguiente (M4) ($r=-0,739$, $p=0,000$) y a la semana (M5) ($r=-0,582$, $p=0,000$).

La **ansiedad estado evaluada una semana después de la operación (M5)**, se relaciona positivamente con la ansiedad rasgo ($r=0,514$, $p=0,000$), con la evaluada un mes antes de la operación (M1) ($r=0,382$, $p=0,006$), el día de antes (M2) ($r=0,445$, $p=0,001$), el día de la operación (M3) ($r=0,376$, $p=0,007$), al día siguiente (M4) ($r=0,780$, $p=0,000$) y a los tres meses (M8) ($r=0,708$, $p=0,000$). También se relaciona positivamente con la ansiedad motora a la hora y media de la operación ($r=0,351$, $p=0,014$), con la afectividad negativa evaluada un mes antes de la operación (M1) ($r=0,277$, $p=0,049$), el día de antes (M2) ($r=0,572$, $p=0,000$), al día siguiente (M4) ($r=0,555$, $p=0,000$) y a la semana (M5) ($r=0,843$, $p=0,000$) y con la estrategia de evitación evaluada antes (M1) ($r=0,406$, $p=0,004$) y después de la operación (M5) ($r=0,577$, $p=0,000$). La ansiedad estado en el momento 5 se relaciona negativamente con la afectividad positiva el día antes de la operación (M2), ($r=-0,321$, $p=0,022$), el día de la operación (M3) ($r=-0,369$, $p=0,008$), al día siguiente (M4) ($r=-0,591$, $p=0,000$) y a la semana (M5) ($r=-0,697$, $p=0,000$).

Por último, la **ansiedad estado evaluada tres meses después de la operación (M8)**, se relaciona positivamente con la ansiedad rasgo ($r=0,432$, $p=0,002$), con la evaluada el día antes de la operación (M2) ($r=0,300$, $p=0,035$), al día siguiente (M4) ($r=0,572$, $p=0,000$) y a la semana (M5) ($r=0,708$, $p=0,000$). También se relaciona positivamente con la afectividad negativa el día de antes (M2) ($r=0,442$, $p=0,001$), el día después (M4) ($r=0,530$, $p=0,000$) y a la semana (M5) ($r=0,761$, $p=0,000$) y con la estrategia de evitación antes (M1) ($r=0,357$, $p=0,012$) y después de la operación (M5) ($r=0,416$, $p=0,003$). La ansiedad estado en el momento 8 se relaciona negativamente con la afectividad positiva al día siguiente (M4) ($r=-0,404$, $p=0,004$) y a la semana (M5) ($r=-0,463$, $p=0,001$).

Tabla 3.69. Relaciones entre preocupaciones, locus de control y las demás variables psicológicas. Madres

	Observación 1	Observación 2	Observación 3	Observación 4
Preocupaciones y Locus de Control				
PREOCUPACIONES	0,25	0,40b	0,43b	0,31a
L. CONTROL EXTERNO	-0,05	-0,05	0,12	-0,11
L. CONTROL INTERNO	0,11	-0,14	0,10	-0,26
Afectividad Positiva y Negativa				
AFECTIV. POSITIVA (M1)	0,02	0,16	0,03	0,02
AFECTIV. POSITIVA (M2)	-0,04	0,07	-0,22	-0,22
AFECTIV. POSITIVA (M3)	-0,01	0,05	-0,19	-0,27
AFECTIV. POSITIVA (M4)	0,09	-0,03	-0,19	-0,24
AFECTIV. POSITIVA (M5)	-0,12	-0,15	-0,08	-0,30a
AFECTIV. NEGATIVA (M1)	0,08	0,19	0,18	-0,07
AFECTIV. NEGATIVA (M2)	0,01	0,02	0,19	0,20
AFECTIV. NEGATIVA (M3)	0,11	-0,05	0,13	0,06
AFECTIV. NEGATIVA (M4)	-0,06	-0,12	-0,07	-0,02
AFECTIV. NEGATIVA (M5)	-0,04	0,03	0,03	0,23
Estrategias de Afrontamiento				
E.A. SOLUCIÓN PROBL. (M1)	0,04	0,00	0,22	0,05
E.A.BÚSQ. APOYO SOC. (M1)	0,02	-0,09	0,17	-0,01
E.A. EVITACIÓN (M1)	0,03	0,22	0,24	0,20
E.A. SOLUCIÓN PROBL. (M5)	-0,19	-0,38b	-0,28	-0,16
E.A.BÚSQ. APOYO SOC. (M5)	-0,19	-0,30a	-0,17	-0,12
E.A. EVITACIÓN (M5)	-0,04	0,17	0,10	0,19

Nota. E.A.= Estrategia de Afrontamiento // a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

Observación 1. Al salir de la operación

Observación 3. A los 60 minutos

M1= Aproximadamente un mes antes de la operación

M2= Día antes de la operación

M3= Día de la operación

Observación 2. A los 30 minutos

Observación 4. A los 90 minutos

M4= Día después de la operación

M5= Semana siguiente de la operación

M8= Tres meses después de la operación

Las relaciones entre la **ansiedad motora** de las madres y el resto de variables psicológicas (Tabla 3.69.) muestra que el distrés comportamental evaluado a la media hora de la operación se relaciona positivamente con el nivel de preocupaciones ($r=0,395$; $p=0,007$), y negativamente con las estrategias de afrontamiento de solución de problemas ($r=-0,379$; $p=0,009$) y búsqueda de apoyo social ($r=-0,295$; $p=0,046$) utilizadas a la semana de la operación. El distrés comportamental manifestado a la hora de la operación se relaciona positivamente con el nivel de preocupaciones ($r=0,432$; $p=0,004$). Por último, el distrés comportamental evaluado a la hora y media de la operación se relaciona positivamente con el nivel de preocupaciones ($r=0,305$; $p=0,037$), y negativamente, con la afectividad positiva a la semana de la operación (M5) ($r=-0,299$; $p=0,039$).

Tabla 3.70. Relaciones entre preocupaciones, locus de control y las demás variables psicológicas. Madres

	PREOCUPACIONES	LOCUS DE CONTROL EXTERNO	LOCUS DE CONTROL INTERNO
Locus de Control			
L. CONTROL EXTERNO	0,05		
L. CONTROL INTERNO	-0,10	0,48c	
Afectividad Positiva y Negativa			
AFECTIV. POSITIVA (M1)	-0,28	-0,08	-0,01
AFECTIV. POSITIVA (M2)	-0,38b	0,02	0,09
AFECTIV. POSITIVA (M3)	-0,38b	0,04	0,10
AFECTIV. POSITIVA (M4)	-0,37b	-0,12	-0,03
AFECTIV. POSITIVA (M5)	-0,34a	0,13	0,15
AFECTIV. NEGATIVA (M1)	0,08	0,13	0,04
AFECTIV. NEGATIVA (M2)	0,26	0,05	-0,16
AFECTIV. NEGATIVA (M3)	0,25	0,04	-0,20
AFECTIV. NEGATIVA (M4)	-0,03	0,35a	0,21
AFECTIV. NEGATIVA (M5)	0,08	0,18	0,05
Estrategias de Afrontamiento			
E.A. SOLUCIÓN PROBL. (M1)	0,33a	-0,15	-0,15
E.A. BÚSQ. APOYO SOC. (M1)	0,14	-0,15	-0,06
E.A. EVITACIÓN (M1)	0,36a	0,05	0,02
E.A. SOLUCIÓN PROBL. (M5)	-0,05	-0,08	-0,14
E.A. BÚSQ. APOYO SOC. (M5)	0,08	0,04	-0,10
E.A. EVITACIÓN (M5)	0,16	0,02	-0,11

Nota. E.A.= Estrategia de Afrontamiento // a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

M1= Aproximadamente un mes antes de la operación

M2= Día antes de la operación

M3= Día de la operación

M4= Día después de la operación

M5= Semana siguiente de la operación

M8= Tres meses después de la operación

Se analizaron las relaciones entre el nivel de preocupaciones, el locus de control externo y el locus de control interno con respecto a las demás variables psicológicas evaluadas en las madres (Tabla 3.70.).

Como puede observarse, el **nivel de preocupaciones** de las madres se relaciona negativamente con la afectividad positiva evaluada el día antes de la operación (M2) ($r=-0,378$, $p=0,007$), el día de la operación (M3) ($r=-0,381$, $p=0,007$), al día siguiente (M4) ($r=-0,374$, $p=0,007$) y a la semana (M5) ($r=-0,341$, $p=0,015$), y, positivamente con las estrategias de solución de problemas (M1) ($r=0,331$, $p=0,020$) y evitación (M1) ($r=0,358$, $p=0,012$) evaluadas antes de la operación.

El **locus de control externo** se relaciona positivamente con el locus de control interno ($r=0,479$, $p=0,001$) y con la afectividad negativa del día después de la operación (M4) ($r=0,350$, $p=0,015$).

La **afectividad positiva evaluada un mes antes de la operación (M1)** (Tabla 3.71.), se relaciona positivamente con la afectividad evaluada en el resto de momentos [M2, ($r=0,439$, $p=0,001$); M3, ($r=0,447$, $p=0,001$); M4, ($r=0,508$, $p=0,000$); M5, ($r=0,370$, $p=0,008$)]. Se relaciona negativamente con la afectividad negativa evaluada un mes antes de la operación (M1) ($r=-0,429$, $p=0,002$) y con las estrategias de evitación evaluadas antes (M1) ($r=-0,381$, $p=0,007$) y después de la operación (M5) ($r=-0,400$, $p=0,004$).

La **afectividad positiva evaluada el día antes de la operación (M2)** también se relaciona positivamente con el resto de momentos [M1, ($r=0,439$, $p=0,001$); M3, ($r=0,831$, $p=0,000$); M4, ($r=0,686$, $p=0,000$); M5, ($r=0,618$, $p=0,000$)]. Se relaciona negativamente con la afectividad negativa evaluada el día antes de la operación (M2) ($r=-0,551$, $p=0,000$) y el mismo día de la operación (M3) ($r=-0,451$, $p=0,001$), con la estrategia de evitación antes de la operación (M1) ($r=-0,490$, $p=0,000$) y

con la estrategia de búsqueda de apoyo social antes (M1) ($r=-0,313$, $p=0,029$) y después de la operación (M5) ($r=-0,298$, $p=0,033$).

Tabla 3.71. Relaciones entre afectividad positiva, negativa y estrategias de afrontamiento. Madres

	AFECTIV. POSITIVA (M1)	AFECTIV. POSITIVA (M2)	AFECTIV. POSITIVA (M3)	AFECTIV. POSITIVA (M4)	AFECTIV. POSITIVA (M5)
Afectividad Positiva y Negativa					
AFECTIV. POSITIVA (M2)	0,44c				
AFECTIV. POSITIVA (M3)	0,45c	0,83c			
AFECTIV. POSITIVA (M4)	0,51c	0,69c	0,70c		
AFECTIV. POSITIVA (M5)	0,37b	0,62c	0,63c	0,75c	
AFECTIV. NEGATIVA (M1)	-0,43b	0,09	0,05	-0,12	-0,09
AFECTIV. NEGATIVA (M2)	-0,24	-0,55c	-0,48c	-0,47c	-0,45c
AFECTIV. NEGATIVA (M3)	-0,24	-0,45c	-0,43b	-0,22	-0,13
AFECTIV. NEGATIVA (M4)	-0,11	-0,16	-0,06	-0,30a	-0,21
AFECTIV. NEGATIVA (M5)	-0,18	-0,27	-0,26	-0,51c	-0,53c
Estrategias de Afrontamiento					
SOLUC. PROBL. (M1)	-0,05	-0,20	-0,18	0,00	0,02
APOYO SOCIAL (M1)	-0,14	-0,32a	-0,18	-0,10	-0,12
EVITACIÓN (M1)	-0,38b	-0,49c	-0,51c	-0,54c	-0,53c
SOLUC. PROBL. (M5)	-0,17	-0,27	-0,17	-0,12	-0,12
APOYO SOCIAL (M5)	-0,27	-0,30a	-0,23	-0,25	-0,20
EVITACIÓN (M5)	-0,40b	-0,22	-0,23	-0,46c	-0,49c

Nota. a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

M1= Aproximadamente un mes antes de la operación

M2= Día antes de la operación

M3= Día de la operación

M4= Día después de la operación

M5= Semana siguiente de la operación

M8= Tres meses después de la operación

La **afectividad positiva evaluada el día de la operación (M3)** también se relaciona positivamente con el resto de momentos [M1, ($r=0,447$, $p=0,001$); M2, ($r=0,831$, $p=0,000$); M4, ($r=0,699$, $p=0,000$); M5, ($r=0,633$, $p=0,000$)]. Se relaciona negativamente con la afectividad negativa evaluada el día antes de la operación (M2) ($r=-0,478$, $p=0,000$) y el mismo día de la operación (M3) ($r=-0,428$, $p=0,002$) y con la estrategia de evitación antes de la operación (M1) ($r=-0,507$, $p=0,000$).

La **afectividad positiva evaluada el día después de la operación (M4)** también se relaciona positivamente con el resto de momentos [M1, ($r=0,508$, $p=0,000$); M2, ($r=0,686$, $p=0,000$); M3, ($r=0,699$, $p=0,000$); M5, ($r=0,750$, $p=0,000$)]. Se relaciona negativamente con la afectividad negativa evaluada el día antes de la operación (M2) ($r=-0,468$, $p=0,001$), el día después de la operación (M4) ($r=-0,303$,

$p=0,033$), a la semana de la operación (M5) ($r=-0,513$, $p=0,000$), y con las estrategias de evitación antes (M1) ($r=-0,540$, $p=0,000$) y después de la operación (M5) ($r=-0,460$, $p=0,001$).

La **afectividad positiva evaluada a la semana de la operación (M5)** se relaciona positivamente con el resto de momentos [M1, ($r=0,370$, $p=0,008$); M2, ($r=0,618$, $p=0,000$); M3, ($r=0,633$, $p=0,000$); M4, ($r=0,750$, $p=0,000$)]. Se relaciona negativamente con la afectividad negativa evaluada el día antes de la operación (M2) ($r=-0,447$, $p=0,001$), a la semana de la operación (M5) ($r=-0,530$, $p=0,000$), y con las estrategias de evitación antes (M1) ($r=-0,525$, $p=0,000$) y después de la operación (M5) ($r=-0,492$, $p=0,000$).

La **afectividad negativa evaluada un mes antes de la operación (M1)** (Tabla 3.72.), se relaciona positivamente con la afectividad negativa evaluada a la semana de la operación (M5) ($r=0,313$, $p=0,025$) y con la estrategia de evitación evaluadas antes (M1) ($r=0,281$, $p=0,050$) y después de la operación (M5) ($r=0,516$, $p=0,000$).

La **afectividad negativa evaluada el día antes de la operación (M2)** se relaciona positivamente con la afectividad negativa evaluada el día de la operación (M3) ($r=0,726$, $p=0,000$), al día siguiente (M4) ($r=0,597$, $p=0,000$) y a la semana (M5) ($r=0,651$, $p=0,000$), y con las estrategias de afrontamiento de solución de problemas antes de la operación (M1) ($r=0,306$, $p=0,033$), y con evitación antes (M1) ($r=0,472$, $p=0,001$) y después de la operación (M5) ($r=0,459$, $p=0,001$), así como con búsqueda de apoyo social después de la operación (M5) ($r=0,283$, $p=0,044$).

La **afectividad negativa evaluada el día de la operación (M3)** se relaciona positivamente con la afectividad negativa evaluada el día de antes (M2) ($r=0,726$, $p=0,000$) y el día de después (M4) ($r=0,307$, $p=0,032$).

Tabla 3.72. Relaciones entre afectividad negativa y estrategias de afrontamiento. Madres

	AFECTIV. NEGATIVA (M1)	AFECTIV. NEGATIVA (M2)	AFECTIV. NEGATIVA (M3)	AFECTIV. NEGATIVA (M4)	AFECTIV. NEGATIVA (M5)
Afectividad Negativa					
AFECTIV. NEGATIVA (M2)	-0,26				
AFECTIV. NEGATIVA (M3)	-0,04	0,73c			
AFECTIV. NEGATIVA (M4)	0,25	0,60c	0,31a		
AFECTIV. NEGATIVA (M5)	0,31a	0,65c	0,21	0,82c	
Estrategias de Afrontamiento					
SOLUC. PROBL. (M1)	0,12	0,31a	0,23	0,09	0,10
APOYO SOCIAL (M1)	0,00	0,25	0,14	0,04	0,15
EVITACIÓN (M1)	0,28a	0,47c	0,24	0,06	0,40b
SOLUC. PROBL. (M5)	-0,12	0,25	0,24	0,20	0,22
APOYO SOCIAL (M5)	-0,06	0,28a	0,25	0,25	0,29a
EVITACIÓN (M5)	0,52c	0,46c	0,12	0,32a	0,61c

Nota. a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

M1= Aproximadamente un mes antes de la operación

M2= Día antes de la operación

M3= Día de la operación

M4= Día después de la operación

M5= Semana siguiente de la operación

M8= Tres meses después de la operación

La **afectividad negativa evaluada el día de después de la operación (M4)** se relaciona positivamente con la afectividad negativa evaluada el día de antes (M2) ($r=0,597$, $p=0,000$), el mismo día (M3) ($r=0,307$, $p=0,032$) y a la semana (M5) ($r=0,819$, $p=0,000$), y con la estrategia de evitación evaluada a la semana de la operación (M5) ($r=0,319$, $p=0,024$).

La **afectividad negativa evaluada a la semana de la operación (M5)** se relaciona positivamente con la afectividad negativa un mes antes de la operación (M1) ($r=0,313$, $p=0,025$), el día de antes (M2) ($r=0,651$, $p=0,000$), el día de después (M4) ($r=0,819$, $p=0,000$), con la estrategia de evitación antes (M1) ($r=0,398$, $p=0,005$) y después de la operación (M5) ($r=0,610$, $p=0,000$) y la estrategia de búsqueda de apoyo social después de la operación (M5) ($r=0,289$, $p=0,039$).

La **estrategia de solución de problemas antes de la operación (M1)** (Tabla 3.73.), se relaciona positivamente con las otras dos estrategias evaluadas en ese momento, solución de problemas ($r=0,287$, $p=0,046$) y búsqueda de apoyo social ($r=0,313$, $p=0,029$) y con la

estrategia de solución de problemas después de la operación (M5) ($r=0,422$, $p=0,003$).

Tabla 3.73. Relaciones entre estrategias de afrontamiento. Madres

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	SOLUC. PROBL. (M1)	APOYO SOCIAL (M1)	EVITACIÓN (M1)	SOLUC. PROBL. (M5)	APOYO SOCIAL (M5)
Estrategias de Afrontamiento					
SOLUC. PROBL. (M1)					
APOYO SOCIAL (M1)	0,29a				
EVITACIÓN (M1)	0,31a	0,23			
SOLUC. PROBL. (M5)	0,42b	0,43b	0,24		
APOYO SOCIAL (M5)	0,12	0,70c	0,06	0,62c	
EVITACIÓN (M5)	0,16	0,23	0,63c	0,37b	0,27

Nota. a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

M1= Aproximadamente un mes antes de la operación

M5= Semana siguiente de la operación

La **estrategia de búsqueda de apoyo social antes de la operación (M1)** se relaciona con la de solución de problemas antes de la operación ($r=0,287$, $p=0,046$) y con la de solución de problemas (M5) ($r=0,426$, $p=0,002$) y búsqueda de apoyo social (M5) ($r=0,695$, $p=0,000$) después de la operación.

La **estrategia de evitación antes de la operación (M1)** se relaciona con la estrategia de solución de problemas antes de la operación ($r=0,313$, $p=0,029$) y con la estrategia de evitación después de la operación (M5) ($r=0,629$, $p=0,000$).

La **estrategia de solución de problemas después de la operación (M5)** se relaciona con las otras dos estrategias evaluadas en ese momento, búsqueda de apoyo social ($r=0,620$, $p=0,000$) y evitación ($r=0,367$, $p=0,008$) y con las estrategias de solución de problemas (M1) ($r=0,422$, $p=0,003$) y apoyo social (M1) ($r=0,426$, $p=0,002$) antes de la operación.

La **estrategia de búsqueda de apoyo social después de la operación (M5)** se relaciona positivamente con solución de problemas después de la operación ($r=0,620$, $p=0,000$) y búsqueda de apoyo social antes de la operación (M1) ($r=0,695$, $p=0,000$).

La **estrategia de evitación después de la operación (M5)** se relaciona con la solución de problemas después de la operación ($r=0,367$, $p=0,008$) y con la evitación antes de la operación (M1) ($r=0,629$, $p=0,000$).

En el siguiente apartado se presentan las relaciones entre las variables psicológicas evaluadas en las ocho familias donde se administraron cuestionarios a ambos padres.

3.4.4.3. Relaciones entre variables evaluadas en ambos padres

En el presente apartado se analizan las relaciones entre las variables psicológicas evaluadas en ambos padres. En primer lugar, se muestran las relaciones entre la ansiedad de los padres, evaluadas en los distintos momentos y las variables psicológicas evaluadas en las madres (Tabla 3.74.).

Como puede observarse (Tabla 3.74.) la **afectividad positiva** de las **madres** evaluada el día antes de la intervención quirúrgica (M2) correlaciona negativamente con la ansiedad rasgo de los padres ($r=-0,769$, $p=0,026$), con la ansiedad estado evaluada el día antes de la intervención quirúrgica (M2) ($r=-0,781$, $p=0,022$) y con la ansiedad estado al día siguiente de ésta (M3) ($r=-0,796$, $p=0,018$).

La **ansiedad estado** evaluada un mes antes de la intervención quirúrgica en los **padres (M1)** correlaciona negativamente con el locus de control externo de las madres ($r=-0,844$, $p=0,008$) y con la afectividad negativa el día siguiente de la intervención (M4) ($r=-0,731$, $p=0,039$).

La **ansiedad estado** evaluada al día siguiente de la intervención quirúrgica en los **padres (M4)** correlaciona negativamente con la estrategia de afrontamiento orientada a la solución de problemas

evaluada en las madres ante la inminente operación de su hijo (M1) ($r=-0,777$, $p=0,023$).

Tabla 3.74. Relaciones entre la ansiedad en los padres y las variables psicológicas evaluadas en las madres

MADRES	PADRES (n=8)	ANS. RASGO	ANS. ESTADO (M1)	ANS. ESTADO (M2)	ANS. ESTADO (M3)	ANS. ESTADO (M4)	ANS. ESTADO (M5)	ANS. ESTADO (M8)
Ansidad Cognitiva								
ANSIEDAD RASGO		0,50	-0,20	-0,01	0,74	-0,23	0,96a	0,30
ANSIEDAD ESTADO (M1)		-0,19	-0,30	-0,23	-0,08	-0,33	-0,03	-0,62
ANSIEDAD ESTADO (M2)		0,30	0,20	0,51	0,31	-0,17	-0,03	0,51
ANSIEDAD ESTADO (M3)		-0,42	-0,27	0,06	-0,24	-0,70	-0,30	-0,10
ANSIEDAD ESTADO (M4)		-0,54	-0,43	-0,37	-0,51	0,28	-0,14	0,15
ANSIEDAD ESTADO (M5)		0,02	0,05	0,05	0,30	0,42	0,56	0,32
ANSIEDAD ESTADO (M8)		0,11	-0,41	-0,56	-0,08	0,59	0,28	0,40
Ansidad Motora (Distrés Comportamental)								
Observación 1		0,31	0,08	0,01	0,10	-0,05	0,05	0,42
Observación 2		-0,19	-0,12	-0,35	-0,08	0,13	0,35	-0,40
Observación 3		-0,15	0,22	0,06	-0,31	-0,43	-0,29	-0,16
Observación 4		-0,35	-0,02	-0,34	-0,33	0,12	0,09	-0,46
Preocupaciones y Locus de Control								
PREOCUPACIONES		-0,26	0,15	0,38	-0,28	-0,35	-0,59	-0,17
L. CONTROL EXTERNO		-0,46	-0,84b	-0,67	-0,32	-0,45	0,08	-0,51
L. CONTROL INTERNO		-0,15	-0,13	-0,31	-0,53	0,36	-0,52	0,16
Afectividad Positiva y Negativa								
AFECTIV. POSITIVA (M1)		0,20	0,00	-0,11	-0,08	-0,01	-0,28	-0,01
AFECTIV. POSITIVA (M2)		-0,77a	-0,67	-0,78a	-0,80a	-0,16	-0,39	-0,68
AFECTIV. POSITIVA (M3)		-0,12	-0,46	-0,69	-0,59	0,29	-0,48	-0,43
AFECTIV. POSITIVA (M4)		0,38	-0,16	-0,12	0,20	-0,49	-0,04	-0,47
AFECTIV. POSITIVA (M5)		-0,20	-0,67	-0,57	-0,43	-0,50	-0,37	-0,46
AFECTIV. NEGATIVA (M1)		-0,49	-0,51	-0,19	-0,29	-0,67	-0,22	-0,57
AFECTIV. NEGATIVA (M2)		-0,09	-0,14	0,26	0,01	-0,50	-0,20	-0,09
AFECTIV. NEGATIVA (M3)		-0,42	-0,04	0,28	-0,13	-0,49	-0,19	-0,39
AFECTIV. NEGATIVA (M4)		-0,38	-0,73a	-0,57	-0,33	-0,50	-0,07	-0,30
AFECTIV. NEGATIVA (M5)		0,60	0,21	0,19	0,86b	0,19	0,96c	0,40
Estrategias de Afrontamiento								
E.A. SOLUCIÓN PROBL. (M1)		-0,11	0,22	0,42	-0,01	-0,78a	-0,37	-0,26
E.A. BÚSQ. APOYO SOC. (M1)		0,68	0,40	0,32	0,31	-0,08	-0,21	0,25
E.A. EVITACIÓN (M1)		0,49	0,14	0,14	0,70	0,10	0,78a	0,13
E.A. SOLUCIÓN PROBL. (M5)		0,48	0,21	0,19	0,37	0,04	0,23	0,37
E.A. BÚSQ. APOYO SOC. (M5)		0,05	-0,17	-0,03	0,20	-0,06	0,41	0,51
E.A. EVITACIÓN (M5)		0,01	0,21	-0,02	0,19	0,23	0,40	-0,11

Nota. a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$ // E.A.= Estrategia de Afrontamiento

Observación 1. Al salir de la operación

Observación 2. A los 30 minutos

Observación 3. A los 60 minutos

Observación 4. A los 90 minutos

M1= Aproximadamente un mes antes de la operación

M4= Día después de la operación

M2= Día antes de la operación

M5= Semana siguiente de la operación

M3= Día de la operación

M8= Tres meses después de la operación

Por ultimo, la **ansiedad estado** evaluada una semana después de la intervención quirúrgica en los **padres (M5)** correlaciona positivamente con la ansiedad rasgo en las madres ($r=0,956$, $p=0,000$),

y con la estrategia de afrontamiento de evitación ante la inminente operación de su hijo (M1) ($r=0,776$, $p=0,024$).

A continuación se analiza la relación entre la **ansiedad motora** (distrés comportamental), evaluada en los padres y el resto de variables psicológicas evaluadas en las madres (Tabla 3.75.).

Tabla 3.75. Relaciones entre ansiedad motora en los padres y las variables psicológicas evaluadas en las madres

MADRES	PADRES (n=8)	Observación 1	Observación 2	Observación 3	Observación 4
Ansiedad Cognitiva					
ANSIEDAD RASGO		0,08	-0,02	-0,26	-0,27
ANSIEDAD ESTADO (M1)		0,04	-0,30	-0,27	-0,42a
ANSIEDAD ESTADO (M2)		0,12	0,16	0,14	0,15
ANSIEDAD ESTADO (M3)		0,15	0,18	0,01	-0,05
ANSIEDAD ESTADO (M4)		-0,08	0,07	0,22	-0,02
ANSIEDAD ESTADO (M5)		-0,11	0,06	0,00	-0,18
ANSIEDAD ESTADO (M8)		-0,17	0,27	0,04	-0,08
Ansiedad Motora (Distrés Comportamental)					
Observación 1		0,17	0,26	0,00	0,07
Observación 2		0,15	0,05	0,17	0,03
Observación 3		0,01	-0,16	0,11	0,09
Observación 4		0,30a	0,16	0,27	-0,06
Preocupaciones y Locus de Control					
PREOCUPACIONES		0,15	-0,10	-0,02	0,13
L. CONTROL EXTERNO		-0,18	-0,12	-0,09	-0,26
L. CONTROL INTERNO		-0,37a	0,04	-0,06	-0,10
Afectividad Positiva y Negativa					
AFECTIV. POSITIVA (M1)		0,11	0,29	0,40a	0,37a
AFECTIV. POSITIVA (M2)		0,01	-0,15	0,04	0,22
AFECTIV. POSITIVA (M3)		-0,08	-0,10	0,02	0,20
AFECTIV. POSITIVA (M4)		0,12	-0,12	0,02	0,05
AFECTIV. POSITIVA (M5)		-0,10	-0,16	0,16	0,23
AFECTIV. NEGATIVA (M1)		-0,05	-0,31	-0,27	-0,31
AFECTIV. NEGATIVA (M2)		0,05	0,18	0,01	-0,14
AFECTIV. NEGATIVA (M3)		0,12	0,21	-0,02	-0,10
AFECTIV. NEGATIVA (M4)		-0,26	-0,03	-0,05	-0,14
AFECTIV. NEGATIVA (M5)		-0,22	0,02	-0,07	-0,22
Estrategias de Afrontamiento					
E.A. SOLUCIÓN PROBL. (M1)		-0,10	-0,17	-0,06	-0,03
E.A. BÚSQ. APOYO SOC. (M1)		-0,09	-0,01	0,04	0,15
E.A. EVITACIÓN (M1)		-0,09	0,10	-0,19	-0,31
E.A. SOLUCIÓN PROBL. (M5)		-0,10	0,04	0,14	-0,08
E.A. BÚSQ. APOYO SOC. (M5)		-0,13	-0,06	0,07	0,08
E.A. EVITACIÓN (M5)		-0,01	-0,02	-0,08	0,26

Nota. a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$ // E.A.= Estrategia de Afrontamiento

Observación 1. Al salir de la operación

Observación 3. A los 60 minutos

M1= Aproximadamente un mes antes de la operación

M2= Día antes de la operación

M3= Día de la operación

Observación 2. A los 30 minutos

Observación 4. A los 90 minutos

M4= Día después de la operación

M5= Semana siguiente de la operación

M8= Tres meses después de la operación

Como puede observarse (Tabla 3.75.), se ha obtenido una relación positiva entre la ansiedad motora de los padres manifestada inmediatamente después de la operación de su hijo/a (Observación 1) y la ansiedad motora de las madres a la hora y media de la operación (Observación 4) ($r=0,295$, $p=0,040$). La ansiedad motora al salir de la operación se relaciona negativamente con el *locus* de control interno en las madres ($r=-0,372$; $p=0,014$).

Se observa una relación positiva entre el distrés comportamental de los padres una hora después de la operación (Observación 3) y la afectividad positiva en las madres evaluada en la primera entrevista (M1) ($r=0,400$; $p=0,012$).

Por último, con respecto al distrés comportamental evaluado a la hora y media de la operación (Observación 4), se observa una relación negativa con la ansiedad estado de la madre evaluada el día de la primera entrevista (M1) ($r=-0,418$; $p=0,010$), y una relación positiva con la afectividad positiva evaluada también en la primera entrevista (M1) ($r=0,365$; $p=0,026$).

Respecto a las preocupaciones y locus de control (Tabla 3.76.), señalar que el nivel de **preocupaciones** evaluado en los **padres**, se relaciona negativamente con la ansiedad de las madres a la semana de la operación (M5) ($r=-0,733$, $p=0,039$) y positivamente con la afectividad positiva de las madres el día de la operación (M3) ($r=0,725$, $p=0,042$) y a la semana de ésta (M5) ($r=0,770$, $p=0,025$).

El **locus de control externo** evaluado en los **padres**, correlaciona positivamente con la afectividad positiva evaluada en las madres al día siguiente de la intervención quirúrgica (M4) ($r=0,730$, $p=0,040$).

Tabla 3.76. Relaciones entre preocupaciones y locus de control en los padres y las variables psicológicas evaluadas en las madres

MADRES	PADRES PREOCUPACIONES (n=8)	LOCUS DE CONTROL EXTERNO	LOCUS DE CONTROL INTERNO
Estrategias de Afrontamiento			
ANSIEDAD RASGO	-0,59	0,65	-0,35
ANSIEDAD ESTADO (M1)	0,19	0,68	-0,21
ANSIEDAD ESTADO (M2)	-0,19	0,42	0,03
ANSIEDAD ESTADO (M3)	0,11	0,08	0,27
ANSIEDAD ESTADO (M4)	-0,25	-0,41	0,60
ANSIEDAD ESTADO (M5)	-0,73a	0,15	0,48
ANSIEDAD ESTADO (M8)	-0,08	-0,04	0,40
Ansiedad Motora (Distrés Comportamental)			
Observación 1	-0,43	0,56	0,08
Observación 2	-0,63	0,14	-0,09
Observación 3	-0,34	0,45	0,16
Observación 4	0,06	-0,16	0,09
Preocupaciones y Locus de Control			
PREOCUPACIONES	0,15	-0,21	-0,29
L. CONTROL EXTERNO	0,19	0,30	-0,19
L. CONTROL INTERNO	0,39	-0,30	0,56
Afectividad Positiva y Negativa			
AFECTIV. POSITIVA (M1)	0,50	0,41	0,18
AFECTIV. POSITIVA (M2)	0,42	-0,28	0,28
AFECTIV. POSITIVA (M3)	0,73a	0,07	-0,25
AFECTIV. POSITIVA (M4)	0,65	0,73a	-0,63
AFECTIV. POSITIVA (M5)	0,77a	0,13	-0,52
AFECTIV. NEGATIVA (M1)	0,17	0,40	-0,28
AFECTIV. NEGATIVA (M2)	0,01	0,51	-0,36
AFECTIV. NEGATIVA (M3)	-0,20	-0,02	-0,29
AFECTIV. NEGATIVA (M4)	0,33	0,22	0,11
AFECTIV. NEGATIVA (M5)	-0,59	0,44	-0,09
Estrategias de Afrontamiento			
E.A. SOLUCIÓN PROBL. (M1)	0,30	-0,09	-0,30
E.A. BÚSQ. APOYO SOC. (M1)	0,56	0,29	-0,51
E.A. EVITACIÓN (M1)	-0,42	0,34	-0,53
E.A. SOLUCIÓN PROBL. (M5)	0,03	-0,21	-0,39
E.A. BÚSQ. APOYO SOC. (M5)	-0,35	-0,39	0,04
E.A. EVITACIÓN (M5)	-0,30	-0,43	-0,03

Nota. a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$ // E.A.= Estrategia de Afrontamiento

Observación 1. Al salir de la operación

Observación 2. A los 30 minutos

Observación 3. A los 60 minutos

Observación 4. A los 90 minutos

M1= Aproximadamente un mes antes de la operación

M4= Día después de la operación

M2= Día antes de la operación

M5= Semana siguiente de la operación

M3= Día de la operación

M8= Tres meses después de la operación

Respecto a la afectividad positiva evaluada en los **padres** (Tabla 3.77.) señalar que, la **afectividad positiva** evaluada un mes antes de la intervención (**M1**) correlaciona positivamente con la afectividad positiva de la madre el día antes de la intervención (**M2**) ($r=0,723$, $p=0,043$) y negativamente con la afectividad negativa a la semana de ésta (**M5**) ($r=-0,741$, $p=0,036$).

Tabla 3.77. Relaciones entre la afectividad positiva en los padres y las variables psicológicas en las madres

MADRES	PADRES (n=8)	AFECTIV. POSITIVA (M1)	AFECTIV. POSITIVA (M2)	AFECTIV. POSITIVA (M3)	AFECTIV. POSITIVA (M4)	AFECTIV. POSITIVA (M5)
Ansiiedad Cognitiva						
ANSIEDAD RASGO		-0,47	-0,60	-0,40	-0,18	-0,76
ANSIEDAD ESTADO (M1)		0,42	0,25	0,55	0,83a	0,45
ANSIEDAD ESTADO (M2)		-0,01	0,44	-0,01	0,36	0,31
ANSIEDAD ESTADO (M3)		0,39	0,76a	0,25	0,34	0,58
ANSIEDAD ESTADO (M4)		0,49	0,78a	0,62	0,26	0,46
ANSIEDAD ESTADO (M5)		-0,21	0,22	0,19	0,18	-0,06
ANSIEDAD ESTADO (M8)		0,16	0,04	0,43	0,26	0,07
Ansiiedad Motora (Distrés Comportamental)						
Observación 1		0,16	0,20	0,35	0,36	0,12
Observación 2		0,00	-0,04	0,14	0,24	-0,10
Observación 3		0,44	0,44	0,41	0,42	0,42
Observación 4		0,16	-0,01	0,30	0,30	0,18
Preocupaciones y Locus de Control						
PREOCUPACIONES		0,25	0,42	-0,06	-0,06	0,27
L. CONTROL EXTERNO		0,59	0,33	0,59	0,56	0,25
L. CONTROL INTERNO		0,45	0,40	0,50	0,31	0,66
Afectividad Positiva y Negativa						
AFECTIV. POSITIVA (M1)		0,26	0,09	0,34	0,61	0,58
AFECTIV. POSITIVA (M2)		0,72a	0,44	0,72a	0,37	0,55
AFECTIV. POSITIVA (M3)		0,68	-0,01	0,67	0,57	0,46
AFECTIV. POSITIVA (M4)		0,11	-0,41	-0,03	0,42	0,06
AFECTIV. POSITIVA (M5)		0,59	-0,01	0,30	0,30	0,22
AFECTIV. NEGATIVA (M1)		0,60	0,60	0,50	0,65	0,48
AFECTIV. NEGATIVA (M2)		0,36	0,57	0,25	0,58	0,41
AFECTIV. NEGATIVA (M3)		0,19	0,47	0,02	0,02	0,10
AFECTIV. NEGATIVA (M4)		0,56	0,42	0,52	0,52	0,44
AFECTIV. NEGATIVA (M5)		-0,74a	-0,65	-0,48	-0,25	-0,77a
Estrategias de Afrontamiento						
SOLUC. PROBL. (M1)		-0,08	0,01	-0,47	-0,34	-0,01
APOYO SOCIAL (M1)		-0,26	-0,62	-0,47	-0,12	-0,15
EVITACIÓN (M1)		-0,63	-0,77a	-0,53	-0,37	-0,90b
SOLUC. PROBL. (M5)		-0,52	-0,70	-0,73a	-0,74a	-0,73a
APOYO SOCIAL (M5)		-0,32	-0,17	-0,43	-0,65	-0,49
EVITACIÓN (M5)		-0,54	-0,64	-0,51	-0,79a	-0,76a

Nota. a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

Observación 1. Al salir de la operación

Observación 3. A los 60 minutos

M1= Aproximadamente un mes antes de la operación

M2= Día antes de la operación

M3= Día de la operación

Observación 2. A los 30 minutos

Observación 4. A los 90 minutos

M4= Día después de la operación

M5= Semana siguiente de la operación

M8= Tres meses después de la operación

La **afectividad positiva** evaluada en los **padres** el día antes de la operación (**M2**), se relaciona positivamente con la ansiedad de la madre el día de la operación (M3) ($r=0,757$, $p=0,030$) y al día siguiente (M4) ($r=0,778$, $p=0,023$), y negativamente con la estrategia de

afrontamiento de evitación ante la inminente operación de su hijo/a (M1) ($r=-0,772$, $p=0,025$).

La **afectividad positiva** evaluada en los **padres** el día de la operación (M3), se relaciona positivamente con la afectividad positiva de la madre en día antes de la operación (M2) ($r=0,718$, $p=0,045$) y negativamente con la estrategia de solución de problemas utilizada por las madres una semana después de ésta (M5) ($r=-0,725$, $p=0,042$).

La **afectividad positiva** evaluada en los **padres** el día después de la operación (M4), se relaciona positivamente con la ansiedad de la madre un mes antes de la operación (M1) ($r=0,827$, $p=0,011$) y negativamente con la estrategia de afrontamiento de solución de problemas (M5) ($r=-0,741$, $p=0,036$) y evitación utilizada por las madres una semana después de ésta (M5) ($r=-0,789$, $p=0,020$).

Por último, la **afectividad positiva** evaluada en los **padres** una semana después de la operación (M5) se relaciona negativamente con la afectividad negativa mostrada por las madres a la semana de la operación (M5) ($r=-0,771$, $p=0,025$) y con las estrategias de afrontamiento de solución de problemas utilizada por las madres después de ésta (M5) ($r=-0,733$, $p=0,038$) y la evitación utilizada antes (M1) ($r=-0,902$, $p=0,002$) y después de la operación (M5) ($r=-0,761$, $p=0,028$).

Respecto a la **afectividad negativa** (Tabla 3.78.) señalar que, la afectividad negativa evaluada en los **padres** un mes antes de la intervención quirúrgica (M1) correlaciona positivamente con la ansiedad de las madres el día antes de la operación (M2) ($r=0,742$, $p=0,035$).

La **afectividad negativa** evaluada en los **padres** el día antes de la intervención (M2), correlaciona negativamente con la afectividad positiva mostrada por las madres en ese momento, el día antes de la intervención (M2) ($r=-0,741$, $p=0,035$).

La **afectividad negativa** evaluada en los **padres** el día de la operación (**M3**), se relaciona positivamente con la afectividad negativa en las madres evaluada a la semana de la operación (M5) ($r=0,768$, $p=0,026$) y con la estrategia de afrontamiento de evitación ante la inminente intervención quirúrgica de su hijo (M1) ($r=0,723$, $p=0,043$).

Tabla 3.78. Relaciones entre la afectividad negativa en los padres y las variables psicológicas en las madres

MADRES	PADRES (n=8)	AFECTIV. NEGATIVA (M1)	AFECTIV. NEGATIVA (M2)	AFECTIV. NEGATIVA (M3)	AFECTIV. NEGATIVA (M4)	AFECTIV. NEGATIVA (M5)
Ansiiedad Cognitiva						
ANSIEDAD RASGO		-0,32	0,34	0,77	-0,42	0,80
ANSIEDAD ESTADO (M1)		-0,12	-0,25	0,30	0,19	-0,05
ANSIEDAD ESTADO (M2)		0,74a	0,12	0,28	0,20	0,10
ANSIEDAD ESTADO (M3)		0,62	-0,31	-0,06	-0,13	-0,36
ANSIEDAD ESTADO (M4)		0,08	-0,64	-0,53	0,44	-0,29
ANSIEDAD ESTADO (M5)		-0,04	0,09	0,27	0,21	0,54
ANSIEDAD ESTADO (M8)		-0,26	-0,29	-0,31	0,70	0,30
Ansiiedad Motora (Distrés Comportamental)						
Observación 1		0,17	-0,15	-0,11	0,46	0,19
Observación 2		-0,33	-0,43	0,15	-0,38	0,12
Observación 3		0,56	-0,50	-0,35	0,31	-0,24
Observación 4		-0,11	0,43	-0,13	-0,23	-0,08
Preocupaciones y Locus de control						
PREOCUPACIONES		0,43	-0,18	-0,15	-0,23	-0,66
L. CONTROL EXTERNO		-0,38	-0,64	0,04	0,03	-0,19
L. CONTROL INTERNO		0,27	-0,37	-0,75	0,75a	-0,35
Afectividad Positiva y Negativa						
AFECTIV. POSITIVA (M1)		0,31	-0,01	-0,13	0,58	0,00
AFECTIV. POSITIVA (M2)		-0,33	-0,74a	-0,59	0,22	-0,55
AFECTIV. POSITIVA (M3)		-0,42	-0,56	-0,53	0,73a	-0,42
AFECTIV. POSITIVA (M4)		-0,07	0,12	0,36	0,02	0,09
AFECTIV. POSITIVA (M5)		-0,24	-0,53	-0,24	0,05	-0,49
AFECTIV. NEGATIVA (M1)		0,07	-0,52	0,16	-0,10	-0,42
AFECTIV. NEGATIVA (M2)		0,44	-0,24	0,31	0,01	-0,17
AFECTIV. NEGATIVA (M3)		0,18	-0,21	0,19	-0,47	-0,42
AFECTIV. NEGATIVA (M4)		-0,02	-0,55	-0,13	0,13	-0,20
AFECTIV. NEGATIVA (M5)		-0,31	0,63	0,77a	-0,26	0,98c
Estrategias de Afrontamiento						
SOLUC. PROBL. (M1)		0,42	0,19	0,11	-0,70	-0,38
APOYO SOCIAL (M1)		0,21	0,48	0,13	0,04	0,07
EVITACIÓN (M1)		-0,54	0,50	0,73a	-0,45	0,69
SOLUC. PROBL. (M5)		-0,15	0,41	0,12	-0,39	0,23
APOYO SOCIAL (M5)		-0,11	0,05	0,03	-0,43	0,22
EVITACIÓN (M5)		-0,58	0,35	0,09	-0,55	0,28

Nota. a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

Observación 1. Al salir de la operación

Observación 2. A los 30 minutos

Observación 3. A los 60 minutos

M1= Aproximadamente un mes antes de la operación

M2= Día antes de la operación

M3= Día de la operación

Observación 4. A los 90 minutos

M4= Día después de la operación

M5= Semana siguiente de la operación

M8= Tres meses después de la operación

La **afectividad negativa** evaluada en los **padres** al día siguiente de la operación (**M4**), se relaciona positivamente con el locus de control interno en las madres ($r=0,747$, $p=0,033$) y con la afectividad positiva evaluada el día de la intervención (M3) ($r=0,732$, $p=0,039$).

Por último, la **afectividad negativa** evaluada en los **padres** una semana después de la operación (**M5**), se relaciona positivamente con la afectividad negativa evaluada en las madres también a la semana de la operación (M5) ($r=0,984$, $p=0,000$).

A continuación se presentan las relaciones entre las estrategias de afrontamiento utilizadas por los padres y las variables psicológicas evaluadas en las madres (Tabla 3.79.).

La estrategia de **solución de problemas** utilizada por los **padres** ante la inminente intervención quirúrgica de su hijo/a (**M1**), se relaciona negativamente con la ansiedad de la madre a la semana de la operación (M5) ($r=-0,761$, $p=0,028$). La estrategia de afrontamiento de **evitación** utilizada ante la intervención de su hijo/a (**M1**), se relaciona negativamente con el locus de control interno de las madres ($r=-0,724$, $p=0,042$).

En cuanto a las **estrategias de afrontamiento** utilizadas por los **padres** durante la semana siguiente a la operación (**M5**), señalar que la estrategia de **solución de problemas**, se relaciona negativamente con la ansiedad motora de las madres a la hora de la operación ($r=-0,652$, $p=0,041$) y con la afectividad positiva en las madres el día antes de la operación (M2) ($r=-0,718$, $p=0,045$). La estrategia de **búsqueda de apoyo social** a la semana de la operación (M5), se relaciona negativamente con la ansiedad de las madres el día de la operación (M3) ($r=-0,727$, $p=0,041$) y con la afectividad negativa al día siguiente de ésta (M4) ($r=-0,745$, $p=0,034$).

Tabla 3.79. Relaciones entre estrategias de afrontamiento de los padres y las variables psicológicas evaluadas en las madres

MADRES	PADRES (n=8)	SOLUC. PROBL. (M1)	APOYO SOCIAL (M1)	EVITACIÓN (M1)	SOLUC. PROBL. (M5)	APOYO SOCIAL (M5)	EVITACIÓN (M5)
Ansiedad Cognitiva							
ANSIEDAD RASGO		-0,73	-0,53	0,57	0,25	-0,60	0,82a
ANSIEDAD ESTADO (M1)		-0,38	0,10	0,26	-0,65	-0,23	0,01
ANSIEDAD ESTADO (M2)		-0,47	0,27	0,10	0,20	-0,24	0,37
ANSIEDAD ESTADO (M3)		-0,14	-0,45	-0,21	-0,41	-0,73a	-0,22
ANSIEDAD ESTADO (M4)		0,01	0,12	-0,07	-0,03	-0,37	-0,08
ANSIEDAD ESTADO (M5)		-0,76a	0,18	0,26	0,06	-0,43	0,62
ANSIEDAD ESTADO (M8)		-0,26	-0,06	-0,17	-0,05	-0,31	0,40
Ansiedad Motora (Distrés Comportamental)							
Observación 1		-0,47	0,45	0,10	-0,09	-0,04	0,27
Observación 2		-0,40	0,27	0,57	-0,03	-0,02	0,17
Observación 3		-0,56	0,22	-0,16	-0,65a	-0,24	-0,16
Observación 4		-0,19	-0,02	0,10	-0,26	0,12	-0,26
Preocupaciones y Locus de Control							
PREOCUPACIONES		0,54	0,42	0,15	0,29	-0,43	-0,52
L. CONTROL EXTERNO		0,06	-0,36	0,33	-0,48	-0,51	-0,10
L. CONTROL INTERNO		0,07	0,06	-0,72a	-0,33	-0,05	-0,27
Afectividad Positiva y Negativa							
AFECTIV. POSITIVA (M1)		-0,38	-0,07	-0,55	-0,61	-0,19	0,02
AFECTIV. POSITIVA (M2)		0,34	-0,34	-0,30	-0,72a	-0,30	-0,60
AFECTIV. POSITIVA (M3)		0,45	0,34	-0,16	-0,37	0,47	-0,40
AFECTIV. POSITIVA (M4)		-0,06	-0,28	-0,01	-0,42	-0,01	0,03
AFECTIV. POSITIVA (M5)		0,63	-0,35	-0,02	-0,32	0,02	-0,46
AFECTIV. NEGATIVA (M1)		0,03	-0,03	0,39	-0,42	-0,33	-0,26
AFECTIV. NEGATIVA (M2)		-0,12	0,35	0,46	0,02	-0,10	0,01
AFECTIV. NEGATIVA (M3)		0,26	0,26	0,52	0,19	0,08	-0,30
AFECTIV. NEGATIVA (M4)		-0,06	-0,63	-0,13	-0,63	-0,75a	-0,13
AFECTIV. NEGATIVA (M5)		-0,70	-0,23	0,40	0,26	-0,29	0,88b
Estrategias de Afrontamiento							
SOLUC. PROBL. (M1)		0,39	-0,37	-0,14	-0,03	0,03	-0,48
APOYO SOCIAL (M1)		0,17	0,06	-0,27	0,12	0,52	-0,01
EVITACIÓN (M1)		-0,19	-0,01	0,67	0,46	0,17	0,58
SOLUC. PROBL. (M5)		0,41	-0,21	0,05	0,61	0,35	0,12
APOYO SOCIAL (M5)		0,23	-0,50	0,15	0,53	-0,29	0,21
EVITACIÓN (M5)		0,23	-0,23	0,11	0,28	0,24	0,00

Nota. a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

Observación 1. Al salir de la operación

Observación 3. A los 60 minutos

M1= Aproximadamente un mes antes de la operación

M2= Día antes de la operación

M3= Día de la operación

Observación 2. A los 30 minutos

Observación 4. A los 90 minutos

M4= Día después de la operación

M5= Semana siguiente de la operación

M8= Tres meses después de la operación

La estrategia de **evitación** utilizada por los padres, se relaciona positivamente con la ansiedad rasgo en las madres ($r=0,819$, $p=0,046$) y con la afectividad negativa en las madres a la semana de la operación (M5) ($r=0,882$, $p=0,004$).

A continuación se muestran las relaciones entre las variables psicológicas evaluadas en los cuidadores familiares y en los pacientes.

3.4.4.4. Relaciones entre variables evaluadas en el paciente y su cuidador

Para realizar las correlaciones con los cambios comportamentales se ha tomado la puntuación total de cuidadores familiares en cada momento.

En primer lugar, se muestran las relaciones entre las variables evaluadas en el preoperatorio en los cuidadores (ansiedad rasgo, preocupaciones y locus de control) y las variables psicológicas evaluadas en los pacientes en todos los momentos.

A continuación, se relacionan la ansiedad estado, la afectividad y las estrategias de afrontamiento de los cuidadores familiares en cada momento, con las variables psicológicas de los pacientes.

Cuando el número de sujetos es inferior o igual a tres no se ha realizado la correlación.

Como puede observarse (Tabla 3.80.), la **ansiedad rasgo en las madres** correlaciona positivamente con la ansiedad de los niños menores de 9 años el día antes de la operación (M2) ($r=0,894$, $p=0,041$), con mayor frecuencia en los comportamientos evaluados (M1) ($r=0,388$, $p=0,006$), y con cambios comportamentales a las dos semanas de la operación (M6) ($r=0,285$, $p=0,049$), al mes (M7) ($r=0,354$, $p=0,015$) y a los tres meses (M8) ($r=0,288$, $p=0,050$).

El nivel de **preocupaciones** de las madres correlaciona positivamente con el pulso evaluado en la primera entrevista en los niños menores de 6 años ($r=0,411$, $p=0,021$), con la ansiedad motora de los niños mayores de 6 años al salir del quirófano ($r=0,654$, $p=0,021$) y con la ansiedad motora a la hora y media de la operación en los niños menores de 6 años ($r=0,721$, $p=0,019$).

Tabla 3.80. Relaciones entre variables preoperatorias de los cuidadores familiares y las variables psicológicas del paciente

	Ans. rasgo		Preocupaciones		LC. Externo		LC. Interno	
	Padre	Madre	Padre	Madre	Padre	Madre	Padre	Madre
Aniedad Cognitiva (STAIC. niños mayores de 9 años)								
ANSIEDAD RASGO	--	0,22	--	-0,10	--	-0,77a	--	-0,11
ANSIEDAD ESTADO (M1)	--	-0,36	--	-0,21	--	0,11	--	-0,10
ANSIEDAD ESTADO (M2)	--	-0,30	--	-0,54	--	-0,11	--	0,06
ANSIEDAD ESTADO (M3)	--	0,15	--	0,03	--	-0,05	--	-0,15
ANSIEDAD ESTADO (M4)	--	-0,28	--	-0,35	--	-0,39	--	0,23
ANSIEDAD ESTADO (M5)	--	-0,47	--	-0,35	--	-0,21	--	0,09
ANSIEDAD ESTADO (M8)	--	0,13	--	0,09	--	-0,61	--	-0,01
Aniedad Cognitiva (AI. niños menores de 9 años)								
ANSIEDAD ESTADO (M1)	--	0,47	--	-0,58	--	-0,29	--	0,78
ANSIEDAD ESTADO (M2)	--	0,89a	--	0,19	--	-0,11	--	-0,69
ANSIEDAD ESTADO (M3)	--	0,43	--	-0,63	--	-0,56	--	-0,87
ANSIEDAD ESTADO (M4)	--	0,25	--	-0,01	--	-0,05	--	-0,77
ANSIEDAD ESTADO (M5)	--	0,35	--	0,21	--	0,06	--	-0,69
ANSIEDAD ESTADO (M8)	--	-0,35	--	-0,63	--	0,53	--	-0,36
Aniedad Fisiológica (Tasa Cardíaca)								
Pulso 1. Primera entrevista								
Menores de 6 años	-0,26	0,28	-0,16	0,41a	-0,70	-0,11	0,47	-0,06
Mayores de 6 años	--	0,30	--	0,05	--	-0,30	--	-0,27
Pulso 2. Antes operación								
Menores de 6 años	-0,25	-0,19	0,71	-0,28	0,17	0,24	0,48	0,42a
Mayores de 6 años	0,87	0,29	-0,03	0,03	0,05	-0,71b	-0,56	-0,46
Pulso postquirúrgico								
Menores de 6 años	0,93	0,17	0,50	0,41	0,57	-0,06	-0,78	0,11
Mayores de 6 años	-0,90	0,03	-0,05	-0,03	0,03	-0,30	0,63	-0,01
Aniedad Motora (Distrés comportamental)								
Observación 1								
Menores de 6 años	-0,45	0,02	-0,10	0,19	0,02	0,05	0,15	-0,09
Mayores de 6 años	--	0,47	--	0,66a	--	-0,10	--	0,43
Observación 2								
Menores de 6 años	-0,60	0,02	-0,18	-0,03	-0,53	0,26	-0,01	-0,25
Mayores de 6 años	--	0,52	--	0,46	--	0,22	--	0,18
Observación 3								
Menores de 6 años	--	-0,20	--	0,32	--	-0,40	--	-0,49
Mayores de 6 años	--	-0,44	--	-0,77	--	-0,79	--	-0,19
Observación 4								
Menores de 6 años	-0,49	0,07	-0,31	0,72a	0,87	-0,01	-0,71	0,67a
Mayores de 6 años	--	-0,96	--	--	--	-0,99	--	-0,39
Escala de Miedos								
MIEDOS (M1)	--	0,39	--	0,27	--	-0,32	--	-0,37
MIEDOS (M5)	--	0,11	--	0,07	--	-0,13	--	0,01
Cuestionario de Preocupaciones								
PREOCUPACIONES (< 10 años)	--	0,44	--	0,24	--	-0,28	--	-0,17
PREOCUPACIONES (> 11 años)	--	--	--	--	--	--	--	--
Cambios comportamentales								
CAMBIOS COMPORT. (M1)	-0,15	0,39b	-0,53	0,17	0,79b	-0,14	0,41	-0,10
CAMBIOS COMPORT. (M4)	0,49	0,23	0,48	0,11	0,32	-0,11	-0,07	-0,18
CAMBIOS COMPORT. (M5)	-0,21	0,27	-0,19	0,16	-0,32	-0,30a	0,20	0,32a
CAMBIOS COMPORT. (M6)	0,01	0,29a	-0,40	0,18	-0,14	-0,22	0,04	-0,22
CAMBIOS COMPORT. (M7)	-0,43	0,35a	-0,17	0,20	0,75b	-0,19	0,25	-0,19
CAMBIOS COMPORT. (M8)	0,04	0,29a	0,02	0,16	0,33	-0,17	-0,37	-0,17

Nota. -- $n \leq 3$ // a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

Observ.1. Al salir de operación

Observ.2. A los 30 minutos

Observ.3. A los 60 minutos

Observ.4. A los 90 minutos

El **locus externo de los padres**, correlaciona positivamente con la frecuencia de comportamientos habituales observados en los niños ($r=0,789$, $p=0,002$) y con cambios comportamentales al mes de la operación (M7) ($r=0,752$, $p=0,008$).

El **locus de control externo en las madres**, se relaciona negativamente con la ansiedad rasgo de los niños mayores de 9 años ($r=0,765$, $p=0,027$), con el pulso momentos antes de la operación en los niños mayores de 6 años ($r=-0,713$, $p=0,006$) y con los cambios comportamentales a la semana de la operación (M5) ($r=0,298$, $p=0,040$).

El **locus de control interno en las madres**, correlaciona positivamente con el pulso momentos antes de la operación en niños menores de 6 años ($r=0,416$, $p=0,025$), con la ansiedad motora a la hora y media de la operación en menores de 6 años ($r=0,671$, $p=0,048$) y con cambios comportamentales a la semana (M5) ($r=0,316$, $p=0,028$).

Respecto a la ansiedad estado de los cuidadores en los distintos momentos evaluados (Tablas 3.81. y 3.82.) señalar que, la **ansiedad de la madre evaluada un mes antes de la operación (M1)** (Tabla 3.81.), correlaciona positivamente con la ansiedad manifestada por los niños menores de 9 años en ese momento (M1) ($r=0,889$, $p=0,044$) y el día antes de la operación (M2) ($r=0,895$, $p=0,040$). Correlaciona negativamente con el pulso después de la operación en niños menores de 6 años ($r=-0,433$, $p=0,044$) y con la ansiedad motora al salir de la operación en niños menores de 6 años ($r=-0,377$, $p=0,036$).

La **ansiedad de la madre el día antes de la operación (M2)** (Tabla 3.81.), correlaciona positivamente con la ansiedad de los niños menores de 9 años en ese momento (M2) ($r=0,961$, $p=0,009$), con la frecuencia en sus comportamientos habituales (M1) ($r=0,299$, $p=0,035$) y cambios comportamentales al mes (M7) ($r=0,291$, $p=0,041$) y a los tres meses de la operación (M8) ($r=0,358$, $p=0,011$).

Tabla 3.81. Relaciones entre la ansiedad estado de los cuidadores familiares evaluadas antes de la operación y las variables psicológicas del paciente

	ANS. ESTADO (M1)		ANS. ESTADO (M2)		ANS. ESTADO (M3)	
	Padre	Madre	Padre	Madre	Padre	Madre
Ansiedad Cognitiva (STAIC. niños mayores de 9 años)						
ANSIEDAD RASGO	--	-0,15	--	0,19	--	0,40
ANSIEDAD ESTADO (M1)	--	-0,67	--	-0,56	--	-0,23
ANSIEDAD ESTADO (M2)	--	-0,33	--	-0,35	--	0,30
ANSIEDAD ESTADO (M3)	--	0,20	--	-0,10	--	0,37
ANSIEDAD ESTADO (M4)	--	-0,59	--	-0,44	--	-0,28
ANSIEDAD ESTADO (M5)	--	-0,68	--	-0,51	--	-0,31
ANSIEDAD ESTADO (M8)	--	-0,19	--	-0,03	--	-0,12
Ansiedad Cognitiva (AI. niños menores de 9 años)						
ANSIEDAD ESTADO (M1)	--	0,89a	--	0,75	--	0,74
ANSIEDAD ESTADO (M2)	--	0,90a	--	0,96b	--	0,98b
ANSIEDAD ESTADO (M3)	--	0,86	--	0,71	--	0,56
ANSIEDAD ESTADO (M4)	--	0,44	--	0,48	--	0,47
ANSIEDAD ESTADO (M5)	--	0,43	--	0,52	--	0,54
ANSIEDAD ESTADO (M8)	--	0,07	--	-0,01	--	0,24
Ansiedad Fisiológica (Tasa Cardíaca)						
Pulso 1. Primera entrevista						
Menores de 6 años	0,57	-0,02	0,65	0,36a	-0,29	0,40a
Mayores de 6 años	--	0,42	--	0,30	--	0,24
Pulso 2. Antes operación						
Menores de 6 años	-0,11	-0,16	-0,70	-0,16	-0,64	-0,22
Mayores de 6 años	0,89	0,26	0,59	0,24	0,99	0,20
Pulso postquirúrgico						
Menores de 6 años	0,04	-0,43a	0,74	0,51a	0,47	0,43a
Mayores de 6 años	-0,92	0,18	-0,65	0,15	-0,98	0,26
Ansiedad Motora (Distrés comportamental)						
Observación 1						
Menores de 6 años	-0,52	-0,38a	-0,06	0,07	-0,34	0,12
Mayores de 6 años	--	0,05	--	0,09	--	0,20
Observación 2						
Menores de 6 años	-0,70	-0,03	-0,33	-0,17	-0,46	0,04
Mayores de 6 años	--	0,25	--	0,28	--	0,51
Observación 3						
Menores de 6 años	-0,63	-0,39	-0,93	0,03	-0,64	-0,05
Mayores de 6 años	--	-0,31	--	-0,31	--	-0,21
Observación 4						
Menores de 6 años	0,10	-0,15	0,31	0,31	0,19	0,07
Mayores de 6 años	--	-0,96	--	-0,92	--	-0,17
Escala de Miedos						
MIEDOS (M1)	--	0,39	--	0,54	--	0,28
MIEDOS (M5)	--	0,28	--	0,27	--	-0,13
Cuestionario de Preocupaciones						
PREOCUPACIONES (< 10 años)	--	0,42	--	0,44	--	0,27
PREOCUPACIONES (> 11 años)	--	--	--	--	--	--
Cambios comportamentales						
CAMBIOS COMPORT. (M1)	-0,10	0,19	-0,30	0,30a	-0,08	0,11
CAMBIOS COMPORT. (M4)	0,15	0,07	-0,09	0,24	0,25	0,14
CAMBIOS COMPORT. (M5)	0,52	0,08	0,13	0,15	-0,12	0,15
CAMBIOS COMPORT. (M6)	0,49	-0,16	0,14	0,24	0,18	0,30a
CAMBIOS COMPORT. (M7)	-0,39	-0,02	-0,45	0,29a	-0,28	0,32a
CAMBIOS COMPORT. (M8)	-0,11	-0,27	0,34	0,36a	0,38	0,25

Nota -- $n \leq 3$ // a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

Observ. 1. Al salir de operación Observ. 2. A los 30 minutos Observ. 3. A los 60 minutos Observ. 4. A los 90 minutos

También correlaciona positivamente con la tasa cardíaca de los niños menores de 6 años evaluada en la primera entrevista (M1) ($r=0,358$, $p=0,044$) y en el postoperatorio inmediato (M3) ($r=0,510$, $p=0,016$).

La **ansiedad de las madres el día de la operación (M3)** (Tabla 3.81.), correlaciona positivamente con la ansiedad de los niños menores de 9 años el día antes de la operación (M2) ($r=0,977$, $p=0,004$) y con los cambios comportamentales a las dos semanas (M6) ($r=0,299$, $p=0,033$) y al mes de la intervención quirúrgica (M7) ($r=0,315$, $p=0,026$). También correlaciona positivamente con la tasa cardíaca de los niños menores de 6 años evaluada en la primera entrevista (M1) ($r=0,395$, $p=0,025$) y en el postoperatorio inmediato (M3) ($r=0,432$, $p=0,044$).

Respecto a la ansiedad de los cuidadores en los momentos posteriores a la intervención quirúrgica (Tabla 3.82.) señalar que, la **ansiedad de los padres al día siguiente de la operación (M4)** correlaciona negativamente con los cambios comportamentales de los niños a los tres meses de ésta (M8) ($r=-0,638$, $p=0,026$).

En las **madres**, la ansiedad al día siguiente se relaciona negativamente con la ansiedad de los niños mayores de 9 años en ese momento (M4) ($r=-0,882$, $p=0,004$) y a la semana (M5) ($r=-0,788$, $p=0,020$), y positivamente con los cambios comportamentales a la semana (M5) ($r=0,456$, $p=0,001$), a las dos semanas (M6) ($r=0,396$, $p=0,004$), al mes (M7) ($r=0,415$, $p=0,003$) y a los tres meses (M8) ($r=0,302$, $p=0,035$).

La **ansiedad manifestada por los padres a la semana (M5)** de la intervención quirúrgica (Tabla 3.82.) se relaciona negativamente con el pulso postquirúrgico en niños menores de 6 años ($r=-0,976$, $p=0,009$).

Tabla 3.82. Relaciones entre la ansiedad estado de los cuidadores familiares evaluadas antes de la operación y las variables psicológicas del paciente

	ANS. ESTADO (M4)		ANS. ESTADO (M5)		ANS. ESTADO (M8)	
	Padre	Madre	Padre	Madre	Padre	Madre
Ansiedad Cognitiva (STAIc. niños mayores de 9 años)						
ANSIEDAD RASGO	--	-0,63	--	-0,27	--	-0,04
ANSIEDAD ESTADO (M1)	--	-0,55	--	-0,68	--	-0,67
ANSIEDAD ESTADO (M2)	--	-0,59	--	-0,38	--	-0,28
ANSIEDAD ESTADO (M3)	--	0,03	--	0,03	--	-0,12
ANSIEDAD ESTADO (M4)	--	-0,88b	--	-0,63	--	-0,30
ANSIEDAD ESTADO (M5)	--	-0,79a	--	-0,60	--	-0,25
ANSIEDAD ESTADO (M8)	--	-0,53	--	-0,23	--	0,13
Ansiedad Cognitiva (AI. niños menores de 9 años)						
ANSIEDAD ESTADO (M1)	--	0,68	--	0,66	--	-0,14
ANSIEDAD ESTADO (M2)	--	0,74	--	0,25	--	0,13
ANSIEDAD ESTADO (M3)	--	0,43	--	0,85	--	-0,69
ANSIEDAD ESTADO (M4)	--	0,45	--	0,67	--	-0,65
ANSIEDAD ESTADO (M5)	--	0,50	--	0,50	--	-0,53
ANSIEDAD ESTADO (M8)	--	0,60	--	0,48	--	-0,26
Ansiedad Fisiológica (Tasa Cardíaca)						
Pulso 1. Primera entrevista						
Menores de 6 años	-0,49	0,15	-0,45	0,14	0,21	-0,05
Mayores de 6 años	--	0,23	--	0,62a	--	0,74b
Pulso 2. Antes operación						
Menores de 6 años	0,09	0,26	-0,58	0,01	-0,61	0,36a
Mayores de 6 años	0,92	-0,23	--	0,04	0,00	0,02
Pulso postquirúrgico						
Menores de 6 años	-0,31	0,29	-0,98a	0,05	0,86	-0,41
Mayores de 6 años	-0,88	-0,05	0,99	-0,01	-0,08	-0,01
Ansiedad Motora (Distrés comportamental)						
Observación 1						
Menores de 6 años	-0,37	0,19	-0,33	0,03	0,02	-0,03
Mayores de 6 años	--	0,05	--	0,05	--	0,37
Observación 2						
Menores de 6 años	0,00	0,14	-0,18	0,04	-0,50	0,08
Mayores de 6 años	--	-0,28	--	-0,26	--	0,11
Observación 3						
Menores de 6 años	0,42	-0,12	0,55	0,06	--	0,19
Mayores de 6 años	--	-0,52	--	-0,83	--	-0,93a
Observación 4						
Menores de 6 años	-0,80	0,13	-0,24	0,34	-0,69	-0,04
Mayores de 6 años	--	-0,97	--	-0,93	--	-0,82
Escala de Miedos						
MIEDOS (M1)	--	0,23	--	0,29	--	0,49
MIEDOS (M5)	--	0,35	--	0,37	--	0,43
Cuestionario de Preocupaciones						
PREOCUPACIONES (< 10 años)	--	0,35	--	0,47	--	0,59
PREOCUPACIONES (> 11 años)	--	--	--	--	--	--
Cambios comportamentales						
CAMBIOS COMPORT. (M1)	-0,48	0,22	0,01	0,29a	-0,12	0,18
CAMBIOS COMPORT. (M4)	-0,07	0,19	-0,02	0,27	0,09	0,08
CAMBIOS COMPORT. (M5)	0,32	0,46c	0,01	0,52c	-0,21	0,27
CAMBIOS COMPORT. (M6)	0,11	0,40b	0,33	0,49c	-0,26	0,30a
CAMBIOS COMPORT. (M7)	-0,47	0,42b	-0,18	0,54c	-0,60a	0,37b
CAMBIOS COMPORT. (M8)	-0,64a	0,30a	0,01	0,36b	-0,16	0,40b

Nota. -- n≤3 // a. p<0,05; b. p<0,01; c. p<0,001

Observ.1. Al salir de operación Observ.2. A los 30 minutos Observ.3. A los 60 minutos Observ.4. A los 90 minutos

En las **madres**, se relaciona positivamente con el pulso evaluado en la primera entrevista en los niños mayores de 6 años ($r=0,624$, $p=0,017$), con las frecuencias en los comportamientos habituales (M1) ($r=0,293$, $p=0,039$), y con los cambios comportamentales a la semana (M5) ($r=0,521$, $p=0,000$), a las dos semanas (M6) ($r=0,488$, $p=0,000$), al mes (M7) ($r=0,544$, $p=0,000$) y a los tres meses (M8) ($r=0,363$, $p=0,010$).

La **ansiedad manifestada por los padres a los tres meses de la operación (M8)**, se relaciona negativamente con los cambios comportamentales de los niños al mes de ésta (M7) ($r=-0,603$, $p=0,038$).

En el caso de las **madres**, se relaciona positivamente con el pulso evaluado en la primera entrevista en los niños mayores de 6 años ($r=0,735$, $p=0,017$), con el pulso momentos antes de la operación en niños menores de 6 años ($r=0,358$, $p=0,048$), con los cambios comportamentales observados a las dos semanas (M6) ($r=0,295$, $p=0,038$), al mes (M7) ($r=0,371$, $p=0,008$) y a los tres meses (M8) ($r=0,399$, $p=0,004$). Se relaciona negativamente con la ansiedad motora a la hora de la operación en los niños mayores de 6 años ($r=-0,934$, $p=0,020$).

Respecto a la **ansiedad motora** (distrés comportamental) de los padres (Tabla 3.83.), se observa que la ansiedad motora de los padres cuando el niño sale de la operación, correlaciona positivamente con sus cambios comportamentales a la semana de ésta (M5) ($r=0,621$; $p=0,023$).

En el caso de las madres, la ansiedad motora cuando el paciente sale de la operación correlaciona positivamente con la tasa cardíaca de los pacientes mayores de 6 años evaluada en la primera entrevista ($r=0,528$; $p=0,043$) y con los problemas comportamentales habituales del niño (M1) ($r=0,313$; $p=0,027$).

Tabla 3.83. Ansiedad motora de los padres relacionado con las variables psicológicas de los pacientes

	OBSERVACIÓN 1		OBSERVACIÓN 2		OBSERVACIÓN 3		OBSERVACIÓN 4	
	Padre	Madre	Padre	Madre	Padre	Madre	Padre	Madre
Ansiedad Cognitiva (STAI-C. niños mayores de 9 años)								
ANS. RASGO	0,15	0,23	0,64	0,13	-0,28	0,13	-0,32	-0,11
ANS. EST. (M1)	0,25	-0,58	0,35	-0,80a	0,22	-0,35	0,15	-0,38
ANS. EST. (M2)	0,22	0,08	0,68	-0,24	-0,53	-0,55	-0,60	-0,18
ANS. EST. (M3)	-0,08	0,25	0,06	0,09	-0,43	-0,10	-0,45	0,13
ANS. EST. (M4)	-0,02	-0,09	0,31	-0,18	-0,81a	-0,25	-0,65	0,02
ANS. EST. (M5)	0,06	-0,16	0,38	-0,34	-0,76a	-0,29	-0,42	0,03
ANS. EST. (M8)	-0,12	0,09	0,04	0,22	-0,65	0,01	-0,40	0,39
Ansiedad Cognitiva (AI. niños menores de 9 años)								
ANS. EST. (M1)	0,97	-0,40	0,60	-0,34	0,78	0,99	0,99	0,85
ANS. EST. (M2)	0,76	-0,84	0,14	-0,57	0,59	0,86	0,93	0,42
ANS. EST. (M3)	0,89	-0,34	0,87	-0,35	0,67	0,71	0,87	0,77
ANS. EST. (M4)	0,62	-0,76	0,95	0,30	0,58	0,75	0,76	0,63
ANS. EST. (M5)	0,33	-0,87	0,87	0,24	0,50	0,85	0,87	0,49
ANS. EST. (M8)	--	-0,29	0,96	0,82	--	0,57	0,24	0,99
Ansiedad Fisiológica (Tasa Cardíaca)								
Pulso 1. Primera entrevista								
< de 6 años	0,27	0,11	0,14	0,05	0,20	0,30	0,04	0,40a
> de 6 años	-0,30	0,53a	-0,04	0,45	-0,29	-0,02	-0,12	0,39
Pulso 2. Antes de la operación								
< de 6 años	0,06	-0,18	0,37	-0,11	0,52b	0,05	0,09	0,12
> de 6 años	0,02	0,07	0,52	0,24	-0,16	0,14	0,19	0,25
Pulso postquirúrgico								
< de 6 años	-0,04	-0,07	0,18	0,03	0,60b	0,23	0,67b	0,09
> de 6 años	0,46	0,07	-0,37	0,21	0,49	0,14	-0,07	0,72a
Ansiedad Motora (Ditrés Conductual)								
Observación 1								
< de 6 años	0,21	0,10	0,37	-0,02	0,37	-0,02	0,20	0,12
> de 6 años	-0,47	0,13	-0,51	0,41	-0,35	0,47	-0,47	0,07
Observación 2								
< de 6 años	0,17	-0,26	0,19	0,10	0,23	0,04	0,30	0,12
> de 6 años	-0,11	-0,06	--	0,58	-0,31	0,80	-0,42	-0,34
Observación 3								
< de 6 años	0,27	0,13	0,19	0,58a	0,52	0,47	0,66a	0,70b
> de 6 años	0,78	0,20	--	-0,87	0,50	-0,87	0,50	0,33
Observación 4								
< de 6 años	0,54	0,15	0,36	0,54	0,59	0,32	0,60	0,67a
> de 6 años	--	0,87	--	--	--	-0,87	--	--
Escala de Miedos								
MIEDOS (M1)	0,29	0,05	-0,06	-0,12	0,08	-0,07	0,40	0,13
MIEDOS (M5)	0,09	0,11	-0,33	0,11	-0,28	-0,28	0,01	0,21
Cuestionario de Preocupaciones								
PREO(< 10 años)	-0,19	0,37	-0,34	-0,09	-0,27	-0,17	0,08	-0,03
PREO(> 11 años)	0,50	--	--	--	--	--	--	--
Cambios comportamentales								
C. COMP. (M1)	-0,37	0,31a	-0,25	0,32a	-0,15	0,38a	-0,07	0,11
C. COMP. (M4)	-0,07	0,15	-0,30	0,13	-0,11	0,10	-0,40	0,24
C. COMP. (M5)	0,62a	0,05	0,06	0,28	0,14	0,05	-0,04	0,34a
C. COMP. (M6)	0,40	0,05	-0,29	0,16	0,15	0,12	-0,25	0,41b
C. COMP. (M7)	-0,40	0,00	-0,34	0,09	-0,56	0,13	-0,68	0,45c
C. COMP. (M8)	-0,21	0,20	-0,55	0,03	-0,45	-0,01	-0,35	0,31a

Nota. -- $n \leq 3$ // a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

Observ. 1. Al salir de operación Observ. 2. A los 30 minutos Observ. 3. A los 60 minutos Observ. 4. A los 90 minutos.

El distrés comportamental de las madres evaluado a la media hora, correlaciona negativamente con la ansiedad estado de la primera entrevista en los niños mayores de 9 años ($r=-0,797$; $p=0,032$) y positivamente con el distrés comportamental de los niños a la hora de la operación en los niños menores de 6 años ($r=0,582$; $p=0,029$) y con los problemas comportamentales habituales de los niños (M1) ($r=0,322$; $p=0,031$).

El distrés comportamental de los padres evaluado a la hora de la operación, correlaciona negativamente con la ansiedad estado de los niños mayores de 9 años al día siguiente de la operación (M4) ($r=-0,812$; $p=0,027$) y a la semana (M5) ($r=-0,764$; $p=0,046$), y positivamente con el pulso de los niños menores de 6 años momentos antes de la operación ($r=0,515$; $p=0,006$) e inmediatamente posterior a ésta ($r=0,602$; $p=0,005$).

En el caso de las madres, el distrés comportamental una hora después de la operación, correlaciona positivamente con los problemas comportamentales habituales del paciente ($r=0,382$; $p=0,011$). El distrés comportamental de los padres evaluado a la hora y media de la operación correlaciona positivamente con la tasa cardíaca de los niños menores de 6 años evaluada inmediatamente después de la operación ($r=0,667$; $p=0,002$) y con el distrés comportamental de los pacientes menores de 6 años a la hora de la operación ($r=0,658$; $p=0,015$).

El distrés comportamental de las madres evaluado en este último momento correlaciona positivamente con el pulso de los niños menores de 6 años evaluado en la primera entrevista ($r=0,399$; $p=0,026$), con el pulso postquirúrgico de los niños mayores de 6 años ($r=0,719$; $p=0,013$), con el distrés comportamental de los niños menores de 6 años evaluado a la hora ($r=0,698$; $p=0,003$) y a la hora y media de la operación ($r=0,668$; $p=0,025$), y con cambios comportamentales evaluados a la semana (M5) ($r=0,342$; $p=0,017$), a las dos semanas (M6)

($r=0,414$; $p=0,003$), al mes (M7) ($r=0,452$; $p=0,001$) y a los tres meses (M8) de la operación ($r=0,307$; $p=0,036$).

Respecto a la afectividad positiva (Tabla 3.84.) señalar que, la **afectividad positiva de las madres evaluada un mes antes de la operación (M1)**, se relaciona positivamente con la ansiedad de los niños mayores de 9 años a la semana de ésta (M5) ($r=0,716$, $p=0,046$). Correlaciona negativamente con la ansiedad motora al salir de la operación en niños mayores de 6 años ($r=-0,621$, $p=0,033$).

La **afectividad positiva de las madres el día de la operación (M3)** correlaciona negativamente con los cambios comportamentales a las dos semanas de la operación (M6) ($r=-0,349$, $p=0,013$), al mes (M7) ($r=-0,418$, $p=0,003$), y a los tres meses (M8) ($r=-0,290$, $p=0,044$). También correlaciona negativamente con la ansiedad motora al salir de la operación en niños menores de 6 años ($r=-0,390$, $p=0,030$).

La **afectividad positiva de los padres al día siguiente de la operación (M4)**, correlaciona positivamente con los cambios comportamentales de los niños al mes de la operación (M7) ($r=0,581$, $p=0,047$). En el caso de las **madres**, correlaciona positivamente con la ansiedad de los niños mayores de 9 años al día siguiente de la operación (M4) ($r=0,905$, $p=0,002$), a la semana (M5) ($r=0,925$, $p=0,001$), y a los tres meses (M8) ($r=0,725$, $p=0,042$), y negativamente con los cambios comportamentales a la semana (M5) ($r=-0,351$, $p=0,012$), a las dos semanas (M6) ($r=-0,329$, $p=0,020$), y al mes (M7) ($r=-0,454$, $p=0,001$).

Por último, la **afectividad positiva de los padres evaluada a la semana de la operación (M5)**, correlaciona positivamente con el pulso de los niños menores de 6 años antes de la operación ($r=0,842$, $p=0,035$).

Tabla 3.84. Relaciones entre la afectividad positiva en los cuidadores familiares y las variables psicológicas evaluadas en el paciente

	AFEC. POS.(M1)		AFEC. POS.(M2)		AFEC. POS.(M3)		AFEC. POS.(M4)		AFEC. POS.(M5)	
	Padre	Madre	Padre	Madre	Padre	Madre	Padre	Madre	Padre	Madre
Ansedad Cognitiva (STAIc. niños mayores de 9 años)										
ANS. RASGO	--	0,19	--	-0,23	--	-0,26	--	0,44	--	0,22
ANS. EST. (M1)	--	0,08	--	-0,28	--	-0,11	--	0,26	--	0,33
ANS. EST. (M2)	--	0,06	--	-0,07	--	-0,47	--	0,46	--	0,24
ANS. EST. (M3)	--	-0,64	--	-0,49	--	-0,34	--	-0,17	--	-0,28
ANS. EST. (M4)	--	0,55	--	0,45	--	0,40	--	0,91b	--	0,73a
ANS. EST. (M5)	--	0,72a	--	0,64	--	0,52	--	0,93c	--	0,82a
ANS. EST. (M8)	--	0,47	--	0,47	--	0,46	--	0,73a	--	0,60
Ansedad Cognitiva (AI. niños menores de 9 años)										
ANS. EST. (M1)	--	-0,14	--	-0,30	--	-0,33	--	0,15	--	0,21
ANS. EST. (M2)	--	-0,55	--	-0,76	--	-0,88	--	-0,48	--	-0,20
ANS. EST. (M3)	--	-0,27	--	-0,37	--	-0,27	--	0,08	--	0,02
ANS. EST. (M4)	--	-0,20	--	-0,43	--	-0,26	--	-0,14	--	-0,04
ANS. EST. (M5)	--	-0,27	--	-0,52	--	-0,41	--	-0,28	--	-0,10
ANS. EST. (M8)	--	0,55	--	0,29	--	0,32	--	0,59	--	0,69
Ansedad Fisiológica (Tasa Cardíaca)										
Pulso 1. Primera entrevista										
< de 6 años	-0,01	0,11	0,44	-0,22	-0,34	-0,18	-0,65	-0,14	0,20	-0,15
> de 6 años	--	0,00	--	0,21	--	0,23	--	0,18	--	0,20
Pulso 2. Antes de la operación										
< de 6 años	0,79	0,34	0,56	0,21	0,77	0,15	0,70	0,00	0,84a	0,19
> de 6 años	-0,84	-0,52	-0,55	-0,49	-0,88	-0,36	-0,68	-0,08	0,71	0,30
Pulso postquirúrgico										
< de 6 años	-0,15	0,41	-0,41	-0,31	-0,43	-0,29	-0,51	-0,25	-0,67	-0,01
> de 6 años	0,88	0,16	0,62	0,12	0,92	-0,01	0,74	0,30	0,76	0,23
Ansedad Motora (Distrés comportamental)										
Observación 1										
< de 6 años	0,23	0,08	0,62	-0,32	0,10	-0,39a	0,00	-0,15	0,16	-0,08
> de 6 años	--	-0,62a	--	-0,45	--	-0,60	--	-0,36	--	-0,21
Observación 2										
< de 6 años	0,54	-0,14	0,62	0,15	0,45	-0,02	0,18	-0,19	0,04	0,10
> de 6 años	--	-0,81	--	-0,79	--	-0,75	--	-0,47	--	-0,31
Observación 3										
< de 6 años	0,55	0,18	-0,50	0,40	0,75	-0,09	0,92	0,09	0,50	-0,12
> de 6 años	--	0,24	--	0,18	--	0,36	--	0,46	--	0,47
Observación 4										
< de 6 años	-0,33	0,44	0,25	-0,13	-0,36	-0,26	0,22	0,08	0,18	-0,22
> de 6 años	0,97	--	0,82	--	0,99	--	0,99	--	--	--
Escala de Miedos										
MIEDOS (M1)	--	0,08	--	-0,02	--	0,02	--	-0,03	--	-0,04
MIEDOS (M5)	--	-0,01	--	0,23	--	0,24	--	-0,10	--	-0,15
Cuestionario de Preocupaciones										
PREO(< 10 años)	--	-0,06	--	-0,01	--	-0,03	--	-0,15	--	-0,20
PREO(> 11 años)	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Cambios comportamentales										
C. COMP. (M1)	0,17	-0,02	0,45	-0,27	0,47	-0,04	0,54	-0,23	0,28	-0,17
C. COMP. (M4)	-0,08	0,06	-0,29	-0,19	-0,02	-0,19	0,33	0,01	0,17	-0,28
C. COMP. (M5)	0,07	-0,04	0,11	-0,12	0,14	-0,27	-0,09	-0,35a	0,14	-0,48c
C. COMP. (M6)	-0,27	0,15	-0,09	-0,17	-0,15	-0,35a	-0,06	-0,33a	-0,10	-0,37b
C. COMP. (M7)	0,27	-0,01	0,29	-0,27	0,47	-0,42b	0,58a	-0,45c	0,30	-0,50c
C. COMP. (M8)	-0,23	0,13	0,04	-0,22	-0,40	-0,29a	-0,01	-0,28	-0,16	-0,44c

Nota. -- $n \leq 3$ // a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

Observ. 1. Al salir de operación Observ. 2. A los 30 minutos Observ. 3. A los 60 minutos Observ. 4. A los 90 minutos

En las madres correlaciona positivamente con la ansiedad de los niños mayores de 9 años al día siguiente de ésta (M4) ($r=0,725$, $p=0,042$) y a la semana (M5) ($r=0,822$, $p=0,012$), y negativamente con los cambios comportamentales a la semana (M5) ($r=-0,483$, $p=0,000$), a las dos semanas (M6) ($r=-0,365$, $p=0,008$), al mes (M7) ($r=-0,498$, $p=0,000$) y a los tres meses (M8) ($r=-0,442$, $p=0,001$).

Con respecto a la afectividad negativa (Tabla 3.85.) señalar que, la **afectividad negativa evaluada en las madres un mes antes de la intervención quirúrgica (M1)**, se relaciona negativamente con la ansiedad estado de los niños mayores de 9 años evaluada en ese momento (M1) ($r=-0,736$, $p=0,037$) y con el pulso postquirúrgico en niños menores de 6 años ($r=-0,546$, $p=0,009$). Se relaciona positivamente con el pulso evaluado en la primera entrevista en niños mayores de 6 años ($r=0,624$, $p=0,017$).

La **afectividad negativa evaluada en las madres el día antes de la operación (M2)**, se relaciona positivamente con la frecuencia en los comportamientos habituales del niño/a (M1) ($r=0,456$, $p=0,001$) y con los cambios comportamentales al mes de la operación (M7) ($r=0,320$, $p=0,023$).

La **afectividad negativa evaluada en los padres el día de la operación (M3)**, se relaciona positivamente con la ansiedad motora a la hora y media de la operación en los niños menores de 6 años ($r=0,660$, $p=0,038$) y con los cambios comportamentales en los niños a los tres meses de ésta (M8) ($r=0,668$, $p=0,017$).

La **afectividad negativa evaluada en los padres al día siguiente de la operación (M4)**, se relaciona negativamente con los cambios comportamentales a los tres meses de la operación (M8) ($r=-0,656$, $p=0,020$).

Tabla 3.85. Relaciones entre la afectividad negativa en los cuidadores familiares y las variables psicológicas evaluadas en el paciente

	AFEC. NEG(M1)		AFEC. NEG(M2)		AFEC. NEG(M3)		AFEC. NEG(M4)		AFEC. NEG(M5)	
	Padre	Madre	Padre	Madre	Padre	Madre	Padre	Madre	Padre	Madre
Aniedad Cognitiva (STAIc. niños mayores de 9 años)										
ANS. RASGO	--	-0,28	--	0,10	--	0,69	--	-0,20	--	-0,22
ANS. EST. (M1)	--	-0,74a	--	-0,49	--	-0,01	--	-0,50	--	-0,59
ANS. EST. (M2)	--	-0,48	--	-0,30	--	0,34	--	-0,51	--	-0,47
ANS. EST. (M3)	--	-0,10	--	-0,19	--	-0,05	--	-0,20	--	-0,07
ANS. EST. (M4)	--	-0,45	--	-0,32	--	0,05	--	-0,41	--	-0,49
ANS. EST. (M5)	--	-0,39	--	-0,34	--	0,03	--	-0,40	--	-0,46
ANS. EST. (M8)	--	0,03	--	0,06	--	0,16	--	0,02	--	-0,03
Aniedad Cognitiva (AI. niños menores de 9 años)										
ANS. EST. (M1)	--	0,83	--	0,62	--	0,60	--	0,73	--	0,34
ANS. EST. (M2)	--	0,49	--	0,84	--	0,84	--	0,92a	--	0,57
ANS. EST. (M3)	--	0,74	--	0,67	--	0,66	--	0,73	--	0,35
ANS. EST. (M4)	--	0,65	--	0,69	--	0,59	--	0,66	--	-0,30
ANS. EST. (M5)	--	0,55	--	0,71	--	0,62	--	0,68	--	-0,24
ANS. EST. (M8)	--	0,94	--	0,07	--	-0,05	--	0,16	--	-0,82
Aniedad Fisiológica (Tasa Cardíaca)										
Pulso 1. Primera entrevista										
< de 6 años	0,79	-0,10	-0,07	0,22	-0,49	0,30	-0,28	0,00	-0,41	0,07
> de 6 años	--	0,62a	--	0,45	--	0,36	--	0,60a	--	0,65a
Pulso 2. Antes de la operación										
< de 6 años	0,31	-0,02	0,76	0,20	-0,62	0,02	0,44	0,34	-0,53	0,30
> de 6 años	-0,87	-0,03	0,76	0,48	0,50	0,55	-0,50	-0,10	--	-0,05
Pulso postquirúrgico										
< de 6 años	0,31	-0,55b	0,76	0,14	-0,53	0,33	0,54	-0,06	-0,31	-0,01
> de 6 años	0,90	0,24	-0,81	0,09	-0,43	-0,15	0,57	0,01	--	-0,01
Aniedad Motora (Ditres Comportamental)										
Observación 1										
< de 6 años	0,03	-0,34	-0,22	0,06	-0,23	0,24	-0,25	0,09	-0,51	-0,10
> de 6 años	--	0,02	--	0,00	--	-0,10	--	-0,03	--	0,07
Observación 2										
< de 6 años	-0,28	0,08	-0,58	0,13	-0,35	0,27	-0,44	-0,05	-0,49	0,04
> de 6 años	--	0,10	--	0,18	--	0,59	--	-0,32	--	-0,43
Observación 3										
< de 6 años	-0,60	-0,16	-0,85	-0,30	-0,58	-0,34	-0,69	-0,57a	-0,24	-0,25
> de 6 años	--	0,77	--	-0,06	--	-0,15	--	-0,40	--	0,00
Observación 4										
< de 6 años	-0,04	-0,02	0,23	0,62	0,83	0,66a	-0,69	0,31	-0,75	0,31
> de 6 años	--	0,76	--	-0,26	--	0,26	--	-0,87	--	-0,66
Escala de Miedos										
MIEDOS (M1)	--	0,34	--	0,20	--	0,34	--	0,38	--	0,47
MIEDOS (M5)	--	0,34	--	0,08	--	-0,07	--	0,30	--	0,42
Cuestionario de Preocupaciones										
PREO(< 10 años)	--	0,27	--	0,11	--	0,22	--	0,44	--	0,62a
PREO(> 11 años)	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Cambios comportamentales										
C. COMP. (M1)	0,02	0,22	-0,31	0,46c	-0,02	0,21	-0,13	0,21	0,05	0,31a
C. COMP. (M4)	0,15	-0,17	0,17	0,15	0,24	0,07	0,13	0,04	0,24	0,13
C. COMP. (M5)	0,32	-0,08	-0,12	0,14	-0,09	-0,01	-0,11	-0,01	-0,05	0,31a
C. COMP. (M6)	0,24	-0,25	-0,05	0,26	0,34	0,05	-0,57	0,10	0,21	0,38b
C. COMP. (M7)	-0,52	-0,12	-0,20	0,32a	0,00	0,07	-0,04	0,05	-0,14	0,45c
C. COMP. (M8)	0,08	-0,42b	0,32	0,19	0,67a	0,07	-0,66a	0,04	-0,04	0,26

Nota. -- $n \leq 3$ // a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

Observ. 1. Al salir de operación

Observ. 2. A los 30 minutos

Observ. 3. A los 60 minutos

Observ. 4. A los 90 minutos

En el caso de las **madres**, la afectividad negativa en el momento 4 se relaciona positivamente con la ansiedad de los niños menores de 9 años el día antes de la operación (M2) ($r=0,918$, $p=0,028$) y con el pulso evaluado en la primera entrevista en los niños mayores de 6 años ($r=0,595$, $p=0,025$). Se relaciona negativamente con la ansiedad motora a la hora de la operación en menores de 6 años ($r=-0,566$, $p=0,028$).

Por último, la **afectividad negativa evaluada en las madres a la semana de la operación (M5)**, se relaciona positivamente con el pulso evaluado en la primera entrevista en mayores de 6 años ($r=0,650$, $p=0,012$), con el nivel de preocupaciones en los niños (M1) ($r=0,616$, $p=0,044$), con la frecuencia de sus comportamientos habituales (M1) ($r=0,309$, $p=0,029$), y con los cambios comportamentales a la semana de la operación (M5) ($r=0,313$, $p=0,025$), a las dos semanas (M6) ($r=0,378$, $p=0,006$) y al mes (M7) ($r=0,448$, $p=0,047$).

Respecto a las estrategias de afrontamiento utilizadas ante la inminente intervención quirúrgica de su hijo/a (M1) (Tabla 3.86.), **las estrategias de solución de problemas utilizadas por las madres**, se relacionan positivamente con la ansiedad de los menores de 9 años el día antes de la operación (M2) ($r=0,997$, $p=0,003$), con el pulso evaluado en la primera entrevista en menores de 6 años ($r=0,519$, $p=0,003$) y con la frecuencia de comportamientos habituales (M1) ($r=0,308$, $p=0,031$).

Las **estrategias de búsqueda de apoyo social utilizadas por las madres** (M1), se relacionan positivamente con la ansiedad estado de los niños mayores de 9 años en ese mismo momento, un mes antes de la operación (M1) ($r=0,708$, $p=0,049$), con el pulso evaluado en la primera entrevista en niños menores de 6 años ($r=0,390$, $p=0,030$) y con la frecuencia de comportamientos habituales (M1) ($r=0,308$, $p=0,031$). Se relaciona negativamente con la ansiedad motora al salir de la operación en niños menores de 6 años ($r=-0,396$, $p=0,030$).

Tabla 3.86. Relaciones entre las estrategias de afrontamiento de los cuidadores familiares en el momento 1 y las variables psicológicas evaluadas en el paciente

	SOLUC. PROBL. (M1)		APOYO SOCIAL (M1)		EVITACIÓN (M1)	
	Padre	Madre	Padre	Madre	Padre	Madre
Aniedad Cognitiva (STAIC. niños mayores de 9 años)						
ANSIEDAD RASGO	--	0,32	--	0,41	--	0,06
ANSIEDAD ESTADO (M1)	--	0,27	--	0,71a	--	0,34
ANSIEDAD ESTADO (M2)	--	0,07	--	0,27	--	0,76a
ANSIEDAD ESTADO (M3)	--	0,20	--	0,31	--	0,88b
ANSIEDAD ESTADO (M4)	--	0,09	--	0,04	--	0,16
ANSIEDAD ESTADO (M5)	--	0,05	--	0,06	--	0,07
ANSIEDAD ESTADO (M8)	--	0,26	--	0,00	--	-0,19
Aniedad Cognitiva (AI. niños menores de 9 años)						
ANSIEDAD ESTADO (M1)	--	0,84	--	0,61	--	0,50
ANSIEDAD ESTADO (M2)	--	0,99c	--	0,92	--	0,63
ANSIEDAD ESTADO (M3)	--	0,65	--	0,49	--	0,80
ANSIEDAD ESTADO (M4)	--	0,51	--	0,27	--	0,56
ANSIEDAD ESTADO (M5)	--	0,66	--	0,42	--	0,61
ANSIEDAD ESTADO (M8)	--	0,04	--	-0,31	--	-0,19
Aniedad Fisiológica (Tasa Cardíaca)						
Pulso 1. Primera entrevista						
Menores de 6 años	0,03	0,52b	-0,26	0,39a	-0,53	0,27
Mayores de 6 años	--	0,35	--	-0,19	--	0,12
Pulso 2. Antes de la operación						
Menores de 6 años	0,19	-0,27	0,59	0,33	-0,70	-0,06
Mayores de 6 años	0,90	0,11	0,76	0,21	-0,50	0,56a
Pulso postquirúrgico						
Menores de 6 años	0,03	-0,12	-0,63	0,28	0,36	-0,01
Mayores de 6 años	-0,93	0,06	-0,70	0,01	0,43	-0,32
Aniedad Motora (Distrés comportamental)						
Observación 1						
Menores de 6 años	0,40	0,06	-0,25	-0,40a	0,08	-0,11
Mayores de 6 años	--	0,52	--	0,07	--	0,38
Observación 2						
Menores de 6 años	0,69	0,06	0,40	-0,08	0,40	-0,24
Mayores de 6 años	--	0,40	--	-0,61	--	0,99b
Observación 3						
Menores de 6 años	--	0,19	--	-0,19	--	-0,12
Mayores de 6 años	--	-0,61	--	0,80	--	-0,73
Observación 4						
Menores de 6 años	-0,78	0,10	-0,24	-0,13	0,70	-0,14
Mayores de 6 años	--	-0,92	--	0,97	--	-0,87
Escala de Miedos						
MIEDOS (M1)	--	0,15	--	0,31	--	-0,26
MIEDOS (M5)	--	-0,37	--	-0,48	--	-0,16
Cuestionario de Preocupaciones						
PREOCUPACIONES (< 10 años)	--	0,18	--	0,22	--	-0,19
PREOCUPACIONES (> 11 años)	--	--	--	--	--	--
Cambios comportamentales						
CAMBIOS COMPORT. (M1)	-0,50	0,31a	0,02	0,31a	-0,13	0,39b
CAMBIOS COMPORT. (M4)	-0,22	-0,01	-0,07	0,12	-0,38	0,05
CAMBIOS COMPORT. (M5)	-0,09	-0,02	0,47	0,16	-0,06	0,23
CAMBIOS COMPORT. (M6)	-0,30	0,11	0,22	0,27	0,15	0,31a
CAMBIOS COMPORT. (M7)	-0,24	0,14	-0,11	0,26	-0,14	0,49c
CAMBIOS COMPORT. (M8)	0,05	0,07	-0,32	0,21	0,35	0,19

Nota. -- $n \leq 3$ // a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

Observ. 1. Al salir de operación Observ. 2. A los 30 minutos Observ. 3. A los 60 minutos Observ. 4. A los 90 minutos

Tabla 3.87. Relaciones entre las estrategias de afrontamiento después de la operación de los cuidadores familiares y las variables psicológicas evaluadas en el paciente

	SOLUC. PROBL. (M5)		APOYO SOCIAL (M5)		EVITACIÓN (M5)	
	Padre	Madre	Padre	Madre	Padre	Madre
Aniedad Cognitiva (STAIc. niños mayores de 9 años)						
ANSIEDAD RASGO	--	0,47	--	0,08	--	0,13
ANSIEDAD ESTADO (M1)	--	0,52	--	0,09	--	-0,13
ANSIEDAD ESTADO (M2)	--	0,45	--	-0,27	--	0,30
ANSIEDAD ESTADO (M3)	--	0,48	--	0,09	--	0,37
ANSIEDAD ESTADO (M4)	--	0,26	--	-0,58	--	0,40
ANSIEDAD ESTADO (M5)	--	0,23	--	-0,51	--	0,40
ANSIEDAD ESTADO (M8)	--	0,21	--	-0,29	--	0,52
Aniedad Cognitiva (AI. niños menores de 9 años)						
ANSIEDAD ESTADO (M1)	--	0,01	--	-0,36	--	0,05
ANSIEDAD ESTADO (M2)	--	0,45	--	0,34	--	0,61
ANSIEDAD ESTADO (M3)	--	0,15	--	-0,42	--	0,12
ANSIEDAD ESTADO (M4)	--	0,60	--	0,45	--	0,59
ANSIEDAD ESTADO (M5)	--	0,67	--	0,64	--	0,70
ANSIEDAD ESTADO (M8)	--	-0,13	--	0,18	--	-0,11
Aniedad Fisiológica (Tasa Cardíaca)						
Pulso 1. Primera entrevista						
Menores de 6 años	-0,23	0,27	-0,39	0,27	-0,39	0,21
Mayores de 6 años	--	0,03	--	-0,22	--	0,36
Pulso 2. Antes de la operación						
Menores de 6 años	-0,73	0,00	0,61	-0,27	-0,76	0,01
Mayores de 6 años	0,99	0,43	0,99	0,17	0,00	0,51
Pulso postquirúrgico						
Menores de 6 años	0,75	0,18	-0,64	0,21	0,93	-0,26
Mayores de 6 años	-0,99	-0,23	-0,99	0,14	0,08	-0,06
Aniedad Motora (Distrés comportamental)						
Observación 1						
Menores de 6 años	0,46	0,09	-0,29	-0,06	-0,29	-0,22
Mayores de 6 años	--	0,17	--	0,34	--	0,61a
Observación 2						
Menores de 6 años	0,57	0,26	0,30	0,32	-0,32	0,05
Mayores de 6 años	--	0,32	--	-0,61	--	0,58
Observación 3						
Menores de 6 años	-0,84	-0,28	0,96	-0,23	-0,69	-0,01
Mayores de 6 años	--	-0,02	--	0,70	--	-0,31
Observación 4						
Menores de 6 años	0,04	-0,57	-0,50	-0,55	-0,13	-0,25
Mayores de 6 años	--	0,33	--	0,97	--	-0,66
Escala de Miedos						
MIEDOS (M1)	--	0,00	--	-0,01	--	-0,05
MIEDOS (M5)	--	-0,39	--	-0,38	--	-0,08
Cuestionario de Preocupaciones						
PREOCUPACIONES (< 10 años)	--	-0,06	--	-0,14	--	-0,09
PREOCUPACIONES (> 11 años)	--	--	--	--	--	--
Cambios comportamentales						
CAMBIOS COMPORT. (M1)	-0,28	0,09	-0,27	0,03	-0,04	0,39b
CAMBIOS COMPORT. (M4)	-0,30	0,01	0,13	0,04	0,06	0,19
CAMBIOS COMPORT. (M5)	-0,38	0,15	0,55	0,19	-0,35	0,48c
CAMBIOS COMPORT. (M6)	-0,18	0,10	0,31	0,21	-0,07	0,26
CAMBIOS COMPORT. (M7)	-0,35	0,22	-0,38	0,23	-0,13	0,43b
CAMBIOS COMPORT. (M8)	0,31	0,21	-0,35	0,26	0,15	0,10

Nota. -- $n \leq 3$ // a. $p \leq 0,05$; b. $p \leq 0,01$; c. $p \leq 0,001$

Observ. 1. Al salir de operación Observ. 2. A los 30 minutos Observ. 3. A los 60 minutos Observ. 4. A los 90 minutos

En cuanto a las **estrategias de evitación utilizadas por las madres (M1)**, se relacionan positivamente con la ansiedad de los niños mayores de 9 años el día antes de la operación (M2) ($r=0,764$, $p=0,027$) y el día de ésta (M3) ($r=0,875$, $p=0,004$), con el pulso momentos antes de la operación en los niños mayores de 6 años ($r=0,556$, $p=0,049$), con la ansiedad motora (distrés comportamental) a la media hora de la operación en niños mayores de 6 años (Observación 2) ($r=0,987$, $p=0,002$), con la frecuencia de comportamientos habituales (M1) ($r=0,391$, $p=0,004$) y con los cambios comportamentales a las dos semanas de la operación (M6) ($r=0,313$, $p=0,029$) y al mes de ésta (M7) ($r=0,485$, $p=0,000$) .

Respecto a las estrategias de afrontamiento utilizadas por los cuidadores para afrontar la semana posterior a la intervención quirúrgica de su hijo/a, como puede observarse (Tabla 3.87.), las **estrategias de evitación utilizadas por las madres a la semana (M5)**, se relacionan positivamente con la ansiedad motora al salir de la operación en los niños mayores de 6 años ($r=0,606$, $p=0,037$), con las frecuencias en los comportamientos habituales (M1) ($r=0,386$, $p=0,009$) y con los cambios comportamentales a la semana de la operación (M5) ($r=0,478$, $p=0,000$) y al mes de ésta (M7) ($r=0,431$, $p=0,002$).

En el último apartado del apartado de *Resultados* se muestra el estudio de las variables predictoras de vulnerabilidad al estrés quirúrgico.

Para el estudio de estas variables se han utilizado regresiones lineales simples y múltiples según el número de variables predictoras utilizadas. Las regresiones se han hecho basándonos en los resultados obtenidos en las correlaciones realizadas en el presente apartado.

3.5. Estudio de variables predictoras de vulnerabilidad psicológica al estrés quirúrgico

En este último apartado se presentan los resultados respecto a qué variables psicológicas pueden utilizarse como variables predictoras de vulnerabilidad psicológica. El análisis de regresión lineal simple se ha realizado con pares de variables cuando sólo se observaba una variable predictora. El análisis de regresión lineal múltiple se ha realizado para comprobar si distintas variables podían actuar como predictoras de una variable dependiente.

Para la selección de variables utilizadas como predictoras se han tomado como referencia las correlaciones mostradas en el apartado anterior. Como se podrá observar, no se han realizado regresiones con todas las correlaciones significativas. De estas, se han seleccionado las que se consideraban más útiles para detectar aquellos pacientes que podrían ser potencialmente vulnerables al estrés del proceso quirúrgico, centrándonos principalmente en la emoción de ansiedad. Aunque también se han tenido en cuenta otras variables como los cambios comportamentales, en los pacientes, y la afectividad y las preocupaciones, en las madres. Después de esta selección de variables algunas regresiones no se mostraron significativas. En el presente apartado se presentan únicamente las variables significativas, es decir, con capacidad predictora.

Con el fin de aportar una mayor claridad en la exposición se han establecido tres subapartados. En el primero de ellos, se muestran las variables predictoras y dependientes en los pacientes. En el segundo subapartado, se muestran qué variables de las madres actúan como predictoras de las variables de los pacientes. En el tercer subapartado, se presentan las variables predictoras y dependientes en las madres. No se ha realizado el estudio de variables predictoras en los padres debido al reducido número de muestra.

En todos los casos se obtuvieron medidas complementarias al análisis para establecer posibles efectos de colinealidad (solapamiento de variables). Para ello se considero el Factor de Inflexión de la Varianza (F.I.V.) y en ningún caso se alcanzaba valores cercanos a 10 o más, indicativo de problemas de este tipo. Los valores obtenidos son inferiores a 2.

En las regresiones simples se ha tomado el valor de la R cuadrado como indicativo de la capacidad explicativa de la variable y, en las regresiones múltiples se ha tomado el valor de la R cuadrado corregida.

En análisis preliminares se estimaron varias regresiones múltiples para predecir cada uno de los criterios (variables dependientes) relevantes, considerando todos sus posibles predictores. A partir de estos resultados, se obtuvieron diferentes análisis de regresión (simple o múltiple) que pasan a detallarse.

3.5.1. Estudio de variables predictoras en los pacientes

En primer lugar, se muestran las variables predictoras y dependientes en los pacientes (Tabla 3.88.).

A excepción de cuando intentamos explicar los problemas de alimentación el día después de la operación (M4), que es explicado significativamente en una regresión múltiple, las demás variables sólo muestran relación significativa en una regresión simple (un solo predictor es significativo). Para la variable miedos en el momento 5 se realizó una regresión múltiple con miedos en el momento 1 y con preocupaciones en niños siendo significativa únicamente la variable miedos (M1), por lo que se realizó una regresión simple con esta variable.

Como puede observarse (Tabla 3.88.), la ansiedad general evaluada en la primera entrevista explica el 85% de la ansiedad cognitiva de los niños menores de 9 años el día antes de la operación ($F_{1,3}=16,777$; $p=0,026$). La ansiedad cognitiva de los niños menores de 9 años, evaluada en la primera entrevista, explica el 89% de la ansiedad cognitiva que manifiestan el día de la operación ($F_{1,3}=23,202$; $p=0,017$). La ansiedad cognitiva que manifiestan este día, momentos antes de la operación, junto con la ansiedad fisiológica (tasa cardíaca) después de la operación (mostrando ésta una correlación negativa) explican el 76% de los problemas de alimentación que manifiestan el día después de la operación ($F_{2,5}=12,033$; $p=0,012$).

La ansiedad cognitiva el día de la operación (M3) en los niños mayores de 9 años (STAIC), tiene una capacidad explicativa del 50% en los trastornos del sueño y del 49% en la agresión hacia la autoridad que manifiesta el niño al día siguiente de la operación (M4) ($F_{1,8}=7,932$; $p=0,023$ y $F_{1,8}=7,720$; $p=0,024$, respectivamente).

La proporción de varianza explicada por la ansiedad rasgo, que se evalúa en niños mayores de 9 años en la primera entrevista, es del 53% sobre la ansiedad fisiológica (tasa cardíaca) momentos antes de la operación en los niños ($F_{1,6}=6,826$; $p=0,040$).

El pulso postquirúrgico, evaluado antes de salir del quirófano, explica el 14% de la ansiedad motora que muestra el niño al salir del quirófano ($F_{1,28}=4,701$; $p=0,039$).

El pulso evaluado momentos antes de la operación tiene capacidad explicativa del 10% en la ansiedad de separación que manifiesta el niño el día después de la operación (M4) y del 11% sobre los problemas de alimentación que manifiesta a la semana de la operación (M5) ($F_{1,45}=4,976$; $p=0,031$ y $F_{1,45}=5,359$; $p=0,025$, respectivamente).

Tabla 3.88. Variables predictoras y criterio en los Pacientes

VARIABLE CRITERIO	VARIABLE/S PREDICTORA/S	n	F	Sig.	R Cuadrado /Corregida	Beta	Sig.
Ansiedad Cognitiva (A1) (M2)	Ansiedad General (M1)	5	16,78	0,026	0,85	0,92	0,026
Ansiedad Cognitiva (A1) (M3)	Ansiedad Cognitiva (A1) (M1)	5	23,20	0,017	0,89	0,94	0,017
Problemas de alimentación (M4)	Ansiedad Cognitiva (A1) (M3)	8	12,03	0,012	0,76	0,66	0,017
	Pulso postquirúrgico					-0,51	0,042
Trastornos del sueño (M4)	Ansiedad Cognitiva (STAIC) (M3)	10	7,93	0,023	0,50	0,71	0,023
Agresión autoridad (M4)	Ansiedad Cognitiva (STAIC) (M3)	10	7,72	0,024	0,49	0,70	0,024
Tasa cardíaca antes de la operación	Ansiedad Rasgo (STAIC)	8	6,83	0,040	0,53	0,73	0,040
Ansiedad Motora (Observación 1)	Tasa cardíaca Postquirúrgico	30	4,70	0,039	0,14	0,38	0,039
Ansiedad de separación (M4)	Tasa cardíaca antes de la operación	47	4,98	0,031	0,10	0,32	0,031
Problemas de alimentación (M5)	Tasa cardíaca antes de la operación	47	5,36	0,025	0,11	-0,33	0,025
Miedos (M5)	Miedos (M1)	14	9,74	0,009	0,45	0,67	0,009
Miedos (M1)	Preocupaciones niños	12	25,66	0,000	0,72	0,85	0,000

Nota. Observación 1. Al salir de la operación

M1= Aproximadamente un mes antes de la operación

M2= Día antes de la operación

M3= Día de la operación

M4= Día después de la operación

M5= Semana siguiente de la operación

M8= Tres meses después de la operación

Los miedos evaluados en la primera entrevista (M1), un mes antes de la operación, tiene una capacidad predictiva del 45% sobre los miedos que mostrará el niño una semana después de la operación ($F_{1,12}=9,744$; $p=0,009$).

Por último, señalar que la proporción de varianza explicada del nivel de preocupaciones de los niños (entre 7 y 10 años) sobre el nivel de miedos evaluado en esa misma entrevista (M1), es del 72% ($F_{1,10}=25,657$; $p=0,000$).

A continuación se muestran las variables psicológicas de las madres que pueden actuar como predictoras de variables psicológicas en los niños.

3.5.2. Estudio de variables predictoras de las madres sobre los pacientes

Como puede observarse (Tabla 3.89.), la estrategia de evitación utilizada por las madres antes de la operación (M1) tiene una capacidad explicativa del 31% sobre la ansiedad fisiológica (tasa cardíaca) que manifiestan los niños mayores de 6 años en ese mismo momento, en la primera entrevista, y del 77% de la ansiedad cognitiva que manifiestan los niños mayores de 9 años (STAIC) el día de la operación (M3) ($F_{1,11}=4,918$; $p=0,049$ y $F_{1,6}=19,657$; $p=0,004$).

Tabla 3.89. Variables predictoras en las Madres y criterio en los Pacientes

VARIABLE CRITERIO PACIENTE	VARIABLE/S PREDICTORA/S MADRE	n	F	Sig.	R Cuadrado /Corregida	Beta	Sig.
Tasa cardíaca antes de la operación > 6 años	EA evitación (M1)	13	4,92	0,049	0,31	0,56	0,049
Ansiedad Cognitiva (STAIC) (M3)	EA evitación (M1)	8	19,66	0,004	0,77	0,88	0,00
Tasa cardíaca 1ª entrevista < 6 años	Preocupaciones	31	6,40	0,002	0,35	0,28	0,076
	EA solución de problemas (M1)					0,37	0,025
	EA apoyo social (M1)					0,27	0,086
Tasa cardíaca 1ª entrevista > 6 años	Afectividad negativa (M1)	14	7,67	0,017	0,39	0,62	0,017
Ansiedad motora > 6 años (Observación 1)	Preocupaciones	12	7,46	0,021	0,43	0,65	0,021
Ansiedad motora < 6 años (Observación 4)	Preocupaciones	10	8,65	0,019	0,52	0,72	0,019
Ansiedad Cognitiva (STAIC) (M1)	EA apoyo social (M1)	8	6,03	0,049	0,50	0,71	0,044
Ansiedad Cognitiva (AI) (M1)	Ansiedad Cognitiva (M1)	5	11,27	0,044	0,79	0,89	0,004

Nota. Observación 1. Al salir de la operación
M1= Aproximadamente un mes antes de la operación
M2= Día antes de la operación
M3= Día de la operación

Observación 4. A los 90 minutos
M4= Día después de la operación
M5= Semana siguiente de la operación
M8= Tres meses después de la operación

Con la ansiedad fisiológica (tasa cardíaca) evaluada en la primera entrevista en niños menores de 6 años, se ha realizado una regresión lineal múltiple con las variables: preocupaciones, estrategia de afrontamiento de solución de problemas y estrategia de afrontamiento de búsqueda de apoyo social en las madres. Las tres variables explican

el 35% de la tasa cardíaca, siendo la variable estrategias de solución de problemas significativa y las otras dos marginalmente significativas ($F_{3,27}=6,400$; $p=0,002$).

Para predecir la ansiedad fisiológica de los niños mayores de 6 años, evaluada en la primera entrevista, se realizó una regresión múltiple con las variables preocupaciones y afectividad negativa (M1). Únicamente la última variable mostró una puntuación significativa. El análisis de regresión simple muestra que la afectividad negativa de las madres en la primera entrevista (M1) permite explicar el 39% de la ansiedad fisiológica (tasa cardíaca) de los niños mayores de 6 años evaluada en ese momento ($F_{1,12}=7,671$; $p=0,017$).

La variable preocupaciones evaluada en las madres en la primera entrevista tiene una capacidad explicativa del 43% sobre la ansiedad motora de los niños mayores de 6 años al salir del quirófano (Observación 1) y del 52% sobre la ansiedad motora de los niños menores de 6 años a la hora y media de la operación ($F_{1,10}=7,461$; $p=0,021$ y $F_{1,8}=8,646$; $p=0,019$).

La estrategia de búsqueda de apoyo social utilizada por las madres antes de la operación (M1) permite explicar el 50% de la ansiedad de los niños mayores de 9 años (STAIC) evaluada en ese mismo momento (M1) ($F_{1,6}=6,034$; $p=0,049$).

Por último, señalar que la ansiedad de la madre evaluada en la primera entrevista (M1) tiene una capacidad explicativa del 79% sobre la ansiedad de los niños menores de 9 años evaluada en ese mismo momento (M1) ($F_{1,3}=11,269$; $p=0,044$).

A continuación se muestra el estudio de las variables predictoras y criterios en las madres.

3.5.3. Estudio de variables predictoras en las madres

Para el estudio de la ansiedad estado en los momentos 2, 3 4 y 5, se realizaron regresiones lineales múltiples con la ansiedad cognitiva en el momento 1 y la ansiedad rasgo, mostrando una puntuación Beta significativa únicamente esta última variable, por lo que, se realizaron regresiones simples.

Tabla 3.90. Variables predictoras y criterio en las Madres

VARIABLE CRITERIO	VARIABLE/S PREDICTORA/S	n	F	Sig.	R Cuadrado /Corregida	Beta	Sig.
Ansiedad Cognitiva (M1)	Ansiedad Rasgo	48	12,36	0,001	0,21	0,46	0,001
Ansiedad Cognitiva (M2)	Ansiedad Rasgo	48	25,24	0,000	0,35	0,60	0,000
Ansiedad Cognitiva (M3)	Ansiedad Rasgo	48	25,17	0,000	0,35	0,60	0,000
Ansiedad Cognitiva (M4)	Ansiedad Rasgo	48	9,70	0,003	0,17	0,42	0,003
Ansiedad Cognitiva (M5)	Ansiedad Rasgo	48	16,52	0,000	0,26	0,51	0,000
Ansiedad Cognitiva (M8)	Ansiedad Rasgo	47	10,30	0,002	0,19	0,43	0,002
Preocupaciones	Ansiedad Rasgo	48	8,53	0,005	0,16	0,40	0,005
Afectividad Positiva (M1)	Ansiedad Cognitiva (M1)	51	41,58	0,000	0,46	-0,68	0,000
Afectividad Positiva (M2)	Ansiedad Rasgo	48	23,44	0,000	0,34	-0,58	0,000
Afectividad Positiva (M3)	Ansiedad Rasgo	47	16,42	0,000	0,27	-0,52	0,000
Afectividad Positiva (M4)	Ansiedad Rasgo	48	14,61	0,000	0,37	-0,41	0,003
	Afectividad Positiva (M1)					0,32	0,017
Afectividad Positiva (M5)	Ansiedad Rasgo	48	18,01	0,000	0,28	-0,53	0,000
Afectividad Negativa (M1)	Ansiedad Cognitiva (M1)	51	69,15	0,000	0,59	0,77	0,000
Afectividad Negativa (M2)	Ansiedad Rasgo	48	43,17	0,000	0,48	0,70	0,000
Afectividad Negativa (M3)	Ansiedad Rasgo	47	24,53	0,000	0,35	0,59	0,000
Afectividad Negativa (M4)	Ansiedad Rasgo	48	9,62	0,003	0,17	0,42	0,003
Afectividad Negativa (M5)	Ansiedad Rasgo	48	23,09	0,000	0,33	0,58	0,000
Ansiedad Motora (Observación 1)	Preocupaciones	50	3,21	0,079	0,06	0,25	0,079
Ansiedad Motora (Observación 2)	Preocupaciones	45	7,95	0,007	0,16	0,40	0,007
Ansiedad Motora (Observación 3)	Preocupaciones	43	9,40	0,004	0,19	0,43	0,004
Ansiedad Motora (Observación 4)	Preocupaciones	47	4,610	0,037	0,01	0,31	0,037

Nota. Observación 1. Al salir de la operación
Observación 3. A los 60 minutos
M1= Aproximadamente un mes antes de la operación
M2= Día antes de la operación
M3= Día de la operación

Observación 2. A los 30 minutos
Observación 4. A los 90 minutos
M4= Día después de la operación
M5= Semana siguiente de la operación
M8= Tres meses después de la operación

Como puede observarse (Tabla 3.90), la ansiedad rasgo en las madres explica el 21% de la ansiedad cognitiva en la primera entrevista (M1) ($F_{1,46}=12,364$; $p=0,001$), el 35% de la ansiedad cognitiva el día antes de la operación (M2) ($F_{1,46}=25,242$; $p=0,000$), el 35% de la ansiedad cognitiva el día de la operación (M3) ($F_{1,46}=25,169$; $p=0,000$), el 17% de la ansiedad cognitiva el día después de la operación (M4) ($F_{1,46}=9,697$; $p=0,003$), el 26% de la ansiedad cognitiva a la semana de la operación (M5) ($F_{1,46}=16,517$; $p=0,000$) y el 19% de la ansiedad cognitiva a los tres meses de la operación (M8) ($F_{1,45}=10,303$; $p=0,002$).

La ansiedad rasgo también permite explicar el 16% del nivel de preocupaciones manifestado por las madres ($F_{1,46}=8,529$; $p=0,005$).

Con la variable afectividad positiva, en el momento 1, se realizaron regresiones múltiples incluyendo en la ecuación la ansiedad rasgo y la ansiedad cognitiva en ese momento. En las variables afectividad positiva del resto de momentos también se realizaron regresiones lineales múltiples, incluyendo ansiedad rasgo, ansiedad cognitiva (M1), preocupaciones y afectividad positiva (M1). A excepción del momento 4, en el resto, únicamente una variable resultó predictora, realizándose a continuación regresiones lineales simples.

De esta manera, la ansiedad cognitiva evaluada en la primera entrevista permite explicar el 46% de la varianza de la variable afectividad positiva evaluada en ese mismo momento (M1) ($F_{1,49}=41,577$; $p=0,000$), que interpretamos como a mayor ansiedad cognitiva menor afectividad positiva, en la primera evaluación. La ansiedad rasgo permite explicar el 34% de la ansiedad mostrada el día antes de la operación (M2) ($F_{1,46}=23,435$; $p=0,000$), el 27% de la ansiedad mostrada el día de la operación (M3) ($F_{1,45}=16,424$; $p=0,000$) y el 28% de la ansiedad mostrada a la semana de la operación (M5) ($F_{1,46}=18,013$; $p=0,000$), mostrando todas ellas una correlación negativa. La ansiedad rasgo junto con la afectividad positiva evaluada en la primera entrevista

permiten explicar el 37% de la varianza de la afectividad positiva evaluada el día después de la operación (M4) ($F_{2,45}=14,607$; $p=0,000$), mostrando la ansiedad rasgo una puntuación Beta más alta. La ansiedad rasgo y la ansiedad cognitiva mostraron correlaciones negativas con la variable afectividad positiva.

Con respecto a la afectividad negativa señalar que también se realizaron regresiones múltiples. En la variable afectividad negativa (M1) se utilizaron las variables ansiedad cognitiva (M1) y la afectividad positiva (M1) como variables predictoras. Con la afectividad negativa en el resto de momentos se utilizaron la ansiedad rasgo y la ansiedad cognitiva (M1). En todos los casos, únicamente una variable mostró una puntuación Beta significativa, por lo que se realizaron regresiones simples.

Así, la ansiedad cognitiva evaluada en la primera entrevista (M1), permite explicar el 59% de la varianza mostrada por la afectividad negativa en ese mismo momento (M1) ($F_{1,49}=69,154$; $p=0,000$). La ansiedad rasgo tiene una capacidad explicativa del 48% en la afectividad negativa el día antes de la operación (M2) ($F_{1,46}=43,165$; $p=0,000$), del 35% de la afectividad negativa el día de la operación (M3) ($F_{1,45}=24,534$; $p=0,000$), del 17% de la afectividad negativa el día después de la operación (M4) ($F_{1,46}=9,615$; $p=0,003$) y del 33% a la semana de la operación (M5) ($F_{1,46}=23,093$; $p=0,000$).

El nivel de preocupaciones tiene una capacidad explicativa del 6% sobre la ansiedad motora que manifiestan las madres al salir su hijo/a del quirófano (con una puntuación Beta marginalmente significativa) ($F_{1,48}=3,212$; $p=0,079$), del 16% de la ansiedad motora a la media hora de salir del quirófano (Observación 2) ($F_{1,43}=7,949$; $p=0,007$), del 19% de la ansiedad motora a la hora de la operación (Observación 3) ($F_{1,41}=9,396$; $p=0,004$) y del 9% de la ansiedad motora a la hora y media de la operación (Observación 4) ($F_{1,45}=4,610$; $p=0,037$).

Con estos últimos comentarios se da por concluido el apartado relativo a los *Resultados* de la presente investigación. En el siguiente apartado se presentarán las conclusiones de este trabajo. Con la finalidad de aportar una mayor claridad a la exposición, se seguirán los mismos apartados que se han establecido en los *Resultados*, así como los objetivos planteados en la *Metodología*.

IV. CONCLUSIONES

En este apartado se muestran las conclusiones que pueden derivarse del presente trabajo. Como se ha comentado previamente, para su presentación se seguirán las mismas directrices que se han seguido a lo largo de la exposición previa. Así pues, en primer lugar se presentarán las conclusiones referidas a las variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes y su cuidador familiar. En segundo lugar, se mostrarán las conclusiones respecto a las variables psicológicas evaluadas en el paciente y su cuidador. En tercer lugar, se comentarán las conclusiones relativas a las relaciones entre las variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas. A continuación, se presentarán las conclusiones respecto a las variables predictoras de vulnerabilidad psicológica al estrés quirúrgico en el paciente y su cuidador. Para concluir, se incluirán unos comentarios finales sobre el trabajo realizado.

La cirugía mayor ambulatoria está desarrollándose en la actualidad en nuestro país. Este desarrollo implica tanto aspectos médicos, por ejemplo, relativos al tipo de patología que se puede intervenir de forma ambulatoria o al tipo de anestesia que se puede utilizar (Sánchez et al., 1998), como aspectos psicológicos, tales como las reacciones del paciente ante la brevedad de la estancia en el hospital o la incertidumbre respecto a este tipo de cirugía (Vila et al., 2000). En la introducción teórica del presente trabajo se ha llevado a cabo una exposición detallada de las aportaciones realizadas sobre hospitalización pediátrica, en general, y sobre Cirugía Mayor Ambulatoria, en concreto, señalando las implicaciones diferenciales para el paciente y para su familia, por lo que no se van a tratar nuevamente en este punto.

Sin embargo, no está de más incidir en el gran interés que la Cirugía Mayor Ambulatoria ha despertado en el ámbito de la investigación científica. En la actualidad, una de las líneas de investigación sobre la cirugía ambulatoria se dirige hacia la evaluación de las reacciones emocionales de los pacientes consecuencia de la intervención quirúrgica, y a la comparación con las reacciones producidas ante la cirugía con ingreso. En este trabajo nos hemos sumado a este interés, siendo el principal objetivo de esta investigación el determinar las variables predictoras de vulnerabilidad psicológica al estrés quirúrgico, en los niños y sus cuidadores familiares.

Es importante tener en consideración que la interpretación de las conclusiones que se presentan a continuación, así como de los resultados obtenidos, tienen la limitación de restringirse a un único hospital público de la Comunidad Valenciana, concretamente, a la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital General Universitario de Valencia, así como a un reducido número de muestra.

En este apartado se irán presentando las conclusiones más importantes derivadas de los objetivos e hipótesis que han guiado esta investigación.

1. El primer objetivo se centraba en determinar las variables sociodemográficas y clínicas de los niños que son intervenidos quirúrgicamente y de su cuidador familiar.

Centrándonos en las **variables sociodemográficas de los pacientes**, se observa que, aproximadamente, la mitad son varones y la otra mitad mujeres. Las edades oscilan entre 2 y 12 años, aunque el 65% de la muestra tiene una edad igual o inferior a 5 años. La patología que más se ha intervenido quirúrgicamente en los niños ha sido las Vegetaciones, ya sea como única intervención o interviniéndolos de Vegetaciones adenoideas y Otitis media secretora en la misma operación. La mayoría de los niños (80%) no tienen experiencias previas, siendo ésta su primera intervención quirúrgica.

Respecto a las **variables sociodemográficas de la familia del paciente**, el cuidador familiar es, principalmente, la madre. Las características del cuidador familiar son: mujer, entre 25 y 34 años, que no trabaja en la actualidad, con estudios primarios, casada, con un nivel socioeconómico medio, con experiencia quirúrgica previa, propia o del cónyuge y fumadora.

- * La **hipótesis 1.1.** planteaba a nivel sociodemográfico, que con mayor frecuencia el cuidador familiar sería la madre (Benavides et al., 2000). La información obtenida coincide con el planteamiento de esta hipótesis. Probablemente esto es debido a que, como se ha señalado, la mayoría de las madres no trabajan en la actualidad, lo que les permite ejercer la función de cuidadora principal del paciente.

Por otro lado, se han analizado las *relaciones entre las distintas variables sociodemográficas del paciente*. Estas reiteran la información previamente señalada, mostrando relaciones entre la edad, la patología intervenida y la experiencia previa.

En conclusión, el perfil del paciente intervenido de otorrinolaringología en régimen ambulatorio es: niño/a, menor de 5 años, intervenido de vegetaciones y sin experiencia quirúrgica previa. El cuidador familiar es, principalmente, la madre.

A continuación se muestran dos reflexiones en torno a estos resultados. En primer lugar, respecto a la edad del niño y la intervención de vegetaciones adenoideas. Tradicionalmente, los médicos y, especialmente, las familias eran reacios a que se interviniera quirúrgicamente a los niños pequeños de adenoiditis o amigdalitis. Esto es debido a que las vegetaciones adenoideas y las amígdalas actúan de filtro para las bacterias y los virus, al mismo tiempo que producen anticuerpos para luchar contra las infecciones. La creencia popular era que el/la niño/a se quedaría “sin defensas”. En la actualidad, las familias están informadas, especialmente, por el pediatra, de que otros tejidos del cuerpo humano también producen anticuerpos para luchar contra las infecciones. Probablemente, ésta sea una de las razones por las que se intervienen niños de corta edad. La historia clínica de estos niños suele ser de frecuentes consultas al pediatra debido a infecciones de garganta, que en ocasiones se complican con otitis. El estado físico habitual de estos niños es estar congestionado, con infección de garganta y con décimas de fiebre. Por ello, la intervención quirúrgica tiene la finalidad de mejorar su calidad de vida.

Una segunda reflexión respecto al género del cuidador familiar. Tradicionalmente, se ha considerado la figura materna asociada a la función de cuidadora de los miembros de la familia, y como puede observarse por la proporción de géneros en nuestra muestra, sigue

siendo así. Como se ha señalado previamente, esto puede ser debido a que, en ocasiones, sólo trabaja el padre, lo que permite a la madre dedicar más tiempo al cuidado y educación de los hijos. En la muestra estudiada, la mayoría de las madres no trabajan y, quizá ésta sea la razón por la que actúan como cuidadora familiar del paciente en recuperación. Siguiendo este razonamiento, sería de esperar que en los casos en los que el cuidador familiar es el padre (n=13; en ocho de estas familias el cuidador familiar también es la madre), la madre también trabaja y han repartido la tarea de cuidador. Sin embargo, lo que se observa es que siete madres de estas 13 familias no trabajan en la actualidad. También se observa que, a pesar que la mayoría de las madres tiene nivel de estudios primarios (E.G.B.), ocho madres de estas 13 familias tienen nivel de estudios secundarios (F.P./B.U.P.). La reflexión acerca de este tema gira en torno a la posibilidad, de que el hecho de que el cuidador familiar sea la madre no es debido a que no trabaja, sino a que el nivel de estudios de la madre influiría, de alguna forma, en la repartición de la tarea de cuidador. En este punto nos encontramos con la limitación de disponer de poca muestra en la que el padre actúe como cuidador familiar, para analizar la repartición de la tarea de cuidador en estas familias.

Con relación a las **variables clínicas evaluadas en el paciente**, recordemos que se han establecido los apartados de: variables evaluadas antes de la intervención quirúrgica, durante la intervención quirúrgica, en el postoperatorio inmediato y en la recuperación postquirúrgica.

Respecto a las *variables clínicas evaluadas antes de la intervención*, en general, los pacientes no presentan problemas médicos previos a la intervención quirúrgica, considerando el anestesista que la operación no es grave y es fácil intubar al paciente.

Por lo que respecta a las *variables evaluadas durante la operación*, ésta suele durar entre 11 y 30 minutos y los pacientes tardan en recuperarse entre 6 y 7 minutos. Únicamente dos de los 57 pacientes mostró problemas durante la operación (dificultad ventilatoria y náuseas).

En cuanto a las *variables de recuperación en el postoperatorio inmediato*, la mayoría de pacientes no presentó ninguna complicación después de la intervención, cinco de los pacientes tuvieron complicaciones leves.

Con relación a las *variables de recuperación postquirúrgica* evaluadas 24 horas después de la operación, la mayoría de los pacientes no tuvieron náuseas ni vómitos, no tuvieron fiebre y durmieron bien. A la mitad de los pacientes se les administró antibióticos y analgésicos cada 8 horas.

- * La **hipótesis 1.2.** planteaba a nivel clínico, que la recuperación de los pacientes sería buena, debido a que las intervenciones realizadas son de carácter leve, pudiendo presentar algunos niños náuseas y/o vómitos y fiebre (Callanan et al, 1994; Gabalski et al., 1996; Pizzuto et al., 1998). Como se ha señalado, los resultados obtenidos en nuestra muestra coinciden con la hipótesis planteada, valorando el anestesista la operación quirúrgica de carácter leve, y observando que los pacientes no mostraron complicaciones tras la intervención (valorándolo a partir de las anotaciones del anestesista sobre las complicaciones presentadas, las náuseas/vómitos, la fiebre y la calidad del sueño).

Se han estudiado también las *relaciones entre las variables clínicas* evaluadas en el postoperatorio inmediato y las evaluadas 24

horas después de la operación. En primer lugar, señalar que los niños que han permanecido más tiempo en la Unidad son los que informan al día siguiente de haber dormido “regular”. En segundo lugar, se observa que los niños que mostraron mayores puntuaciones en presión sistólica y diastólica son los que informan al día siguiente de haber dormido “mal” .

Con respecto a la primera conclusión señalar que los niños que han permanecido más tiempo en la unidad son los niños más pequeños, principalmente, por que se les opera a primera hora y porque después de la operación suelen dormirse durante un periodo de tiempo. Así, parece ser que los niños más pequeños no duermen bien la noche siguiente a la operación, lo que puede ser debido tanto a aspectos físicos (el malestar en la garganta, o en el oído), como a aspectos psicológicos (la ansiedad pasada durante el día). Respecto a la segunda conclusión, parece que los niños que tras la operación muestran mayor alteración en su tensión (presión sistólica y diastólica) duermen peor durante la noche siguiente.

Las **variables clínicas evaluadas en el cuidador familiar**, hacen referencia a su satisfacción en tres áreas: la satisfacción con la información recibida sobre la cirugía y la enfermedad de su hijo/a, con el personal médico sanitario y con la infraestructura del hospital y de la unidad.

Por lo que respecta a la *satisfacción con la información recibida*, la mayoría de los cuidadores está satisfecho con la información recibida sobre la cirugía ambulatoria antes y, especialmente, después de la operación. Respecto a la *satisfacción con la información recibida sobre la enfermedad de su hijo/a*, la mayoría señala estar satisfecho antes y después de la operación. Sin embargo, se observa que, aproximadamente, la mitad de los cuidadores informa de *necesitar más información* sobre la cirugía ambulatoria y sobre la enfermedad de su

hijo/a antes y después de la operación, es decir, que no han resuelto sus dudas. Respecto a la *valoración de la experiencia con la cirugía ambulatoria*, la mayoría de los cuidadores prefiere cirugía ambulatoria, especialmente, después de haber pasado la experiencia.

En cuanto a la *satisfacción del cuidador en sus relaciones con el personal médico/sanitario*, la mayoría informa de no tener ningún problema, ni antes ni después de la operación.

Con relación a la *satisfacción del cuidador familiar con respecto a la infraestructura del hospital y de la unidad*, aproximadamente la mitad de los cuidadores consideran que la sala de espera es mejorable. Respecto a la sala de recuperación la mitad considera que es mejorable y la otra mitad que adecuada, y en cuanto a la consulta del anestesista la mayoría considera que es adecuada. En general, los cuidadores señalan que no harían ninguna mejora en la sala de espera, en la consulta del anestesista, ni en la sala de recuperación. Sin embargo, algunos señalan que la sala de espera podría mejorarse haciéndola más cómoda y/o más privada, y la sala de recuperación haciéndola más cómoda y no mezclando niños con adultos.

- * La **hipótesis 1.3.** planteaba respecto a *la satisfacción del cuidador familiar*, que la mayoría de las familias estarían satisfechas con la cirugía ambulatoria debido a que pueden estar más tiempo con su hijo/a, según señala la literatura consultada (Schulman et al., 1967; Hannallah y Rosales, 1983; Ryder y Spargo, 1991; Hannallah, 1994; Vessey et al., 1994; Coyne, 1995; Hall et al., 1995).

Aunque, en la muestra estudiada, en general, los resultados coinciden con la hipótesis planteada, parece necesario realizar algunas matizaciones. Con respecto a los porcentajes se observa que antes de la operación los cuidadores están más satisfechos con la información

recibida sobre la enfermedad de su hijo que sobre la cirugía, sin embargo, tras la operación se observa un aumento de cuidadores que señalan estar satisfechos con la información recibida sobre la cirugía, mientras la satisfacción con respecto a la información sobre la enfermedad de su hijo/a parece mantenerse en los mismos niveles. En este sentido, puede interpretarse el dato relativo a la necesidad de más información, señalado por la mitad de los cuidadores antes y después de la operación.

Estos resultados están en la línea de los planteados en la introducción teórica, donde se señaló que la mayoría de los padres parecen necesitar más información sobre los posibles cambios comportamentales de sus hijos tras la cirugía, así como sobre posibles intervenciones para manejarlos (Jay y Youngblut, 1991; Rossen y McKeever, 1996; Tönz et al, 1999).

Durante la entrevista a los padres en los momentos posteriores a la operación, algunos se quejaban de la falta de información con respecto a qué reacciones tendría su hijo/a tras la operación, no sólo físicas sino también emocionales y conductuales, así como la forma de manejarlas. Algunos padres señalaban que cuando su hijo (que eran niños menores de 6 años) salían del quirófano agrediéndolos físicamente y gritando no sabían que hacer, dado que “nunca lo habían visto en ese estado”. Estos padres manifestaban la angustia y la preocupación de no saber si esa reacción era normal. Esto ocurría, especialmente, con los niños que intervenían en primer lugar. Los padres cuyo hijo era intervenido después, habían visto la reacción del primero (dado que estaban juntos en la sala de recuperación), y les parecía más “normal” la reacción de su propio hijo. Uno de los padres sugirió que se deberían dar folletos, igual que los que se dan con la información médica necesaria para antes y después de la operación, con información acerca de las reacciones de sus hijos y de cómo manejarlas

satisfactoriamente. Como se señaló, el dar folletos explicativos a los padres acerca de la intervención quirúrgica y sobre técnicas de preparación para los niños, puede ayudarles a afrontar mejor la situación (Stone y Glasper, 1997).

Con respecto a la valoración de la infraestructura, no se puede señalar que los cuidadores estén satisfechos, aunque esto no está relacionado directamente con la cirugía ambulatoria, sino con el contexto hospitalario.

2. El segundo objetivo se centraba en determinar las variables psicológicas preoperatorias y analizar la evolución de las variables psicológicas durante el proceso pre y postquirúrgico del paciente y del cuidador familiar.

En las **variables psicológicas preoperatorias de los pacientes** se observa que los varones entre 7 y 10 años manifiestan mayor nivel de preocupaciones que sus pares femeninos, no observándose diferencias en niños de mayor edad, ni en ansiedad rasgo. Los adolescentes muestran mayor nivel de preocupaciones (11-14 años) que los niños más pequeños (7-10 años).

En la bibliografía consultada, no parece clara la relación entre las preocupaciones con la edad y el género. Aunque en el caso de nuestra muestra el nivel de preocupaciones parece actuar de forma similar a la ansiedad con respecto al género, manifestando los varones mayores niveles que las mujeres (Tiedeman y Clatworthy, 1990), y de forma similar a los miedos con respecto a la edad, los adolescentes señalaron mayores niveles (Aho y Erickson, 1985; Dolgin et al., 1990).

Por lo que se refiere a las **variables preoperatorias evaluadas en los cuidadores familiares**, no existen diferencias significativas entre

géneros en ansiedad rasgo, en el nivel de preocupaciones, ni en el *locus de control*. Aunque no significativamente, se observan mayores niveles de ansiedad rasgo y preocupaciones en las madres, mostrando éstas mayor *locus de control* externo que los padres. Los padres destacan en *locus de control* interno. Comparando las puntuaciones con las ofrecidas por el baremo de referencia (puntuaciones medias del cuestionario), se observa que las madres manifiestan más creencia en la suerte, menos creencia en los profesionales, menos creencia en Dios y menos locus de control externo que la población de referencia. Con respecto a los padres, se observa que estos manifiestan menos creencias en Dios y menos locus de control externo, que la población de referencia. Parece que ante la intervención quirúrgica, los padres, especialmente las madres, confían en que la recuperación de su hijo/a depende, principalmente, de ellos y/o su hijo/a (*locus* de control interno) y no de los profesionales, de Dios o de la suerte (*locus* de control externo).

En cuanto a la **evolución de las variables psicológicas evaluadas en el paciente**, no existen diferencias de género en los miedos manifestados por los pacientes, pero se observa que tras la operación se reduce significativamente su nivel, respecto al evaluado un mes antes de ésta.

En general, en la bibliografía consultada, se muestran diferencias de género en el nivel de miedo, mostrando las niñas mayores índices (Dong et al., 1994; Aho y Erickson, 1985; Del Barrio y Mestre, 1989; Dolgin et al., 1990). Nuestros resultados están en la línea de los obtenidos por una minoría de autores que no observan diferencias entre géneros (Muris et al., 1996). En el caso de nuestra muestra hay que tener en cuenta el número reducido de la misma que puede estar determinando estos resultados.

El nivel de *ansiedad cognitiva* manifestado por los pacientes varones mayores de 9 años, momentos antes de la operación es mayor

que el nivel de ansiedad manifestado por sus pares femeninos. Tiedeman y Clatworthy (1990) señalaron resultados similares respecto al género. En la evolución de la ansiedad en los pacientes menores de 9 años, se observa una reducción significativa entre el nivel de ansiedad manifestado al día siguiente de la operación y el manifestado a la semana. En los pacientes mayores de 9 años se observa un aumento significativo de ansiedad después de la operación con respecto a la ansiedad mostrada antes de la operación (un mes antes, el día de antes y el mismo día de la intervención). Es decir, mientras en los pacientes menores de 9 años se observa una reducción de la ansiedad tras la operación, en los mayores de 9 años lo que se observa es un aumento. Una explicación posible a esta diferencia es que la mayoría de los niños menores de 9 años no estaban informados de la operación por sus padres y ésta se vive como un hecho estresante, debido a la separación de ellos. Sin embargo, una vez que vuelven a estar con los padres, estos dedican mucho tiempo a cuidarles y mimarles y dada la capacidad de adaptación de estos niños, vuelven a su estado emocional habitual. Sin embargo, los niños de mayor edad puede que estén más atentos al malestar físico y se les permita menos la queja y el intento de captar atención.

Respecto a la *ansiedad fisiológica* (tasa cardíaca), los niños menores de 7 años muestran significativamente mayores niveles de tasa cardíaca, inmediatamente después de la operación, que los mayores de esta edad. Momentos después de la operación los pacientes muestran la tasa cardíaca más alta con respecto a la evaluada un mes antes de la operación y momentos antes de ésta.

Por lo que se refiere a la *ansiedad motora* (distrés comportamental), los niños menores de 7 años muestran significativamente mayores niveles de distrés comportamental, que los mayores de esta edad, durante la primera hora después de la operación.

Como se señaló en el apartado de resultados, en general, los niños menores de 6 años manifiestan las conductas con mayor intensidad, a excepción de las quejas de dolor en el primer momento donde destacan los niños mayores de 6 años. Los niños mayores suelen estar despiertos y tranquilos durante todos los momentos de la evaluación, mientras los pequeños manifiestan su distrés, principalmente, a través de la conducta de llorar. Parece ser que en la medida en que los niños más pequeños expresan su ansiedad, ésta puede reducirse. Sin embargo, en los niños mayores que no manifiestan su malestar emocional éste se mantiene durante más tiempo.

Los resultados en ansiedad fisiológica y motora están en la línea de los obtenidos por otros autores que señalan que los niños menores de 7 años manifiestan mayores niveles de estrés (Jay et al, 1983; Tiedeman y Clatworthy, 1990; Flórez y Valdés, 1990). Sin embargo, otros autores (Kain, Mayes, OConnor y Cicchetti, 1996) obtienen resultados diferentes.

Con respecto a los *cambios comportamentales*, los padres señalan que antes de la operación las conductas más frecuentes de los niños son los trastornos del sueño y la agresión hacia la autoridad. Después de la operación los cambios comportamentales en los niños se muestran principalmente en: problemas de alimentación, ansiedad por separación, agresión hacia la autoridad y trastornos del sueño.

En la evolución de los cambios comportamentales según los *padres*, parece ser que las conductas de ansiedad general y de apatía-retraimiento se reducen con el tiempo. Sin embargo, en la conducta de agresión hacia la autoridad se obtiene un aumento a lo largo del tiempo.

En la evaluación realizada por las *madres* se observa una reducción de los trastornos del sueño a partir de la semana de la operación.

En las puntuaciones totales de padres y madres se observa que las diferencias significativas se centran en las puntuaciones obtenidas con respecto a la línea base y no entre los momentos evaluados. Como se señaló, las puntuaciones medias obtenidas en la línea base indican que, en general, la mayoría de las conductas se realizan a veces (Media aproximada de 2) y las puntuaciones medias obtenidas en el resto de evaluaciones señalan que, en general, la mayoría de las conductas se realizan con la misma frecuencia de antes (Media aproximada de 3). Esta diferencia en las valoraciones del cuestionario puede estar determinando las diferencias significativas obtenidas.

- * La **hipótesis 2.1.** planteaba en relación a las *variables psicológicas del paciente*, que los momentos de mayor *ansiedad* serían, probablemente, el día de antes y el mismo día de la intervención quirúrgica (Brophy y Erickson, 1990; López-Roig et al., 1993; Valdés et al., 1993). En relación a los cambios en la *conducta de los pacientes después de la cirugía*, pocos niños mostrarán cambios graves en su comportamiento, debido a que las intervenciones son de carácter leve (Kain et al., 1996; Rossen y McKeever, 1996; Kain et al., 1999). Los cambios comportamentales se reducen con el tiempo (Kain et al., 1999), pudiendo persistir después de la operación (Zuckerberg y Clatworthy, 1990; Lynch, 1994; Zuckerberg, 1994; Kain et al., 1996). En la presente investigación se observa que la ansiedad manifestada el día antes de la operación y el mismo día de ésta no son significativamente mayores que la manifestada en el resto de evaluaciones. En los niños menores de 9 años la ansiedad

manifestada el día de la operación es mayor que en el resto de momentos, pero no significativamente, y en los mayores de 9 años los mayores niveles de ansiedad se observan a los tres meses de la operación. Con relación a los cambios conductuales se observa que los cambios en el comportamiento son leves (puntuaciones más cercanas a 3-la conducta se realiza igual que antes-, que a 4-la conducta se realiza más que antes-), sin embargo, los cambios se observan hasta tres meses después de la operación.

Respecto a la **evolución de las variables psicológicas evaluadas en el cuidador familiar**, las madres manifiestan significativamente mayores niveles de ansiedad que los padres, el día antes de la operación y el día de la operación. En el resto de variables no se observan diferencias entre géneros.

En la *ansiedad motora* (distrés comportamental), se observa que las madres manifiestan significativamente mayor ansiedad que los padres, durante la primera hora posterior a la intervención quirúrgica. Este distrés se manifiesta, principalmente, a través de conductas de apego hacia el niño y una postura corporal rígida.

- * La **hipótesis 2.2.** planteaba con relación a las *variables del cuidador familiar*, que los momentos de mayor *ansiedad* serían, probablemente como en el paciente, el día de antes y el mismo día de la intervención quirúrgica. Como se ha señalado, en la presente investigación, tanto en la muestra de padres como de madres, se observa que la ansiedad manifestada el día de antes y el mismo día de la intervención es significativamente mayor que la observada en los momentos posteriores. Además en estos dos momentos, la

ansiedad de la madre es significativamente mayor que la ansiedad del padre. El mayor nivel de ansiedad en ambos géneros se manifiesta el día de la operación.

Las puntuaciones obtenidas por cada género en las *estrategias de afrontamiento*, señalan que tanto los padres como las madres antes de la operación, utilizan la estrategia de solución de problemas en mayor medida que después de la operación. Las madres antes de la operación también utilizan la estrategia de búsqueda de apoyo social en mayor medida que después de ésta.

- * La **hipótesis 2.3.** planteaba respecto a las *estrategias de afrontamiento utilizadas por el cuidador familiar*, antes y después de la operación, que pueden variar debido a que el estímulo a afrontar varía. Los resultados obtenidos van en la línea de la hipótesis planteada según el Modelo de Afrontamiento Transaccional (Lazarus y Folkman, 1986). Antes de la operación los padres utilizan mayor variedad de estrategias para afrontar la experiencia quirúrgica inminente, que, como se ha señalado, conlleva altos niveles de ansiedad. Sin embargo, una vez pasada la experiencia se reducen las estrategias utilizadas, probablemente debido a que como el estado físico del niño es bueno, no implica el afrontamiento de ninguna situación que pudiera resultar estresante.

En la variable *afectividad positiva* en los *padres*, se observa que la afectividad positiva mostrada el día de la operación es la más baja de todas. Respecto a la afectividad positiva en las *madres* se observa que los niveles más bajos se muestran un mes antes de la intervención y el día de ésta.

La mayor *afectividad negativa* de los *padres* y de las *madres* se observa en el día de la intervención quirúrgica.

3. El tercer objetivo se centraba en estudiar las posibles relaciones existentes entre las variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas, así como entre las variables psicológicas.

Se comenta en primer lugar **la relación entre las variables sociodemográficas y las variables clínicas.**

En las variables sociodemográficas del **paciente** se observa influencia de la *edad*, los niños menores de 7 años son los que permanecen durante más tiempo en la Unidad y una parte de ellos (17,5%) manifiesta náuseas tras la intervención. De los niños mayores (7-12 años) ninguno de ellos muestra náuseas tras la operación.

Con respecto a la *patología* se observa que la mitad de los intervenidos de amígdalas informa de padecer fiebre y es la única patología en la que los niños informan de dormir “mal”. En cuanto al tipo de calmante administrado se observa que los intervenidos de vegetaciones y otitis toman, mayoritariamente, antibióticos y analgésicos y los intervenidos de amígdalas toman analgésicos.

En el **cuidador familiar**, las puntuaciones obtenidas en las variables clínicas evaluadas no varían en función de las variables sociodemográficas.

Seguidamente nos centraremos en la **relación entre las variables sociodemográficas y las psicológicas.**

Respecto a las características sociodemográficas en el **paciente**, la *edad* está relacionada negativamente con la ansiedad fisiológica (tasa cardíaca) postquirúrgica y con la ansiedad motora (distrés comportamental) al salir de la operación y una hora después de ésta. Respecto a la *patología*, los niños intervenidos de amígdalas manifiestan mayor ansiedad fisiológica (tasa cardíaca) postquirúrgica y mayor ansiedad cognitiva una semana después de la operación. En la variable

experiencia quirúrgica previa, los pacientes cuya operación es la primera, manifiestan mayores índices de ansiedad fisiológica (tasa cardíaca) postquirúrgica y mayor ansiedad cognitiva tres meses después de la operación, que los niños con experiencia previa.

En cuanto a los *cambios comportamentales* en los niños intervenidos de otitis media (OMS), se observa que manifiestan mayor agresión a la autoridad dos semanas después de la operación y más problemas de alimentación tres meses después de ésta, que los niños intervenidos de vegetaciones y/o amígdalas. Los niños sin experiencia previa, obtienen significativamente mayores puntuaciones en ansiedad general a las dos semanas de la operación, que los niños que han sido intervenidos previamente.

- * La **hipótesis 3.1.** respecto a las *variables sociodemográficas de los pacientes*, planteaba que se relacionarían con las *variables psicológicas* evaluadas. Los niños más pequeños manifestarán mayores niveles de ansiedad y de cambios comportamentales negativos. Los niños sin experiencia quirúrgica mostrarán mayores niveles de ansiedad (Tiedeman y Clatworthy, 1990; Tiedeman, 1997; Benavides et al., 1998; Caumo et al., 2000). En la presente investigación, no existe representatividad de edades en la variable ansiedad cognitiva como para afirmar, o no, que ambas variables (edad y ansiedad cognitiva) están relacionadas. Sí se observa una relación negativa entre la ansiedad fisiológica (tasa cardíaca) postquirúrgica y la ansiedad motora (distrés comportamental). Respecto a los cambios comportamentales no se han observado relaciones relevantes con la edad. Respecto a la experiencia quirúrgica, sí se observa que los niños sin experiencia manifiestan mayores niveles de ansiedad fisiológica (tasa cardíaca) postquirúrgica, mayores

puntuaciones en ansiedad general a las dos semanas y mayor ansiedad cognitiva a los tres meses de la operación.

Sobre las características sociodemográficas en el **cuidador familiar**, en la muestra de *madres*, se observan relaciones significativas respecto a la *edad*. Así, las madres de mayor edad muestran un mayor *locus de control* externo (creencias en profesionales, Dios y/o suerte), mayor afectividad positiva el día de antes de la operación y a la semana de ésta, mayor afectividad negativa al día siguiente de la operación y utilizan en menor medida la estrategia de afrontamiento de evitación como forma de afrontar la inminente intervención quirúrgica de su hijo/a. En el caso de los *padres* no se observan relaciones significativas.

La *profesión* del *padre* incide marginalmente, los que trabajan en el sector servicios manifiestan mayores niveles de ansiedad y de afecto negativo al día siguiente de la operación. Las *madres* que no trabajan manifiestan mayores niveles de ansiedad y de afecto negativo a la semana de la intervención quirúrgica.

Respecto al *nivel de estudios* de los *padres*, los que tienen estudios secundarios manifiestan mayor ansiedad cognitiva un mes antes de la operación y mayor afecto negativo un mes antes y a la semana de la operación, que los que tienen estudios primarios. Los padres con estudios primarios utilizan en mayor medida estrategias de afrontamiento orientadas a solucionar el problema para afrontar la inminente intervención quirúrgica de su hijo/a, que los que tienen estudios secundarios. Las *madres* con estudios primarios tienen un mayor *locus de control* externo que las madres con estudios secundarios. Parece ser que los padres con estudios primarios dirigen su atención a resolver los posibles problemas, lo que reduce su ansiedad cognitiva. Respecto a las madres, parece que las que tienen

estudios secundarios prefieren confiar que la recuperación de su hijo/a depende de ella y/o del niño/a.

En tercer lugar, se comenta la **relación entre las variables clínicas y las variables psicológicas**.

Las variables evaluadas en el *paciente*, como la *duración de la operación* se relaciona negativamente con la ansiedad rasgo de los pacientes mayores de 9 años, con la tasa cardíaca momentos antes de la operación en los niños mayores de 6 años, con la apatía-retraimiento de los niños como comportamiento habitual y con los problemas de alimentación a las dos semanas de la operación. Los pacientes mayores de 9 años que tardan más *tiempo en recuperarse* manifiestan menos ansiedad cognitiva al día siguiente de la operación. Dado el número de sujetos de la muestra es difícil saber la razón de estos resultados. En general, parece que los niños que están más activados tienen operaciones que duran menos y tardan menos en recuperarse.

La *presión sistólica* en los niños menores de 6 años se relaciona positivamente con la ansiedad cognitiva el día antes de la intervención y con la ansiedad fisiológica (tasa cardíaca) postquirúrgica. La presión sistólica y la *presión diastólica*, en niños mayores de 6 años, se relacionan positivamente con la tasa cardíaca antes de la operación. La presión sistólica se relaciona positivamente con la ansiedad general, con la ansiedad de separación, con los trastornos de sueño y con la apatía-retraimiento, manifestados al día siguiente de la operación. La presión diastólica se relaciona positivamente con los trastornos del sueño al día siguiente de la operación. Parece que ambas medidas pueden ser un buen indicador del nivel de ansiedad de los niños antes y después de la operación.

En la *calidad del sueño* se ha observado que los niños que durmieron peor (puntuaciones entre 1 y 4) la noche siguiente a la

operación, mostraron mayor ansiedad general al día siguiente de la operación, mayor ansiedad de separación al día siguiente y a la semana, y menores problemas de alimentación al mes de la operación.

A continuación se muestran las variables psicológicas en función de las variables clínicas evaluadas en el **cuidador familiar**. Con respecto a la *necesidad de información*, los cuidadores que señalaron no necesitar más información en la primera entrevista utilizaron con mayor frecuencia la evitación como estrategia de afrontamiento, ante la inminente intervención quirúrgica de su hijo/a y mostraron mayor afectividad negativa a la semana de la intervención. Los que estaban más preocupados en la primera entrevista, informaron de no necesitar más información a la semana de la operación. Quizá en este grupo de padres el señalar que no necesitan más información forma parte de sus estrategias de evitación, dado que son padres que están preocupados y muestran un estado emocional negativo una semana después de la operación.

Con respecto a la *preferencia sobre el tipo de cirugía*, los que en la primera entrevista informan de preferir cirugía ambulatoria están más preocupados, que los que prefieren cirugía con ingreso. Esto puede deberse a la falta de información sobre los cuidados postoperatorios, como informaron algunos padres durante las entrevistas.

Según la satisfacción con la *infraestructura del hospital*, los cuidadores que consideran la sala de espera como inadecuada manifiestan mayores niveles de ansiedad al día siguiente de la operación de su hijo/a y a los tres meses. Los que consideran la sala como adecuada utilizan en mayor medida estrategias de afrontamiento orientadas a la solución de problemas, ante la inminente operación quirúrgica de su hijo/a. En este sentido, parece ser que considerar la sala como adecuada o no darle excesiva importancia a la infraestructura de la sala, puede ser una estrategia dirigida a

solucionar el problema, en la medida en que se centran en aspectos más relevantes.

A continuación, nos centraremos en la **relación entre las variables psicológicas**, recordemos que se han establecido los siguientes apartados: relaciones entre variables del paciente, relaciones entre variables del cuidador familiar, relaciones entre variables evaluadas en ambos padres y relaciones entre variables evaluadas en el paciente y su cuidador.

Con las *relaciones entre variables del paciente*, en los niños menores de 9 años la *ansiedad cognitiva* evaluada un mes antes de la operación se relaciona positivamente con la manifestada el día de la operación. Las relaciones entre ansiedad cognitiva y cambios comportamentales son mayoritariamente negativas, a excepción de la dimensión ansiedad general y apatía-retraimiento que sólo muestra relaciones positivas con la ansiedad. En estos niños, menores de 9 años, la ansiedad manifestada el día después de la operación y a la semana de ésta se relaciona, principalmente, con los comportamientos manifestados a los tres meses. Así, los niños que más manifiestan su ansiedad cognitiva tras la operación, a los tres meses muestran menos ansiedad por separación, menos trastornos del sueño y menos agresión hacia la autoridad. Sin embargo, manifiestan más ansiedad general y más apatía/retraimiento. Estos datos pueden ser explicados debido a las diferencias existentes entre distintas medidas de ansiedad. Así, la ansiedad cognitiva parece estar relacionada positivamente con la ansiedad general y la apatía, manifestadas comportamentalmente, mientras se relaciona negativamente con otros comportamientos como la ansiedad por separación, los trastornos de sueño y la agresión hacia la autoridad. Quizá algunos niños manifiestan su ansiedad de forma cognitiva y, sin embargo, otros niños expresan su ansiedad de forma comportamental.

En los niños mayores de 9 años, la ansiedad cognitiva manifestada el día antes de la operación se relaciona positivamente con la manifestada el mismo día de la operación. En este grupo la ansiedad rasgo correlaciona positivamente con la ansiedad fisiológica (tasa cardíaca) evaluada momentos antes de la operación. La ansiedad fisiológica (tasa cardíaca) postquirúrgica correlaciona positivamente con la ansiedad cognitiva manifestada tres meses después de la operación. Respecto a la relación entre ansiedad y cambios comportamentales, la ansiedad cognitiva el día de la operación correlaciona positivamente con los trastornos del sueño, los problemas de alimentación y la agresión hacia la autoridad al día siguiente de la operación, y con la ansiedad por separación a la semana de la operación. La ansiedad cognitiva manifestada a la semana de la operación es la que muestra mayores relaciones, mayoritariamente, negativas.

Los resultados parecen indicar que los niños que manifiestan un mayor nivel de ansiedad cognitiva a la semana de la operación, han mostrado menos cambios comportamentales el día después de la operación, y muestran menos cambios a la semana y a los tres meses. Quizá como señalábamos antes, debido a que al manifestar la ansiedad de forma cognitiva se reducen los comportamientos negativos posteriores.

Con respecto a la relación entre la *ansiedad fisiológica* (tasa cardíaca) y los cambios comportamentales, señalar que la tasa cardíaca evaluada momentos antes de la operación se relaciona positivamente con la ansiedad de separación al día siguiente de la operación. La tasa cardíaca antes y después de la operación muestra relaciones negativas con los problemas de alimentación en distintos momentos. La tasa cardíaca postquirúrgica se relaciona positivamente con la apatía/retramiento manifestada al día siguiente de la operación.

- * La **hipótesis 3.2.** planteaba que los *pacientes* con mayores niveles de *ansiedad* manifestarían mayores cambios negativos en su comportamiento después de la cirugía. Contrario a lo que se hipotetizaba, aunque se observan escasas relaciones, éstas suelen ser negativas, a excepción de la relación entre la ansiedad cognitiva el día de la operación en niños mayores de 9 años y los cambios comportamentales al día siguiente. Respecto a la ansiedad fisiológica, la tasa cardíaca antes y después de la operación muestra escasas relaciones con los comportamientos posteriores, siendo, en general, positivas con la ansiedad de separación y negativas con los problemas de alimentación.

Los *miedos y preocupaciones* antes de la operación se relacionan positivamente con los miedos después de la operación y con las preocupaciones de los niños (7-10 años). Las preocupaciones en los adolescentes (11-14 años), se relaciona negativamente con la ansiedad cognitiva manifestada el día siguiente a la operación. Quizá en los adolescentes que estaban más preocupados, su ansiedad se reduce más al comprobar, tras la operación, que era menos amenazante de lo que esperaban.

Se han estudiado también las *relaciones entre los cambios comportamentales* evaluados en distintos momentos. En general, se observa que, en cada momento, los niños que muestran puntuaciones altas en alguna dimensión, tienden a mostrar puntuaciones altas también en el resto de dimensiones. Los comportamientos evaluados un mes antes de la operación (línea base) se relacionan, principalmente, con los comportamientos al mes de la operación, donde la dimensión de trastornos del sueño, evaluada antes de la operación, se relaciona positivamente con la ansiedad general, la ansiedad por separación, los trastornos del sueño y la apatía-retraimiento. Los cambios

comportamentales evaluados al día siguiente de la operación se relacionan positivamente con el resto de momentos evaluados, especialmente, las dimensiones de ansiedad por separación, trastornos del sueño y apatía/retraimiento. Los cambios comportamentales evaluados en los momentos posteriores se relacionan positivamente entre ellos.

Con respecto a las *relaciones entre variables del cuidador familiar*, en la muestra de *padres*, la *ansiedad rasgo* se relaciona positivamente con la ansiedad del día de la operación, con la de tres meses después de la operación y con la afectividad negativa y la estrategia de evitación a la semana de la operación. La *ansiedad rasgo* se relaciona negativamente con la afectividad positiva el día antes de la operación. Las mayores relaciones se observan entre la ansiedad cognitiva momentos antes de la operación y el resto de variables. La afectividad positiva se relaciona positivamente entre los momentos evaluados.

En la muestra de madres se observa que la *ansiedad rasgo* y la *ansiedad cognitiva* evaluada en los distintos momentos se relaciona con el nivel de preocupaciones, con la afectividad positiva, negativa y con las distintas estrategias de afrontamiento. La *ansiedad motora* en las madres se relaciona, principalmente, con el nivel de preocupaciones. Este se relaciona negativamente con la afectividad positiva.

Las *relaciones entre variables evaluadas en ambos padres*, muestran que la afectividad positiva de las madres el día antes de la operación se relaciona negativamente con la *ansiedad rasgo* de los padres, con su *ansiedad cognitiva* el día antes de la operación y el día de ésta, y con la afectividad negativa del padre el día antes de la operación y, positivamente con la afectividad positiva de los padres el día de la operación. Parece ser que en las madres que tienen menos afectividad positiva el día antes de la operación, los padres son más ansiosos, muestran mayor afectividad negativa y menos positiva. La

afectividad positiva de los padres el día antes de la operación se relaciona positivamente con la ansiedad cognitiva de las madres el día de la operación y el día después de ésta, y negativamente con la estrategia de afrontamiento de evitación antes de la operación. Cuando los padres tienen mayor afectividad positiva el día de la operación, las madres tienen más ansiedad y utilizan menos la evitación como estrategia de afrontamiento. Así, también la estrategia de afrontamiento de evitación antes de la operación utilizada por las madres se relaciona positivamente con la afectividad negativa del padre el día de la operación. Parece ser que cuando las madres utilizan más la estrategia de evitación, los padres tienen mayor afectividad negativa el día de la operación.

Finalmente, respecto a las *relaciones entre variables evaluadas en el paciente y su cuidador*, la *ansiedad rasgo* de las madres se relaciona positivamente con la ansiedad cognitiva, de los niños menores de 9 años, antes de la operación, y con mayores cambios en su comportamiento tras la operación. La ansiedad cognitiva de las madres evaluada el día antes de la operación y el día de la operación se relaciona positivamente con la ansiedad cognitiva de los niños menores de 9 años el día antes de la operación, con la ansiedad fisiológica, en niños menores de 6 años, un mes antes de la operación e inmediatamente después de ésta y con mayores cambios comportamentales. Respecto a la ansiedad cognitiva de la madre manifestada en las evaluaciones posteriores a la operación destacar que se relaciona positivamente con mayores cambios comportamentales.

El nivel de *preocupaciones* de las madres se relaciona positivamente, en los niños menores de 6 años, con la ansiedad fisiológica (tasa cardíaca) evaluada un mes antes de la operación y con la ansiedad motora (distrés comportamental) evaluada al salir el paciente del quirófano y a la hora y media de la operación.

La *ansiedad motora* (distrés comportamental) en las madres muestra algunas relaciones positivas con la ansiedad fisiológica y la ansiedad motora de los niños. La última observación de distrés comportamental realizada en las madres correlaciona positivamente con los cambios comportamentales posteriores a la operación en los niños.

- * La **hipótesis 3.3.** planteaba, respecto a la *relación entre las variables del paciente y su cuidador*, que la ansiedad del cuidador familiar y del paciente se relacionarían positivamente (Dix, 1991; Kain et al., 1996; LaMontagne et al., 1996; Tiedeman, 1997; Meursing, 1999; Palermo et al., 1999; Kain et al., 2000; Voepel et al., 2000). Así mismo, los cuidadores con mayores niveles de ansiedad tenderían a señalar mayores cambios negativos en el comportamiento de sus hijos. En la presente investigación, se observan resultados según lo hipotetizado, cuando el cuidador familiar es la madre, y con niños menores de 9 años. Con los niños mayores de esta edad no se observan relaciones positivas entre la ansiedad del paciente y su cuidador. Respecto a la relación entre ansiedad del cuidador y los cambios comportamentales del paciente se observan relaciones positivas en el caso de las madres.

La *afectividad positiva* de las madres evaluada el día de la operación y en los momentos posteriores, correlaciona negativamente con los cambios comportamentales en los niños.

La *estrategia de afrontamiento* de evitación utilizada por las madres antes de la operación, correlaciona positivamente con la ansiedad cognitiva de los niños mayores de 9 años el día antes de la operación y el día de ésta, con mayores cambios comportamentales, y, en mayores de 6 años, con la ansiedad fisiológica momentos antes de la operación y con la ansiedad motora a la media hora de la operación.

4. El cuarto objetivo se centraba en elaborar un *perfil* que describa las características psicológicas que aumentan la *vulnerabilidad psicológica al estrés quirúrgico*, tanto en el paciente como en su cuidador familiar.

Se comenta en primer lugar **las variables predictoras y criterios en los pacientes.**

Dados los resultados mostrados en el apartado anterior, se puede concluir que la evaluación de la ansiedad cognitiva en la primera entrevista, en niños menores de 9 años permitirá predecir la ansiedad que mostrará el día de la operación. Así mismo, la ansiedad cognitiva evaluada el día de la operación permitirá predecir algunos cambios comportamentales el día después de la operación.

Respecto a los miedos, señalar que el nivel de preocupaciones en niños (7-10 años) permitirá predecir el nivel de miedo antes de la operación. Así mismo, este nivel de miedo permite predecir el que mostrarán a la semana de la operación.

Con referencia a las variables predictoras en las madres, se observa que las estrategias de afrontamiento utilizadas en la primera entrevista permiten predecir la ansiedad cognitiva, fisiológica y motora de los niños en algunos momentos. Otras variables predictoras importantes son: la afectividad negativa, la ansiedad estado y el nivel de preocupaciones evaluadas en la primera entrevista.

- * La **hipótesis 4.1.** planteaba que las características asociadas con una mayor vulnerabilidad *en el paciente*, son: menor edad, sin experiencia quirúrgica previa, niveles de ansiedad y nivel de ansiedad del cuidador familiar (Tiedeman y Clatworthy, 1990; Dix, 1991; Kain et al., 1996; LaMontagne et al., 1996; Tiedeman, 1997; Benavides et al., 1998; Meursing, 1999; Palermo et al., 1999; Caumo et al., 2000;

Kain et al., 2000; Voepel et al., 2000). En la presente investigación, como se señaló los niños de menor edad y sin experiencia previa muestran mayores niveles de ansiedad. La ansiedad cognitiva y fisiológica, antes de la operación, permite predecir algunos cambios comportamentales en los niños posteriores a la operación. En cuanto a las madres se observa que las variables que mejor predicen la ansiedad de los niños es el nivel de preocupaciones y las estrategias de afrontamiento utilizadas antes de la operación.

Seguidamente nos centramos en el **estudio de las variables predictoras en las madres.**

En el caso de las madres se observa que conociendo su nivel de ansiedad rasgo, de ansiedad cognitiva en la primera entrevista y de preocupaciones, se puede predecir parte de sus niveles de ansiedad, de afectividad positiva, de afectividad negativa, y de ansiedad motora antes y después de la operación de su hijo/a.

- * La **hipótesis 4.2.** planteaba que las características asociadas con una mayor vulnerabilidad *en el cuidador familiar* son: niveles altos de ansiedad y preocupaciones (Wolfer y Visintainer, 1975; Melnyk, 1994; Tiedeman, 1997; Kain et al., 2000) y la utilización de la estrategia de afrontamiento de evitación (Bush et al., 1986). Como se ha señalado, la ansiedad (rasgo y estado en la primera entrevista) y el nivel de preocupaciones permiten predecir la ansiedad y afectividad de las madres en los momentos posteriores. Sobre las estrategias de afrontamiento no han obtenido datos relevantes.

A modo de conclusión de los análisis de regresión se presentan a continuación los cuestionarios o registros que han mostrado ser más eficaces para obtener mayor información en los pacientes y sus madres (Cuadro IV.1.).

Cuadro IV.1. Cuestionarios o registros e información que se puede predecir

CUESTIONARIOS/REGISTROS	INFORMACIÓN QUE SE PREDICE
Niños menores de 7 años	
Tasa cardíaca antes de la operación	Ansiedad de separación al día siguiente de la operación Problemas de alimentación a la semana (negativo*)
EA de solución de problemas de las madres	Tasa cardíaca un mes antes de la operación
Preocupación madres	Ansiedad motora niños 90 minutos después de la operación
Ansiedad cognitiva madres en primera entrevista	Ansiedad cognitiva niños en la primera entrevista
Niños entre 7 y 9 años	
Tasa cardíaca antes de la operación	Ansiedad de separación al día siguiente de la operación Problemas de alimentación a la semana (negativo*)
Ansiedad cognitiva primera entrevista	Ansiedad cognitiva día de la operación
Ansiedad cognitiva día de la operación	Problemas de alimentación día después de la operación
Miedos primera entrevista	Miedos una semana después de la operación
Preocupación madres	Ansiedad motora al salir de la operación
Niños mayores de 9 años	
Tasa cardíaca antes de la operación	Ansiedad de separación al día siguiente de la operación Problemas de alimentación a la semana (negativo*)
Ansiedad cognitiva día de la operación	Trastornos del sueño día después de la operación
Miedos primera entrevista	Miedos una semana después de la operación
EA apoyo social en las madres	Ansiedad cognitiva en la primera entrevista
Preocupación madres	Ansiedad motora al salir de la operación

Nota. EA= Estrategia de Afrontamiento

*. Indica que la correlación entre ambas variables es negativa

A los niños menores de 7 años, resulta difícil administrarles cuestionarios objetivos, dado que no siempre entienden los items. En la

presente investigación se intentó administrar cuestionarios a niños de 6 años y lo que nos encontramos fue que, ante la duda de los niños sobre qué contestar, los padres le decían al niño lo que debía responder, lo que invalidaba el cuestionario. Por ello, para predecir sus niveles de ansiedad y sus comportamientos tras la cirugía nos basamos, principalmente, en la ansiedad fisiológica (tasa cardíaca) y en las variables de las madres que nos permiten predecir aquellos niños que presentarán mayores niveles de ansiedad, es decir, que son más vulnerables.

En los niños entre 7 y 9 años las pruebas a administrar son el Cuestionario AI un mes antes de la operación y el día de la operación, el cuestionario de miedos, la tasa cardíaca momentos antes de la operación y el cuestionario de preocupaciones de las madres.

En los niños mayores de 9 años lo que nos permite predecir los niños más vulnerables al estrés son el Cuestionario STAIC, la tasa cardíaca momentos antes de la operación, el cuestionario de miedos y la estrategia de afrontamiento de búsqueda de apoyo social y el nivel de preocupaciones de las madres.

En las madres los cuestionarios que nos permiten predecir el estado emocional que tendrán durante todo el proceso quirúrgico son la ansiedad rasgo (STAI) y el cuestionario de preocupaciones.

Con estos comentarios se darían por finalizadas las conclusiones que han podido extraerse de este trabajo. Sin embargo, no nos gustaría concluir sin aportar una serie de reflexiones personales, que creemos que pueden ayudar a clarificar la aportación del presente trabajo, así como la dirección de futuras investigaciones.

REFLEXIONES PERSONALES

En el presente trabajo se han tratado un gran número de variables consideradas en otros estudios sobre el tema. Así mismo, se ha evaluado la influencia de algunas variables relacionadas con las planteadas en el Modelo Transaccional de Estrés y Afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986).

A partir del planteamiento teórico de este modelo podemos extraer una serie de conclusiones. Dados los resultados obtenidos podemos considerar que las personas consideran la intervención quirúrgica como estresante (evaluación primaria), especialmente, antes de la operación, lo que motiva la puesta en marcha de un mayor número de recursos y estrategias de afrontamiento (evaluación secundaria), como se señaló.

Se ha tenido en cuenta la consideración del término “*vulnerabilidad psicológica*”, tal como se describe en el modelo, como “la importancia que las consecuencias, de determinado evento, tiene para el individuo y sus recursos para evitar la amenaza”. En este sentido, se ha considerado que aquellas personas (niños y padres) que mostraban mayor ansiedad, era indicativo de considerar el evento como importante y no disponer de los suficientes recursos para evitar la amenaza o reducir ese estado emocional. Esta vulnerabilidad, como se expuso en la introducción teórica, puede deberse tanto a factores personales como situacionales.

En la presente investigación se han abordado, principalmente, los factores personales (nivel de preocupaciones, *locus* de control), aunque también se han tenido en consideración algunos factores situacionales como la novedad de la situación (experiencia quirúrgica previa) o la ambigüedad de la situación (satisfacción con la información recibida, necesidad de más información).

Así mismo, respecto al afrontamiento se pueden distinguir los recursos del individuo y los recursos del ambiente. En este caso, como en el anterior, nos hemos centrado, principalmente en los recursos del individuo.

De estas áreas, para futuras investigaciones, sería conveniente recoger datos acerca de los factores y recursos situacionales, como por ejemplo, conocer si los padres perciben que han sido avisados de la operación con suficiente antelación y conocer el apoyo social que recibe el cuidador familiar.

En segundo lugar, nos parece importante tener presente el reducido número muestral, así como que la muestra se restringe a un único hospital público de la Comunidad Valenciana. Considerando esto, el presente trabajo ha intentado realizar un acercamiento exploratorio a la Cirugía Ambulatoria Pediátrica con el objetivo de realizar una preparación ajustada y adaptada a la edad y necesidades de cada niño. En la actualidad se ha puesto en marcha una investigación similar en otro hospital público de la Comunidad Valenciana, en este caso en cirugía con ingreso. De esta forma, la muestra recogida en ambos estudios nos permitirá pulir un poco más los resultados obtenidos y realizar esa preparación personalizada. Para futuros estudios sería necesario recoger un mayor número de muestra que nos permitiría clarificar algunos de los resultados obtenidos.

Como se señaló en la introducción, una línea de investigación que ha surgido sobre la cirugía pediátrica está relacionada con la preparación psicológica de los pacientes con la finalidad de ayudarles a afrontar la experiencia. Creemos que el presente trabajo puede contribuir en esta línea, realizando su aportación para el desarrollo de programas de preparación personalizados. Así, la detección de las variables que nos permitirán predecir los niveles de ansiedad y los cambios comportamentales de los niños, y el estado emocional de su

madres en distintos momentos, es importante en dos sentidos. En primer lugar, permite reducir el número de cuestionarios necesarios para evaluar el estado emocional de los pacientes y su cuidador. En segundo lugar, permite conocer aquellos niños que son más vulnerables de presentar altos niveles de ansiedad en momentos posteriores durante el proceso quirúrgico.

Como se señaló en la introducción, no todos los niños reaccionan de forma similar ante una intervención quirúrgica y no todos necesitan preparación. Conocer qué niños sí necesitan preparación permitirá destinar los recursos personales y materiales del hospital a ayudarles, a ellos y sus familias, en el afrontamiento de la experiencia. De esta manera, se realiza una atención psicológica adecuada y personalizada a cada persona.

Dado el papel central del sistema familiar para los pacientes pediátricos, queremos resaltar la importancia tanto de evaluar las variables relativas al cuidador familiar principal, como de incluir a la familia en el programa de preparación. La familia, en este caso, juega un doble papel, por un lado, actúa como apoyo y modelo para el paciente, y por otro lado, debe enfrentarse a la preocupación y al miedo de que un/a hijo/a sea sometido a una intervención quirúrgica, manejando su estado emocional en distintos momentos.

Es por todo ello que esperamos haber puesto de manifiesto con la presente investigación, que tanto el paciente pediátrico como su familia, deben ser considerados como objetivos de atención y apoyo por parte de los profesionales de la salud. Todos ellos trabajando en equipo pueden intentar procurar bienestar y facilitar el ajuste de los pacientes y su sistema familiar.

Con estos comentarios finales concluiríamos el presente estudio. Esperamos que con esta investigación hayamos aportado nuestro granito de arena en la atención y apoyo de los que verdaderamente se merecen el reconocimiento de este trabajo: *los niños y sus familias, esas personas que se han enfrentando, lo mejor que sabían, a su vivencia personal con la cirugía.*

IV. BIBLIOGRAFÍA

- ACHENBACH, T.M. (1991). Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile. Burlington: Dept of Psychiatry, University of Vermont.
- ACHENBACH, T.M. (1992). Manual for the Child Behavior Checklist/2-3 and 1992 Profile. Burlington: Dept of Psychiatry, University of Vermont.
- AFFLECK, G. (1985). Causal and control cognitions in parents' coping with chronically ill children. Journal of Social and Clinical Psychology, 3(3),367.
- AHO, A.C. y ERICKSON, M.T. (1985). Effects of grade, gender and hospitalization on children's medical fears. Developmental and Behavioral Pediatrics, 6(3), 146-153.
- ALDRETE, J.A. (1995). The post anaesthesia recovery score revisited (letter). Journal of Clinical Anesthesia, 7, 89-91.
- AMIRKHAN, J.H. (1990). A factor analytically derived measure of coping: the coping strategy indicator. Journal of Personality and Social Psychology, 59(5), 1066-1074.
- ANKARA UNIVERSITY MEDICAL SCHOOL. Department of Otolaryngology-Head & Neck Nurgery (2001). Pediatric otolaryngology. [<http://www.ankara.edu.tr>].
- AONO, J., UEDA, W., KATAOKA, Y. y MANABE, M. (1997). Differences in hormonal responses to preoperative emotional stress between preschool and school children. Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 41(2), 229-231.
- ARCHER, R.P. (1979). Relationships between locus of control, trait anxiety, and state anxiety: And interactionist perspective. Journal of Personality, 47,305-316.
- ASECMA. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA. (2000). Definiciones en cirugía mayor ambulatoria. Cirugía Mayor Ambulatoria, 5(1), 13-15.
- ASPINWALL, L.G. y TAYLOR, S.E. (1992). Modeling cognitive adaptation: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. Journal of Personality and Social Psychology, 63, 989-1003.
- ATKINS, D.M. (1981). Evaluation of preadmission preparation program: goals clarification at the first step. Fall, 10(2),48-50.
- BAKEMAN, R. y GOTTMAN, J.M. (1989). Observación de la interacción: Introducción al análisis secuencial. (Cap. IV. pp. 100-135). Madrid: Morata.
- BARAHONA, T., MONTOYA, I. y GONZÁLEZ, R. (2001). Duelo patológico en hermana de enfermo oncológico. En: C. Maganto, J.A. Amador y R.

- González (Cords). Evaluación psicológica en la infancia y la adolescencia. Casos prácticos. (pp. 415-430). TEA, S.A. Madrid.
- BASOWITZ, H., PESKY, H., KORCHIN, S.J. y GRINKER, R.R. (1955). Anxiety and stress. Nueva York: McGraw-Hill.
- BATES, T.A. y BROOME, M. (1986). Preparation of children for hospitalization and surgery: a review of the literature. Journal of Pediatric Nursing, 1(4), 230-239.
- BAYÉS, R., ARRANZ, P., BARBERO, J. y BARRETO, P. (1996). Propuesta de un modelo integral para una intervención terapéutica paliativa. Medicina Paliativa, 3(3), 114-121.
- BEEBY, D.G. y MORGAN-HUGHES, J.O. (1980). Behavior of nonsedated children in the anesthetic room. British Journal of Anaesthesia, 52, 279-281.
- BENAVIDES, G., CALVO, A.J., MONTOYA, I. y SIFRE, S. (1998). Ansiedad en niños hospitalizados: Influencia de hospitalizaciones previas. Comunicación presentada al II Congreso de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (S.E.A.S.). Septiembre. Benidorm, España.
- BENAVIDES, G., GONZÁLEZ, R., TÉVAR, M^a.P. y BARAHONA, A. (1997). Relation between satisfaction with health care and perception of the severity of illness in parents of children with cancer. Presentado en la 11th Conference of the European Health Psychology Society: 2-5 septiembre. Burdeos, Francia.
- BENAVIDES, G., MONTOYA, I. y GONZÁLEZ, R. (2000). La experiencia de la hospitalización en la infancia. En M. Costa (Coord.), El juego y el juguete en la hospitalización infantil (pp. 35-59). Valencia: Nau Llibres.
- BEVAN, J.C., JOHNSTON, C., HAIG, M.J., TOUSIGNANT, G., LUCY, S., KIRNON, V., ASSIMES, I.K. y CARRANZA, R. (1990). Preoperative parental anxiety predicts behavioural and emotional responses to induction of anaesthesia in children. Canadian Journal of Anaesthesia, 37(2), 177-182.
- BEVERLEY, D.W., BALL, R.J., SMITH, R.A., HARRAN, M.J., DURRANS, G.M., KEENAN, S., SMITH, J. y DURACK, B. (1997). Planning for the future: the experience of implementing a children's day assessment unit in a district general hospital. Archives of Disease in Childhood, 77, 287-293.
- BICKNELL, P.G. (1994). Role of adenotonsillectomy in the management of pediatric ear, nose and throat infections. Pediatric Infectious Disease Journal, 13(1), 75-78.
- BIJTTEBIER, P. y VERTOMMEN, H. (1998). The impact of previous experience on children's reactions to venipunctures. Journal of Health Psychology, 3(1), 39-46.

- BLASCO SOLANA, M.(1992). Respuestas psíquicas del enfermo agudo ante la hospitalización. Enfermería Científica, 123,8-11.
- BLESCH, P. y FISHER, M.L. (1996). The impact of parental presence on anxiety and satisfaction. A O R N Journal, 63(4), 761-768.
- BLOUNT, R.L., DAVIS, N., POWERS, S.W. y ROBERTS, M.C. (1991). The influence of environmental factors and coping style on children's coping and distress. Clinical Psychology Review, 11,93-116.
- BOEHNKE, K., SILBEREISEN, R.K., RICHMOND, B.O. y REYNOLDS, C.R. (1986). What I Think and Feel: German experience with the Revised form of the Children's Manifest Anxiety Scale. Personality and Individual Differences, 7, 553-560.
- BOEKE, S., STRONKS, D., VERHAGE, F. y ZWAVELING, A. (1991). Psychological variables as predictors of the length of post-operative hospitalization. Journal of Psychosomatic Research, 35, 281-288.
- BOGETZ, M.S. (1989). Anesthesia for pediatric outpatient surgery. Pediatrician, 16, 45-55.
- BOWLBY, J. (1960). Separation anxiety: a critical review of the literatures. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1,251-269.
- BOWLBY, J. (1969). Attachment and loss. (Vol. I). New York: Basic Books.
- BROPHY, CH.J. y ERICKSON, M.T. (1990). Children's self-statements and adjustment to elective outpatient surgery. Developmental and Behavioral Pediatrics, 11(1), 13-16.
- BUSH, J.P., MELAMED, B.G., SHERAS, P.L. y GREENBAUM, P.E. (1986). Mother-child patterns of coping with anticipatory medical stress. Health Psychology, 5(2),137-157.
- BUSTOS MOLINA, F. (2000). Fast-track o vía rápida en cirugía mayor ambulatoria. Cirugía Mayor Ambulatoria, 5(2), 59-62.
- CALLANAN, V., CAPPER, R., GURR, P. y BALDWIN, D.L. (1994). Day-case adenoidectomy, parental opinions and concerns. Journal of Laryngology and Otology, 108(6), 470-473.
- CALLERY, P. y LUKER, K. (1996). The use of qualitative methods in the study of parent's experiences of care on a children's ward. Journal of Advanced Nursing, 23, 338-345.
- CAMBELL, I.R., SCAIFE, J.M. y JOHNSTONE, J.M. (1988). Psychological effects of day case surgery compared with inpatient surgery. Archives of Disease Childhood, 63,415-417.
- CAPPER, R. y CANTER, R.J. (2001). A comparison of sleep quality in normal children and children awaiting (adeno)tonsillectomy for recurrent tonsillitis. Clinical Otolaryngology, 26, 43-46.

- CARSON, D.K., COUNCIL, J.R. y GRAVELY, J.E. (1991). Temperament and family characteristics as predictors of children's reactions to hospitalization. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 12(3), 141-147.
- CASTAÑEDA, A., McCANDLESS, B. y PALERMO, D. (1956). The children's form of the Manifest Anxiety Scale. Child Development, 27, 317-326.
- CAUMO, W., BROENSTRUB, J.C., FIALHO, L., PETRY, S.M.G., BRATHWARR, O., BANDEIRA, D., LOGUERCIO, A. y FERREIRA, M.B.C. (2000). Risk factors for postoperative anxiety in children. Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 44(7), 782-789.
- CHAN, C.S.M. y MOLASSIOTIS, A. (2002). The effects of an educational programme on the anxiety and satisfaction level of parents having parent present induction and visitation in a postanesthesia care unit. Paediatric Anaesthesia, 12(2), 131-139.
- CHILDREN'S HOSPITAL OF THE KING'S DAUGHTERS. (2001). Adenoidectomy: home care instructions [<http://www.chkd.org/waytogrow/healthy/facts/adenoidectomy.htm>].
- CHUNG, F., CHAN, V. y ONG, D.A. (1995). A postanesthetic discharge scoring system for home readiness after ambulatory surgery. Journal of Clinical Anesthesia, 7, 500-506.
- CLARK, K.K., BORMAN, C.A., CROPANZANO, R.S. y JAMES, K. (1995). Validation evidence for three coping measures. Journal of Personality Assessment, 65(3), 434-455.
- CLARK, L.A. y WATSON, D. (1991). General affective dispositions in physical and psychological health. En C.R. Snyder y D.R. Forsyth (Eds.), Handbook of social and clinical psychology (pp. 221-245). Elmsford, NY: Pergamon.
- COHEN, F. y LAZARUS, R.S. (1979). Coping with the stresses of illness. En G.C. Stone, F. Cohen y N.E. Adler (Eds.), Health Psychology: A handbook. San Francisco: Jossey-Bass.
- COHEN, J.A. (1960). Coefficient of agreement for nominal scales. Educational and Psychological Measurement, 20, 37-46.
- COYNE, I.T. (1995). Partnership in care: parents' views of participation in their hospitalized child's care. Journal of Clinical Nursing, 4, 71-79.
- D'OCÓN, A. y CERREZO, A. (1995). La observación naturalista de la interacción familiar. Fiabilidad de las secuencias de eventos. Psicológica, 16, 367-384.
- DAHLQUIST, L.M. y CZYZEWSKI, D.I. (1989). Pediatric behavioral medicine. En M. Hersen (ed). Innovations in Child Behavior Therapy, New York: NY Springer.

- DAHLQUIST, L.M., GILL, K.M., ARMSTRONG, F.D., DELAWYER, D.D., GREENE, P. y WUORI, D. (1986). Preparing children for medical examinations: the importance of previous medical experience. Health Psychology, 5(3), 249-259.
- DANIELS, D. (1987). Psychosocial risk and resistance factors among children with chronic illness; healthy children and healthy controls. Journal of Abnormal Child Psychology, 15(2), 295-308.
- DE LATHOUWER, C. y POULLIER, J.P. (2000). How much ambulatory surgery in the World in 1996-1997 and trends? Ambulatory Surgery, 8, 191-210.
- DEL BARRIO, V. y MESTRE, V. (1989). Evaluación psicológica en niños hospitalizados. Revista De Psicología De La Salud, 1(2), 83-103.
- DEL VAS, A., ACOSTA, F., PALENCIANO, C.G., FERRÁNDIZ, R., MONTOYA, J.L. y GUERRERO, M. (2001). El control de calidad en cirugía mayor ambulatoria. Cirugía Mayor Ambulatoria, 6(1), 14-20.
- DEVELLIS, B.M., DEVELLIS, R.F. y SPILSBURY, J.C. (1988). Parental actions when children are sick: the role of belief in divine influence. Basic and Applied Social Psychology, 9(3), 185-196.
- DEVELLIS, R.F., DEVELLIS, B.M., BLANCHARD, L.W., KLOTZ, M.L., LUCHOK, K. y VOYCE, C. (1993). Development and validation of the parent health locus of control (PHLOC) scales. Health Education Quarterly, 20(2), 211-225.
- DEVELLIS, R.F., DEVELLIS, B.M., REVICKI, D.A., LURIE, S.J., RUNYAN, D.K. y BRISTOL, M. (1985). Development and validation of the child improvement locus of control (CILC) scales. Journal of Social and Clinical Psychology, 3(3), 307-334.
- DIX, T. (1991). The affective organization of parenting: adaptative and maladaptative processes. Psychological Bulletin, 110(1), 3-25.
- DOLGIN, M.J., PHIPPS, S., HAROW, E. y ZELTZER, L.K. (1990). Parental management of fear in chronically ill and healthy children. Journal of Pediatric Psychology, 15(6), 733-744.
- DOMÍNGUEZ-ADAME, E., MÁRQUEZ, R., GUTIÉRREZ, C., MATEO, F.Y y MEDINA, J. (2001). Cirugía Ambulatoria: necesidad de uniformar criterios y conceptos. Cirugía Española, 69(6), 630-631.
- DONG, Q., YANG, B. y OLLENDICK, T.H. (1994). Fears in chinese children and adolescents and their relations to anxiety and depression. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35(2), 351-363.
- EASON, L.J., FINCH J.R., A. J., BRASTED, W., y SAYLOR, C. F. (1985). The assessment of depression and anxiety in hospitalized pediatric patients. Child Psychiatric and Human Development, 16(1), 57-64.

- EGER, E.I. (1994). New inhaled anesthetics. Anesthesiology, 80, 906-922.
- ELLERTON, M.L. y MERRIAM, C. (1994). Preparing children and families psychologically for day surgery: an evaluation. Journal of Advanced Nursing, 19(6), 1057-1062.
- EPSTEIN, B.S. y HANNALLAH, R.S. (1985). The pediatric patient:. En B. V. Wetchler (ed), Anesthesia for Ambulatory Surgery (124-173). Philadelphia: Lippincott.
- ESCALONA, S. (1953). Emotional development in the first year of life. En: M.J. Senn (ed.). Problems of infancy and childhood. Mineola: Nueva York Foundation.
- FAWCETT, J. (1975). The family as a living open system: An emerging conceptual framework for nursing. International Nursing Review, 22, 113-116.
- FEATHER, N.T. (1975). Values in education and society. Nueva York: The Free Press.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. y CARROBLES, J.A.I. (1989). Evaluación conductual. Metodología y aplicaciones. Ediciones Pirámide, S.A. Madrid.
- FIELDING, R. y TAM, F.S.H. (1990). Maternal responses to expressed distress of chinese children hospitalized for elective surgery. Psychologia, 33, 100-105.
- FINA, D.K., LOPAS, L.J., STAGNONE, J.H. y SANTUCCI, P.R. (1997). Parent participation in the postanesthesia care unit: fourteen years of progress at one hospital. Journal of Perianesthesia Nursing, 12(3), 152-162.
- FISER, D.H., STANFORD, G y DORMAN, D.J. (1984). Services for parental stress reduction in a pediatric ICU. Critical Care Medicine, 12(6), 504-507.
- FITZGERALD, M. (1985). Behavioural deviance and maternal depressive symptoms in paediatric outpatients. Archives of Disease Childhood, 60,560-562.
- FLANIGAN, P.J. y CONRY, J.L. (1969). Item analysis of the Children's Manifest Anxiety Scale with the retarded. Journal of Educational Research, 62, 472-477.
- FLEISS, J.L. (1981). Statistical methods of rates and proportions. New York: Wiley.
- FLÓREZ, J.A. y VALDÉS, C.A. (1990). L'anxiété de l'enfant dans les hôpitaux. Psychologie Médicale, 23,77-83.
- FOLKMAN, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. Journal of Personality and Social Psychology,

46,839-852.

- FOLKMAN, S. y LAZARUS, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. Journal of Health and Social Behavior, 21, 219-239.
- FOLKMAN, S. y LAZARUS, R.S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. Journal of Personality and Social Psychology, 48(1), 150-170.
- FRANK, N.C., BLOUNT, R.L., SMITH, A.J., MANIMALA, M.R. y MARTIN, J.K. (1995). Parent and staff behavior, previous child medical experience and maternal anxiety as they relate to child procedural distress and coping. Journal of Pediatric Psychology, 20(3), 277-289.
- FRIEDMAN, M. y PELED, N. (1988). Preparation of children for anaesthesia and surgery. HaRefuah Journal of the Israel Medical Association, 114(9), 432-434.
- FRYDENBERG, E. (1997). Adolescent coping. Theoretical and Research Perspectives. London: Routledge.
- GABALSKI, E.C., MATTUCCI, K.F., SETZEN, M. y MOLESKI, P. (1996). Ambulatory tonsillectomy and adenoidectomy. Laryngoscope, 106(1), 77-80.
- GALINKIN, J.L., FAZI, L.M., CUY, R.M., CHIAVACCI, R.M., KURTH, C. D., SHAH, U.K., JACOBS, I.N. y WATCHA, M.F. (2000). Use of intranasal fentanyl in children undergoing myringotomy and tube placement during halothane and sevoflurane anesthesia. Anesthesiology, 93(6), 1378-1383.
- GAONA, J.M., PÉREZ DE SOBRINO, R., OCAÑA, J.M., ROMANOS, A. y CASTILLA DEL PINO, C. (1985). Iatrogenia psicológica en el niño post-quirúrgico. Anales Españoles de Pediatría, 23, 335-341.
- GARCÍA, M., GIL, I., LLAMAS, G., MADUELL, C., SILVENTE, C., ULLÉS, A. CAELLES, R. M., BASSETS, J. y MOIX, J. (1996, septiembre). Principales preocupaciones quirúrgicas en niños. Comunicación presentada al I Congreso de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (S.E.A.S.). Benidorm, España.
- GEDALY-DUFF, V. y ZIEBARTH, D. (1994). Mothers' management of adenoid-tonsillectomy pain in 4-to 8-year-old: a preliminary study. Pain, 57, 293-299.
- GELLERT, E. (1958). Reducing the emotional stresses of hospitalization for children. American Journal of Occupational Therapy, 12, 125.

- GOFMAN, H., BUCKMAN, W. y SCHADE, G.H. (1957). Parents' emotional response to child's hospitalization. American Medical Association Journal of Diseases of Children, 93,629-637.
- GOLDSTEIN, N.A., POST, J.C., ROSENFELD, R.M. y CAMPBELL, T.F. (2000). Impact of tonsillectomy and adenoidectomy on child behavior. Archives of Otolaryngology Head Neck Surgery, 126(4), 494-498.
- GONZÁLEZ, R. y MONTOYA, I. (2000). Escala de Observación de Ansiedad Post-quirúrgica. Trabajo presentado en el III Congreso de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. Septiembre. Benidorm, España.
- GONZÁLEZ, R. y MONTOYA, I. (2001). La hospitalización pediátrica infantil: los espacios lúdicos. Psiquis, 22(6), 264-275.
- GONZÁLEZ, R., CALVO, A.J., BENAVIDES, G. y SIFRE, S. (1998). Pain reactions to medical procedures in hospitalized children with cancer. Presentado en la 12 th Conference of the Health Psychology Society. Agosto. Viena, Austria.
- GONZÁLEZ, R., MONTOYA, I., ZARAGOZA, C., GARCÍA-AGUADO, R., GARCÍA-MUÑOZ, C. y PEIRO, F. (2001). Ansiedad pre y post-quirúrgica en el cuidador familiar en Cirugía Mayor Ambulatoria Pediátrica. Presentado al V Congreso Nacional ASECOMA. Octubre. Vitoria.Gasteiz.
- GONZÁLEZ-SIMANCAS, J.L. (1997). Sensibilidad, comunicación y encuentro en la atención al niño hospitalizado. En O. Lizasoáin y B. Ochoa (eds.). La discontinuidad en la vida del niño enfermo y hospitalizado. Una respuesta desde la pedagogía hospitalaria (pp.67-80). Pamplona: Newbook Ediciones.
- GRANT, P. (1978). Psychosocial needs of families of high-risk infants. Family and Community Health,1(3),91-102.
- GREENBAUM, P. E., COOK III, E. W., MELAMED, B. G., ABELES, L. A. y BUSH, J. P. (1988). Sequential patterns of medical stress: maternal agitation and child distress. Child and Family Behavior Therapy, 10 (1), 9-18.
- GRENIER, B., DUBREUIL, M., SIAO, D. y MEYMAT, Y. (1998). Paediatric day case anaesthesia: estimate of its quality at home. Paediatric Anaesthesia, 8(6), 485-489.
- GROSS, A.M., ETERN, R.M., LEVIN, R.B., DALE, J. y WOJNILOWER, D.A. (1983). The effect of mother-child separation on the behavior of children experiencing a diagnostic medical procedure. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51,783-785.
- GUERRO, C. (1997). Programa de atención integral al niño hospitalizado en los centros sanitarios de Andalucía. En: O. Lizasoáin, B. Ochoa (Eds.). La discontinuidad en la vida del niño enfermo y hospitalizado. Una

- respuesta desde la pedagogía hospitalaria. Pamplona: Newbook Ediciones, pp. 99-101.
- HAAVIK, P.E., SOREIDE, E., HOFSTAD, B. y STEEN, P.A. (1992). Does preoperative anxiety influence gastric fluid volume and acidity?. Anesthesia and Analgesia, 75, 91-94.
- HÄGGLÖF, B. (1999). Psychological reaction by children of various ages to hospital care and invasive procedures. Acta Paediatrica, 431, 72-78.
- HALL, P.A., PAYNE, J.F., STACK, C.G. y STOKES, M.A. (1995). Parents in the recovery room: survey of parental and staff attitudes. British Medical Journal, 310, 163-164.
- HAMILTON, M. y SOFIO, M. (1979). Correlations between the anxiety of hospitalized children and that of their parents. Thesis. Minneapolis: University of Minnesota.
- HANNALLAH, R. S. (1994). Who benefits when parents are present during anaesthesia induction in their children?. Canadian Journal of Anaesthesia, 41(4), 271-275.
- HANNALLAH, R.S. (1995). Pediatric ambulatory anesthesia: role of parents. Journal of Clinical Anesthesia, 7, 597-599.
- HANNALLAH, R.S. y ROSALES, J.K. (1983). Experience with parents' presence during anaesthesia induction in children. Canadian Anesthesia Social Journal, 30, 286-289.
- HARRIS, P. (1981). Children in hospital-2. Nursing Times, 14, 1803-1804.
- HEFFERMAN, M. y AZARNOFF, P. (1971). Factors in reducing children's anxiety about clinical visits. HSMHA Health reports, 786, 1131-1135.
- HO, K.H., HASHISH, I., SALMON, P., FREEMAN, R., y HARVEY, W. (1988). A placebo effect on post-operative swelling. Journal of Psychosomatic Research, 32, 197-205.
- HOLZMANN, D., KAUFMANN, T. y BOESCH, M. (2000). On the decision of outpatient adenoidectomy and adenotonsillectomy in children. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 53(1), 9-16.
- HUGDAHL, K. (1981). The three-systems-model of fear and emotion: A critical examination. Behaviour Research and Therapy, 19(1), 75-85.
- HUNTER, E.J. (1979). Life events and life-span development. En P. Baltes y O.G. Brim (Eds.), Life-span development and behavior (vol. 2). Nueva York: Academic Press.
- IRACHE, E. y AYMAMÍ, M.N. (1989). Profilaxis de la ansiedad. Jano, 3, 83-84.
- JANIS, I.L. (1958). Psychological stress: psychoanalytic and behavioral studies of surgical patients. New York:: Wiley Sons.

- JAY, S.M. (1985). Pain in children: An overview of psychological assessment and intervention. En A.R. Zeiner, D. Bendell y C.E. Walwer (eds.), Health Psychology. Treatment and Research Issues. Nueva York: Plenum Press.
- JAY, S.M. (1988). Invasive medical procedures: psychological intervention and assessment. En D. Rath, Handbook of Pediatric Psychology (pp. 401-425). New York: The Guilford Press.
- JAY, S., OZOLINS, M., ELLIOT, C. y CALDWELL, S. (1983). Assessment of children's distress during painful medical procedures. Health Psychology, 2, 133-147.
- JAY, S.S. y YOUNGBLUT, J.M. (1991). Parental stress associated with pediatric critical care nursing: Linking research and practice. A.A.C.N Clinical Issues, 2(2), 276-284.
- JIMERSON, S. (1982). Anxiety. En J. Haber, A. Leach, S. Schudy y B. Sideleau (Eds), Comprehensive psychiatric nursing. New York: McGraw-Hill.
- JOSHI, G.P. y TWERSKY, R.S. (2000). Fast tracking in ambulatory surgery. Ambulatory Surgery, 8, 185-190.
- KAHN, R.L., WOLFE, D.M., QUINN, R.P., SNOEK, J.D. y ROSENTHAL, R.A. (1964). Organization stress: Studies in role conflict and ambiguity. Nueva York: Wiley.
- KAI, J. (1996). What worries parents when their preschool children are acutely ill, and why: a qualitative study. British Medical Journal, 313, 983-986.
- KAIN, Z. N., MAYES, L.C., O'CONNOR, T.Z. y CICCHETTI, D.V. (1996). Preoperative anxiety in children. Predictors and outcomes. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 150(12), 1238-1245.
- KAIN , Z.N., MAYES, L.C., WANG, S.M. y HOFSTADTER, M.B. (1999). Postoperative behavioral outcomes in children: effects of sedative premedication. Anesthesiology, 90(3), 758-765.
- KAIN, Z. N., MAYES, L. C., WANG, S. M., CARAMICO, L. A. y HOFSTADTER, M. B. (1998). Parental presence during induction of anesthesia versus sedative premedication: which intervention is more effective? Anesthesiology, 89(5), 1147-1156.
- KAIN, Z.N., MAYES, L.C., CARAMICO, L.A., SILVER, D., SPIEKER, M., NYGREN, M.M., ANDERSON, G. y RIMAR, S. (1996). Parental presence during induction of anesthesia: A randomized controlled trial. Anesthesiology, 84, 1060-1067.
- KAIN, Z.N., MAYES, L.C., WANG, S.M., CARAMICO, L.A., KRIVUTZA, D.M. y HOFSTADTER, M.B. (2000). Parental presence and a sedative premedicant for children undergoing surgery: a hierarchical study. Anesthesiology, 92(4), 939-946.

- KAIN, Z.N., MAYES, L.C., WEISMAN, S.J. y HOFSTADTER, M.B. (2000). Social adaptability, cognitive abilities, and other predictors for children's reactions to surgery. Journal of Clinical Anesthesia, 12(7), 549-54.
- KAIN, Z.N., WANG, S.M., MAYES, L.C., CARAMICO, L.A. y HOFSTADTER, M.B. (1999). Distress during the induction of anesthesia and postoperative behavioral outcomes. Anesthesia and Analgesia, 88(5), 1042-1047.
- KAPLAN, D.M., SMITH, A., GROBSTEIN, R. y FISCHMAN, S.E. (1973). Family mediation of stress. Social Work, 18(4), 60-69.
- KAPLAN, H.B. (1976). Antecedents of negative self-attitudes. Membership group devaluation and defensiveness. Social Psychiatry, 11, 15-25.
- KASHANI, J.H., VAIDYA, A.F., SOLTY, S.M., DANDOY, A.C., KAWAS, C., RESNICK, S., MORRISON, A. y BROOKMAYER, R. (1990). Correlates of anxiety in psychiatrically hospitalized children and their parents. The American Journal of Psychiatry, 147(3), 139-145.
- KENNEDY, C.M. Y RIDDLE, I.I. (1989). The influence of the timing of preparation on the anxiety of preschool children experiencing surgery. Maternal-Child Nursing Journal, 18(2), 117-132.
- KLORMAN, R., MICHAEL, R., HILPERT, P. y SVEEN, O. (1979). A further assessment of predictors of the child's behavior in dental treatment. Journal of Dentistry Research, 58, 2338-2343.
- KOKINSKY, E., THORNBERG, E., ÖSTLUND, A.L. y LARSSON, L.E. (1999). Postoperative comfort in paediatric outpatient surgery. Paediatric Anaesthesia, 9(3), 243-251.
- KORNFELD, D.S. (1977). The hospital environment: its impact on the patient. En R. H. Moos, Coping with Physical Illness 2; New Perspectives (pp. 237-249). New York and London: Plenum Medical Book Company.
- KOTINIEMI, L.H., RYHÄNEN, P.T. y MOILANEN, I.K. (1997). Behavioural changes in children following day-case surgery: a 4-week follow-up of 551 children. Anaesthesia, 52, 970-976.
- KOYUNCU, M., SAKA, M.M., TANYERI, Y., SESEN, T., ÜNAL, R., TEKAT, A. y YILMAZ, F. (1999). Effects of otitis media with effusion on the vestibular system in children. Archives of Otolaryngology Head Neck Surgery, 120(1), 117-121.
- KRISTJÁNSDÓTTIR, G. (1991). A study of the needs of parents of hospitalized 2- to 6-year-old children. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 14, 49-64.
- KRISTJÁNSDÓTTIR, G. (1995). Perceived importance of needs expressed by parents of hospitalized 2- to 6-year-olds. Scandinavian Journal of Caring and Science, 9, 95-103.

- KÜBLER-ROSS, E. (1992). Los niños y la muerte. Barcelona: Luciérnaga.
- LAMBERT, S.A. (1984). Variables that affect the school-age child's reaction to hospitalization and surgery: a review of the literature. Maternal-Child Nursing Journal, 13, 1-18.
- LAMONTAGNE, L.L. (1984). Children's locus of control beliefs as predictors of preoperative coping behavior. Nursing Research, 33(2), 76-80.
- LAMONTAGNE, L.L., HEPWORTH, J.T., JOHNSON, B.D. y COHEN, F. (1996). Children's preoperative coping and its effects on postoperative anxiety and return to normal activity. Nursing Research, 45(3), 141-147.
- LAMONTAGNE, L.L., JOHNSON, B.D. y HEPWORTH, J.T. (1995). Evolution of parental stress and coping processes: a framework for critical care practice. Journal of Pediatric Nursing, 10(4), 212-218.
- LAMONTAGNE, L.L. y PAWLAK, R. (1990). Stress and coping of parents of children in a pediatric intensive care unit. Heart and Lung: The Journal of Critical Care, 19(4), 416-421.
- LANCASTER, K.A. (1997). Care of the pediatric patient in ambulatory surgery. Nursing Clinics of North America, 32(2), 441-455.
- LANDER, J. y WARNOCK, F. (1999). Supporting the parents of children in day surgery. Canadian Nurse, 95(2), 29-33.
- LAZARUS, R.S. (1966). Psychological stress and the coping process. New York: McGraw-Hill Book Co.
- LAZARUS, R.S. (1968). Emotions and adaptation: Conceptual and empirical relations. En W.J. Arnold (Ed.), Nebraska symposium on motivation (pp.175-226). Lincoln: University of Nebraska Press.
- LAZARUS, R.S. (1991). Emotion and adaptation. New York: Oxford University Press.
- LAZARUS, R.S. y FOLKMAN, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing.
- LAZARUS, R.S. y FOLKMAN, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca. (Orig. 1984).
- LAZARUS, R.S. y LAUNIER, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. En L.A. Pervin y M. Levis (Eds.), Perspectives in interactional psychology (pp. 287-327). New York: Plenum Press.
- LERMAN, J., DAVIS, P.J., WELBORN, L.G., ORR, R.J., RABB, M., CARPENTER, R., MOTOYAMA, E., HANNALLAH, R. y HABERKERN, C.M. (1996). Induction, recovery, and safety characteristics of sevoflurane in children undergoing ambulatory surgery: A comparison with halothane. Anesthesiology, 84, 1332-1340.

- LIZASOÁIN RUMEU, O. y POLAINO-LORENTE, A. (1992). Efectos y manifestaciones psicopatológicas de la hospitalización infantil. Revista Española De Pediatría, 48(1), 52-60.
- LÓPEZ ROIG, S., PASTOR MIRA, M.A. y RODRÍGUEZ MARÍN, J. (1990). El papel del apoyo social en pacientes hospitalizados. En J. Rodríguez Marín, Psicología Social y Sociedad del Bienestar. Aspectos psicosociales de la salud y de la comunidad (Vol. 3. pp. 35-39). Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, S. A.
- LÓPEZ ROIG, S., PASTOR MIRA, M. A. y RODRÍGUEZ MARÍN, J. (1993). Programas de preparación psicológica para la cirugía. En: D. Maciá Antón, F. X. Méndez Carrillo y J. Olivares Rodríguez (eds.). Intervención conductual en contextos comunitarios I. Programas aplicados de prevención (Chap. 6, pp. 169-233). Madrid: Ediciones Pirámide, S. A.
- LÓPEZ, F. (1988). Vínculos afectivos y salud. En J.L. Pedreira Massa (coor.), Gravedad psíquica en la infancia (p. 3-38). Madrid: Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- LUGO-VICENTE, H.L. (2001). Cirugía infantil pediátrica. Para padres y el público en general. (<http://home.coqui.net/titolugo/news.htm>).
- LUMLEY, M.A., MELAMED, B.G., y ABELES, L.A. (1993). Predicting children's presurgical anxiety and subsequent behavior changes. Journal of Pediatric Psychology, 18(4), 481-497.
- LYNCH, M. (1994). Preparing children for day surgery. Children's Health Care, 23(2), 75-85.
- LYNN, M.R. (1986). Mothers' reactions to their children's hospitalizations. Journal of Pediatric Nursing, 1, 274-277.
- MAHAFFY, P.R.JR. (1965). The effects of hospitalization on children admitted for tonsillectomy and adenoidectomy. Nursing Research, 14(1), 12-19.
- MALIGALIG, R.M.L. (1994). Parents' perceptions of the stressors of pediatric ambulatory surgery. Journal of Post Anesthesia Nursing, 9(5), 278-282.
- MANNE, S., BAKEMAN, R., JACOBSEN, P., GORFINKLE, K., BERNSTEIN, D. y REDD, W. (1992). Adult-child interaction during invasive medical procedures. Health Psychology, 11, 241-249.
- MANNE, S.L., BAKEMAN, R., JACOBSEN, P. y REDD, W.H. (1993). Children's coping during invasive medical procedures. Behavior Therapy, 24, 143-158.
- MANYANDE, A. y SALMON, P. (1992). Recovery from minor abdominal surgery: A preliminary attempt to separate anxiety and coping. British Journal of Clinical Psychology, 31, 227-237.

- MARSHALL, S.I. y CHUNG, F. (1999). Criterios de alta y complicaciones después de cirugía ambulatoria. Anesthesia and Analgesia, 2(2), 104-113.
- MARTÍNEZ SÁNCHEZ, F., VALIENTE CARRILLO, J., ROMERO MEDINA, A., PÉREZ MONGE, M.P., BERNAL SALAR, V., MIRALLES PARDO, F., HERNANDO ALONSO, J., GONZÁLEZ MONCAYO, S., GARCÍA GRIMALDO, E., SAGREDO RUPÉREZ, P. y BERNABÉ MOLINA, R. (1993). Dos aproximaciones a la medida de la ansiedad prequirúrgica. Revista De Psicología De La Salud, 5(2), 47-63.
- MARTÍNEZ VIDAL, A., BERTRÁN MENDIZÁBAL, J.M., CABEZUDO GARCÍA, L. y COBETA MARCO, I. (1988). Otorrinolaringología Básica. España: Ediciones Ergon, S.A.
- MARTÍNEZ, F. y VALIENTE, J. (1994). Marcadores fisiológicos y psicológicos de la ansiedad prequirúrgica. Cirugía Española, 56(2), 140-144.
- MATHEWS, A. y RIDGEWAY, V. (1981). Personality preparation for surgery. En A. Steptoe y A. Mathews (Eds.), Health care and human behaviour (pp. 231-259). London: Academic Press.
- MCCLOWRY, S.G. y MCLEOD, S.M. (1990). The psychosocial responses of school-age children to hospitalization. Children's Health Care, 19(3), 155-161.
- MELAMED, B. G., DEARBORN, M. y HERMECZ, D. A. (1983). Necessary considerations for surgery preparation: age and previous experience. Psychosomatic Medicine, 45(6), 517-525.
- MELAMED, B.G. (1983). The effects of preparatory information on adjustment of children to medical procedures. En M. Rosenbaum, C. Franks, y Y. Jaffe, Perspectives on Behavior Therapy in the Eighties (Chap. 18, pp. 344-361). New York: Springer.
- MELAMED, B.G. (1988). Perspectives on acute illness in children. Current approaches to hospital preparation. En B.G. Melamed et al. (eds), Child Health Psychology (pp.173-182). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Assoc Publ.
- MELAMED, B.G. (1993). Putting the family back in the child. Behaviour Research and Therapy, 31(3), 239-247.
- MELAMED, B.G. y BUSH, J.P. (1985). Family factors in children with acute illness. En D. C. Turk y R. D. Kerns, Health, Illness and Families (, Chap. 7, pp. 183-219). New York: John Wiley and Sons.
- MELAMED, B.G. y SIEGEL, L.J. (1975). Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of filmed modeling. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 511-521.

- MELAMED, B.G., SIEGEL, L.J. y RIDLEY-JOHNSON, R. (1988). Coping behaviors in children facing medical stress. En T. Field., N. Schneiderman y P. McCabe P., Stress and coping. Hillside: Erlbaum.
- MELNYK, B.M. (1994). Coping with unplanned childhood hospitalization: The mediating functions of parental beliefs. Journal of Pediatric Psychology, 20,299-312.
- MÉNDEZ, F.X. (1999). Miedos y temores en la infancia: Ayudar a los niños a superarlos. Madrid. Pirámide.
- MÉNDEZ, F.X. y ORTIGOSA, J.M. (1997). Estrés y hospitalización infantil. En M.I. Hombrados (Ed.), Estrés y Salud. Valencia: Promolibro.
- MÉNDEZ, F.X. y ORTIGOSA, J.M. (2000). Estrés por hospitalización. En J. M. Ortigosa y F.X. Méndez, Hospitalización infantil. Repercusiones psicológicas. Teoría y práctica (pp. 31-50). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, S.L.
- MÉNDEZ, F.X., QUILES, M.J. e HIDALGO, M.D. (2001). The Children's Surgical Worries Questionnaire: Reliability and Validity of a new report measure. Children's Health Care, 30(4), 271-281.
- MENG, A. y ZASTOWNY, T. (1982). Preparation for hospitalization: A stress inoculation training program for parents and children. Maternal Child Nursing Journal, 11, 87-94.
- MENKE, E.M. (1981). School-aged children's perception of stress in the hospital. J A C C H, 9(3), 80-86.
- MESA, P.J., BEL, C., ANGOSTO, M.C. y BLANCO, A. (1989). Intervención psicológica en unidades de oncología pediátrica. Phronesis, 1, 32-45.
- MEURSING, A.E.E. (1999). Anaesthesia for day care surgery, patient selection, evaluation, preoperative preparation and selection of drugs. Acta Anaesthesiologica Belga, 50(1), 29-34.
- MILLER, J.G. (1953). The development of experimental stress-sensitive tests for predicting performance in military tasks. PRB Tech. Report 1079. Washington, DC: Psychological Research Associates.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. (1993). Cirugía Mayor Ambulatoria. Guía de Organización y Funcionamiento. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- MOIX, J. (1990). Factores que inciden en la ansiedad prequirúrgica. Revista De Psicología De La Salud, 2(1 y 2), 3-12.
- MOIX, J. (1994a). Emoción y cirugía. Anales De Psicología, 10(2), 167-174.
- MOIX, J. (1994b). Modulación psicológica de la recuperación postquirúrgica. Anuario De Psicología, 61, 79-84.

- MOIX, J. (1995). Efectos de la ansiedad prequirúrgica en la recuperación. *Clínica y Salud*, 6(2), 203-215.
- MOIX, J. (2000). El papel del psicólogo: formación y asesoramiento a profesionales y colectivos hospitalarios. En J. M. Ortigosa y F. X. Méndez, *Hospitalización infantil. Repercusiones psicológicas. Teoría y práctica*. (pp. 175-195). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, S.L.
- MOIX, J., BASSETS, J. Y CAELLES, R.M. (1996). *Predictores de la ansiedad en la antesala del quirófano* (p.77). Comunicación presentada al I Congreso de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (S.E.A.S.). Septiembre. Benidorm, España.
- MONAT, A., AVERILL, J.R y LAZARUS, R.S. (1972). Anticipatory stress and coping reactions under various conditions of uncertainty. *Journal of Personality and Social Psychology*, 24,237-253.
- MONTOYA, I. (1998). *La hospitalización infantil y el juego: Un estudio descriptivo dentro del ámbito nacional*. Tesis de Licenciatura. Universitat de València.
- MONTOYA, I., GONZÁLEZ, R., ZARAGOZA, C. y GARCÍA-AGUADO, R. (2001 julio). *Changes in children's behaviour after surgery*. Presentado al VIIth European Congress of Psychology. London.
- MONTOYA, I., GONZÁLEZ, R., ZARAGOZA, C. y VILA, M.A. (2001). *Parents' pre-surgical anxiety and worries about their children*. Presentado al VIIth European Congress of Psychology. Julio. London.
- MOOS, R.H. y SCHAEFER, J.A. (1986). Life transitions and crisis; a conceptual overview. En R. H. Moos, *Coping with Life Crises an Integrated Approach* (Chap. 1, pp. 3-28). New York and London: Plenum Press.
- MOOS, R.H. y TSU, V.D. (1977). The crisis of physical illness: An overview. En R.H. Moos (Ed.), *Coping with physical illness*. Nueva York: Plenum.
- MOURE, M.L., RODEÑO, A., ANTÓN BERMÚDEZ, D.M., FERNÁNDEZ CAO, M.J., VARELA, N. y CASTRO PASTOR, A. (1996). Pautas de actuación ante el estrés del niño hospitalizado. *Enfermería Clínica*, 6(3), 126-131.
- MOYA, M., SACRISTAN, T., BLANCO, A., CERVERA, J., GIL CARCEDO, L.M., GONZÁLEZ HACHERO, J., SUAREZ, C. y SUAREZ CORTINA, L. (1997). Indicaciones de amigdalectomía y adenoidectomía en el niño y el adolescente. *Anales Españoles De Pediatría*, 47(1), 12-13.
- MRC MULTI-CENTRE OTITIS MEDIA STUDY GROUP. (2001). Risk factors for persistence of bilateral otitis media with effusion. *Clinical Otolaryngology*, 26, 147-156.

- MURIS, P., STEERNEMAN, P., MERCKELBACH, H. y MEESTERS, C. (1996). The role of parental fearfulness and modeling in children's fear. Behaviour Research and Therapy, 34(3), 265-268.
- NARDONE, P.L. y SCHUCHARD, B. (1991). Parental pain perception of the same-day surgery pediatric patient. Journal of Nursing Quality Assurance, 5(3), 59-64.
- NEUGARTEN, B.L. (1968). Adult personality: Toward a psychology of the cycle. En B.L. Neugarten (Ed.), Middle age and aging: A reader in social psychology. Chicago: University of Chicago Press.
- NEUGARTEN, B.L. (1977). Personality and aging. En J.L. Birren y K.W. Schaie (Eds.) Handbook of the psychology of aging. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- NEUGARTEN, B.L. (1979). Time, age, and the life cycle. American Journal of Psychiatry, 136, 887-894.
- NGIM-KEE YAP, J. (1988). The effects of hospitalization and surgery on children: a critical review. Journal of Applied Developmental Psychology, 9, 349-358.
- NIEMELÄ, M., UHARI, M., MÖTTÖNEN, M. y POKKA, T. (1999). Costs arising from otitis media. Acta Paediatrica, 88 (5), 553-556.
- NIKANNE, E., KOKKI, H. y TUOVINEN, K. (1999). Postoperative pain after adenoidectomy in children. British Journal of Anaesthesia, 82(6), 886-889.
- NYGREN, J., THORELL, A., JACOBSON, H., LARSSON, S., SCHENELL, P.O., HYLEN, L. y LJUNGQUIST, O. (1995). Preoperative gastric emptying: effects of anxiety and oral carbohydrate administration. Annals of Surgery, 222(6) 728-734.
- OCHOA, B., REPÁRAZ, CH. y POLAINO-LORENTE, A. (1997). Validación de la escala CILC, de locus de control, en una muestra española de padres de niños hospitalizados. Psicothema, 9(1), 89-103.
- ODEGARD, K.C., MODEST, S.A. y LAUREN, P.C. (2002). A survey of parental satisfaction during parent present induction of anaesthesia for children undergoing cardiovascular surgery. Paediatric Anaesthesia, 12(3), 261-266.
- OGILVIE, L. (1990). Hospitalization of children for surgery: the parents' view. Children's Health Care, 19(1), 49-56.
- ORTIGOSA, J.M., MÉNDEZ, F.X., QUILES, M.J. y PEDROCHE, S. (1998, mayo). Escala de Observación para el hospital: Un estudio piloto. V Congreso de Evaluación Psicológica. Benalmádena.

- ORTIGOSA, J.M., QUILES SEBASTIÁN, M.J., CARRILLO, F.X. y PEDROCHE, S. (2000). Miedos infantiles hospitalarios: un estudio con niños hospitalizados y no hospitalizados. *Ansiedad y Estrés*, 6(1), 61-70.
- PALERMO, T.M., DROTAR, D.D. y TRIPI, P.A. (1999). Current Status of Psychosocial Intervention Research for Pediatric Outpatient Surgery. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 6(4), 405-426.
- PALOMO, M.P. (1995). *El niño hospitalizado*. Madrid: Pirámide.
- PARDO, A. y SAN MARTÍN, R. (1994). *Análisis de datos en Psicología II*. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A.
- PASTOR MIRA M. A., LÓPEZ ROIG, S. y RODRÍGUEZ MARÍN, J. (1990). Estrategias de afrontamiento en pacientes hospitalizados. En J. Rodríguez Marín, *Psicología Social y Sociedad del Bienestar. Aspectos psicosociales de la salud y de la comunidad* (Vol. 3. pp. 41-45). Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, S. A.
- PATEL, R.I., HANNALLAH, R.S. MURPHY, L.S., et al. (1986). Pediatric outpatient anesthesia- A review of post-anesthetic complications in 8.995 cases. *Anesthesiology*, 65, 435.
- PEDROCHE PALACIO, S., QUILES SEBASTIÁN, M. J., MÉNDEZ CARRILLO, F. X. y ORTIGOSA QUILES, J. M. (1998). *Influencia del tipo de hospitalización en la ansiedad infantil ante la intervención quirúrgica*. Comunicación presentada al IV Congreso Internacional Sobre Conductismo y Ciencias de la Conducta. Noviembre. Sevilla, España.
- PERVIN, L.A. (1998). Emoción, adaptación y salud. En L.A. Pervin, *La ciencia de la personalidad* (pp. 327-368). Madrid: McGraw-Hill.
- PETERSON, L., MORI, L. y CARTER, P. (1985). The role of the family in children's responses to stressful medical procedures. *Journal of Clinical Child Psychology*, 14(2), 98-104.
- PFEFFER, C.R. (1989). Reacciones infantiles a la enfermedad, hospitalización y cirugía. En H. I. Kaplan y B. J. Sadock, *Tratado de Psiquiatría* (Vol. 2, Chap. 41.6, pp. 1831-1837). Barcelona: Masson-Salvat.
- PICARD, V., DUMONT, L. y PELLEGRINI, M. (2000). Quality of recovery in children: sevoflurane versus propofol. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 44(3), 307-310.
- PITZER, M.S. y HOCK, E. (1989). Employed mother's concerns about separation from the first-and second-born child. *Research in Nursing and Health*, 12, 123-128.
- PIZZUTO, M.P., VOLK, M.S. y KINGSTON, L.M. (1998). Common topics in pediatric otolaryngology. *Pediatric Clinics of North America*, 45(4), 973-991.

- PLANCHEREL, B. y BOLOGNINI, M. (1995). Coping and mental health in early adolescence. Journal of Adolescence, 18, 459-474.
- PORRERO CARRO, J. L. (2000). Motivos de la lenta y desigual implantación de la cirugía mayor ambulatoria en nuestro país. Cirugía Española, 68(1), 1-2.
- QUILES, M.J. (1999). Validación de dos formas del Cuestionario de Preocupaciones sobre la Cirugía Infantil: Forma niños y Adolescentes. Memoria de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad de Murcia.
- QUILES, M.J., MÉNDEZ, F.X., PEDROCHE, S. y ORTIGOSA, J.M. (1998, noviembre). Evaluación Psicológica: formas y contextos. Comunicación presentada en la VI Conferencia Internacional. Salamanca.
- QUILES, M. J., ORTIGOSA, J. M., MÉNDEZ, F. X. y PEDROCHE, S. (1999). Cuestionario de preocupaciones sobre cirugía infantil. Psicothema, 11(3), 601-609.
- QUILES, M.J. y PEDROCHE, S. (2000a). Evaluación psicológica en la hospitalización infantil. En J. M. Ortigosa y F. X. Méndez, Hospitalización infantil. Repercusiones psicológicas. Teoría y práctica. (pp. 51-74). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, S.L.
- QUILES, M.J. y PEDROCHE, S. (2000b). El papel de los padres en la preparación psicológica a la hospitalización infantil. En J. M. Ortigosa y F. X. Méndez, Hospitalización infantil. Repercusiones psicológicas. Teoría y práctica. (pp. 155-174). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, S.L.
- QUILES, M.J., MÉNDEZ, F.X. y ORTIGOSA, J.M. (1998). "Cuestionario de Preocupaciones sobre la Cirugía Infantil. Forma Adolescentes" ®
- QUILES, M.J., ORTIGOSA, J.M. y MÉNDEZ, F.X. (1998). "Cuestionario de Preocupaciones sobre la Cirugía Infantil. Forma Niños" ®
- RAICH BRUFAU, M. (2001). Cirugía mayor ambulatoria: Un beneficio para todos. Cirugía Mayor Ambulatoria, 6(1), 9-10.
- REYNOLDS, C.R. y PAGET, K.D. (1981). Factor analysis of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale for blacks whites, males and females with a national innovate sample. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49, 352-359.
- REYNOLDS, C.R. y PAGET, K.D. (1983). National normative and reliability data for Revised Children's Manifest Anxiety Scale. School Psychology Review, 12, 324-336.
- REYNOLDS, C.R. y RICHMOND, B.O. (1978). What I Think and Feel: A revised measure of children's manifest anxiety. Journal of Abnormal Child Psychology, 6(2): 271-280.

- RIAÑO GALÁN, I., MAYORAL GONZÁLEZ, B., SOLIS SÁNCHEZ, G., OREJAS RODRÍGUEZ-ARANGO, G. y MALAGA GUERRERO, S. (1999). Opinión de los pediatras sobre la sedación en los niños. [Pediatricians' opinion on sedation in children]. Anales Españoles De Pediatría, 51(3), 230-234.
- RICHMOND, B.O., SUKEMUNES, S., OHMOTO, M., KAWAMOTO, H. y HAMAZAKI, T. (1984). Anxiety among Canadian, Japanese and American children. The Journal of Psychology, 116, 3-6.
- RICHMOND, B.O., RODRIGO, G. y DE RODRIGO, M. (1988). Factor structure of a Spanish version of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale in Uruguay. Journal of Personality Assessment, 52, 165-170.
- RITA, L., SELENY, F.L., MAZUREK, A. et al., (1985). Intramuscular midazolam for pediatric preanesthetic sedation: A double-blind controlled study with morphine. Anesthesiology, 63,528-531.
- RIVERA GUTIÉRREZ, J. (1999). La cirugía mayor ambulatoria en el tránsito hacia el siglo XXI. Cirugía Mayor Ambulatoria, 4(2), 361-362.
- ROBERTSON, J. (1958). Jeunes enfants à l'hôpital. Paris: Le Centurion.
- ROBINS, C., ROBINS, W. y RAWSON, H. (1973). Maternal anxiety and children's behavior during dental procedures. Journal of the Missouri Dental Association, 53,47-55.
- RODRÍGUEZ MARÍN, J. (1995). Psicología social de la salud. Madrid: Editorial Síntesis.
- RODRÍGUEZ MARÍN, J. y ZURRIAGA LLORENS, R. (1997). Estrés, enfermedad y hospitalización. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- RODRÍGUEZ MARÍN, J., LÓPEZ ROIG, S. y PASTOR MIRA, M.A. (1989). Estrés por hospitalización y estrategias de afrontamiento. Revista De Psicología De La Salud, 1(1), 81-104.
- ROSBE, K.W., JONES, D., JALISI, S. y BRAY, M.A. (2000). Efficacy of postoperative follow-up telephone calls for patients who underwent adenotonsillectomy. Archives of Otolaryngology Head Neck Surgery, 126(6), 718-721; discussion 722.
- ROSENFELD, R.M., BHAYA, M.H., BOWER, C.M., BROOKHOUSER, P.E., CASSELBRANT, M.L., CHAN, K.H., CUNNINGHAM, M.J., DERKAY, C.S., GRAY, S.D., MANNING, S.C., MESSNER, A.H. y SMITH, R.J. (2000). Impact of tympanostomy tubes on child quality of life. Archives of Otolaryngology Head Neck Surgery, 126(5), 585-592.
- ROSSEN, B.E. y MCKEEVER, P.D. (1996). The behavior of preschoolers during and after brief surgical hospitalizations. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 19(2), 121-133.

- ROTTER, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs: General and Applied, 80, 1-28.
- RVACHEW, S., SLAWINSKI, E.B., WILLIAMS, M. y GREEN, C.L. (1999). The impact of early onset otitis on babbling and early language development. Journal of Acoustical Society of America, 105(1), 467-475.
- RYDER, I.G. y SPARGO, P.M. (1991). Parents in the anesthetic room. A questionnaire survey of parents' reactions. Anesthesia, 46,977-979.
- SAÉZ VAY, F., LLEIXA FORTUNY, M.M., BONFILL ACCENSI, E., GONZÁLEZ GARCÍA, E. y MALDONADO SIMÓ, M.L. (1996). Atención integral al paciente quirúrgico. Enfermería Científica, 168(169), 48-52.
- SALMON, P. (1993). The reduction of anxiety in surgical patients: an important nursing task or the medicalization of preparatory worry? International Journal of Nursing Estudios, 30(4), 320-330.
- SALMON, P., EVANS, R. y HUMPHREY, D. (1986). Anxiety and endocrine changes in surgical patients. British Journal of Clinical Psychology, 25, 135-141.
- SAN MARTÍN, R. y PARDO, A. (1989). Psicoestadística. Contrastes paramétricos y no paramétricos. Madrid: Editorial Pirámide.
- SÁNCHEZ GÓMEZ, S., DUEÑAS PARRILLA, J.M., LÓPEZ PALOMO, J., SHEPHERD GONZÁLEZ, M., RANDO GONZÁLEZ, I. y MIGUÉLEZ RODRÍGUEZ, J. (2001). Análisis de la casuística (case mix) de la sección de otorrinolaringología de la unidad de cirugía mayor ambulatoria. Cirugía Mayor Ambulatoria, 6(1), 21-34.
- SÁNCHEZ GÓMEZ, S., GARCÍA IRIARTE, M.T., ABRANTE JIMÉNEZ, A., DELGADO MORENO, F. y CORDERO LORENZO, J.M. (1998). Técnica anestésica con mascarilla laríngea en intervenciones de adenoidectomía y/o amigdalectomía. Acta Otorrinolaringológica Española, 49(5), 389-396.
- SÁNCHEZ-CÁNOVAS, J. (1994). Relaciones entre salud física, psíquica y estrés, estilos de vida saludables y apoyo social: un estudio exploratorio en mujeres climatéricas. Investigación subvencionada por el Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social. Ministerio de Sanidad y Consumo. Expediente: 94/0565. Manuscrito no publicado.
- SARASON, I.G. (1960). Empirical findings and theoretical problems in the use of anxiety scales. Psychological Bulletin, 57, 403-415.
- SCAIFE, J.M. y CAMPBELL, I. (1988). A comparison of the outcome of day-care and inpatient treatment of paediatric surgical cases. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 29(2), 185-198.

- SCAIFE, J.M. y JOHNSTONE, J.M.S. (1988). Psychological aspects of day care surgery for children. En J. M. Scaife y J. M. S. Johnstone, Psychological Aspects in Children (pp. 759-777).
- SCHERER, M. y NAKAMURA, C.Y. (1968). A fear survey schedule for children (FSSC-FC): A factor analytic comparison with manifest anxiety (CMAS). Behavior Research and Therapy, 6, 173-182.
- SCHLENKER, B.R. y LEARY, M.R. (1982). Social anxiety and self-presentation: A conceptualization and model. Psychological Bulletin, 92,641-669.
- SCHRAEDER, B.D. (1980). Attachment and parenting despite lengthy intensive care. American Journal of Maternal Child Nursing, 5, 37-41.
- SCHULMAN, J.L., FOLEY, J.M., VERNON, D.T.A. y ALLAN, D. (1967). A study of the effect of the mother's presence during anesthesia induction. Pediatrics, 39(1), 111-114.
- SCHUM, T.R. (1989). Effects of hospitalization derived from a family diary. Clinical Pediatrics, 28,366-370.
- SEDGEWICK, R. y HILDEBRAND, S. (1981). Family health assessment. Nurse Practitioner, 6(2), 37-45.
- SELYE, H. (1950). The physiology and pathology of exposure to stress. Montreal: Acta.
- SELYE, H. (1956). The stress of life. Nueva York: McGraw-Hill.
- SEPPONEN, K., KOKKI, H. y AHONEN, R. (1999). Training of medical staff positively influences postoperative pain management at home in children. Pharmacy World and Science, 21(4), 168-172.
- SHAW, E.G. y ROUTH, D.K. (1982). Effect of mother presence on children's reactions to adverse procedures. Journal of Pediatric Psychology, 7,33-42.
- SHUTT, E.E. (1991). Stressors perceived by parents of children experiencing ambulatory surgery. The Kansas Nurse, 1-2.
- SIDES, J.P. (1977). Emotional responses of children to physical illness and hospitalization. Dissertation Abstracts International, 38,917B. (University Microfilm No. 77-16,832).
- SIEGEL, S. (1990). Estadística no paramétrica. Aplicada a las ciencias de la conducta. México, D.F.: Editorial Trillas.
- SKIPPER, J.K. y LEONARD, R.C. (1968). Children, stress, and hospitalization: A field experience. Journal of Health and Social Behavior, 9(4),275-287.
- SMITH, C.A. y LAZARUS, R.S. (1990). Emotion and adaptation. En L.A. Pervin (Ed.). Handbook of personality: Theory and research (pp. 609-637). New York: Guilford.

- SMITHERMAN, C. (1981). Nursing actions for health promotion. Philadelphia: F.A. Davis
- SORIANO, J. (1994). Las estrategias de afrontamiento desde una perspectiva transaccional. Boletín De Psicología, (44), 77-92.
- SORIANO, J. y ZORROZA, J. (1999). Analisis comparativo de tres cuestionarios de afrontamiento al estrés: CSI, CM, WOC. Boletín De Psicología, 63, 77-97.
- SOSA, C. D., CAPAFÓNS, J. I., FLORES, P. y NAVARRO, A. M. (1993). Escala de ansiedad infantil. (AI). En F. Silva y C. Martorell, Evaluación de la Personalidad Infantil y Juvenil. (Vol. IIIpp. 6-21).
- SOSA, C.D. (1985). Construcción y validación de una batería de escalas de auto-evaluación para niños mayores y adolescentes. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.
- SOSA, C.D., CAPAFONS, J.I. y LÓPEZ, M.C. (1990). Adaptación española de la Revised Children's Manifest Anxiety Scale: Un estudio psicométrico. Comunicaciones del Segundo Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos, 202-209.
- SOSA, C.D., CAPAFÓNS, J.I., ALCANTUD, F. y SILVA, F. (1985). La evaluación de la ansiedad y la depresión infantil a través de auto-informe. Trabajo presentado en el III Congreso Nacional de la Asociación Española de Terapia del Comportamiento. Gijón.
- SPIEGELBER, P. (1990). Family therapy in the hospital treatment of children and adolescents. Bulletin of the Menninger Clinic, 54(1),48.
- SPIELBERGER, C.D., EDWARDS, C.D., LUSHENE, R.E. MONTUOR, L. y PLATZEK, D. (1973). STAIC, State-Trait Anxiety Inventory for Children. Palo Alto: Consulting Psychologists Press. (Adaptado al español como Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en niños (STAIC) (1990). Madrid: TEA Ediciones, S.A.).
- SPIELBERGER, C.D., GORSUCH, R.L., y LUSHENE, R.E. (1970). STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (self-evaluation questionnaire). Palo Alto: Consulting Psychologists Press. (Adaptado al español como Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) (1982, 1986, 1988). Madrid: TEA Ediciones, S.A.).
- SPITZ, R.A. (1946). Hospitalism: a follow up report on an investigation described in 1945. Psychoanalytic Study of Child, 2, 113-117.
- STEWART, D.J. y VOLGYESI, G (1978). Stabilometry: a new tool for measuring recovery following general anaesthesia. Canadian Anesthetists Society Journal, 25, 4-6.
- STEWART, M.G., FRIEDMAN, E.M., SULEK, M., HULKA, G.F., KUPPERSMITH, R.B., HARRILL, W.C. y BAUTISTA, M.H. (2000). Quality of life and

- health status in pediatric tonsil and adenoid disease. Archives of Otolaryngology Head Neck Surgery, 126(1), 45-48.
- STONE, K.J. y GLASPER, E.A. (1997). Can leaflets assist parents in preparing children for hospital?. British Journal of Nursing, 6(18), 1054-1058.
- STRACHAN, D.P. Y COOK, D.G. (1998). Parental smoking, middle ear disease and adenotonsillectomy in children. Thorax, 53(1), 50-56.
- TATE, S. y COOK, H. (1996). Postoperative nausea and vomiting: 1: physiology and etiology. British Journal of Nursing, 5, 962-968.
- TAYLOR, J.A. (1953). A personality scale of manifest anxiety. Journal of Abnormal and Social Psychology, 48, 285-290.
- TEICHMAN, Y., BEN RAFAEL, M. y LERMAN, M. (1986). Anxiety reaction of hospitalized children. British Medical of Psychology, 59,375-382.
- TÉVAR, M^a.P., GONZÁLEZ, R., BENAVIDES, G. y COSTA, M^a. (1995, diciembre). Cuidados paliativos versus juego en el niño hospitalizado. Comunicación presentada al IV Congress of the European Association for Palliative Care. Barcelona, España.
- THE VERMONT PROGRAM FOR QUALITY IN HEALTH CARE (VPQHC). (Otitis media clinical guideline (2001). <http://www.seorl.org> (<http://vpqhc.org/otreport.htm>).
- THOMPSON, R. y VERNON, D. (1993). Research on children's behavior after hospitalization: A review and synthesis. Developmental and Behavioral Pediatrics, 14(1), 28-35.
- THOMPSON, R.H. (1985). Psychological Research on Pediatric Hospitalization and Health Care. Springfield: Charles C. Thomas.
- TIEDEMAN, M. E. (1997). Anxiety responses of parents during and after the hospitalization of their 5- to 11-year-old children. Journal of Pediatric Nursing, 12(2), 110-119.
- TIEDEMAN, M.E. y CLATWORTHY, S. (1990). Anxiety responses of 5-to 11-year-old children during and after hospitalization. Journal of Pediatric Nursing, 5(5), 334-343.
- TÖNZ, M., HERZIG, G. y KAISER, G. (1999). Quality assurance in day surgery: do we enough for the parents to prevent stress?. European Journal of Pediatrics, 158, 984-988.
- TSIGOUNIS, S.A. (1978). The relationship between parent-child perceptions of hospitalization and the child's subsequent psychological response. Dissertation Abstracts International, 38,3915B. (University Microfilms No. 77-32253).

- TURNER, M.A., TOMLINSON, P.S. y HARBAUGH, B.L. (1990). Parental uncertainty in critical care hospitalization of children. Maternal-Child Nursing Journal, 19(1), 45-61.
- UNIVERSITY HOSPITAL OF COLUMBIA AND CORNELL (2001) (Pediatric surgery at the Children's Hospital of New York) [<http://cpmcnet.columbia.edu/dept/surgery/peds>].
- URPEGUI GARCÍA, A.M., MARTÍNEZ SUBÍAS, J., GARCÍA GUZMÁN, A., VALLÉS VARELA, H. y FERNÁNDEZ LARRIPA, S. (1999). Eficacia de la adenoidectomía evaluada mediante rinometría acústica. Acta Otorrinolaringológica Española, 50(8), 635-639.
- VALDÉS SÁNCHEZ, C., FLÓREZ LOZANO, J.A. y LLORIÁN FERNÁNDEZ, M.R. (1993). Control de la ansiedad hospitalaria en el niño sometido a intervenciones quirúrgicas. Acta Pediátrica Española, 51(7), 451-458.
- VALDÉS, C. A. y FLÓREZ, J.A. (1992). El niño ante su hospitalización: principales agentes estresantes. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 19(5), 202-209.
- VALDÉS, C.A. y FLÓREZ, J.A. (1995). El niño ante el hospital: Programas para reducir la ansiedad hospitalaria. Universidad de Oviedo: Servicio de Publicaciones.
- VALLEJO, M.A.A. (1983). Evaluación y tratamiento psicológico del dolor. Revista Española de Terapia del Comportamiento, 1, 329-366.
- VANDER VEER, A.H. (1949). Psychopathology of physical illness and hospital residence. Quarterly Journal of Child Behavior, 1, 55-71.
- VARDARO, J.A. (1978). Preadmission anxiety and mother-child relationships. Journal of the Association for the Care of Children's Health, 7, 8-15.
- VERNON, D.T.A. (1973). Use of modeling to modify children's responses to a natural, potentially stressful situation. Journal of Applied Psychology, 58(3), 351-356.
- VERNON, D.T.A. y SCHULMAN, J.L. (1964). Experience and reason. Pediatrics, 694-706.
- VERNON, D.T.A. y THOMPSON, R.H. (1993). Research on the effect of experimental interventions on children's behavior after hospitalization: a review and synthesis. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 14(1), 36-44.
- VERNON, D.T.A., FOLEY, J.M. y SCHULMAN, J.L. (1967). Effect of mother-child separation and birth order on young children's responses to two potentially stressful experiences. Journal of Personality and Social Psychology, 5(2), 162-174.

- VERNON, D.T.A., SCHULMAN, J. L. y FOLEY, J. M. (1966). Changes in children's behavior after hospitalization. American Journal of Diseases of Children, 111, 581-593.
- VESSEY, J.A., BOGETZ, M.S., CASERZA, C.L., LIU, K.R. y CASSIDY, M.D. (1994). Parental upset associated with participation in induction of anaesthesia in children. Canadian Journal of Anaesthesia, 41,276-280.
- VILA, A., ZARAGOZA, C., GARCÍA, V., OLAVARRIETA, L., GARCÍA-AGUADO, R. y CERVERA, P. (2000). Psicoprofilaxis quirúrgica en cirugía mayor ambulatoria. Cirugía Mayor Ambulatoria, 5(3), 157-159.
- VILLAR DEL MORAL, J.M., GARCÍA MARTOS, J.B., MARTÍN RUIZ DE LA HERRÁN, J.M., GARCÍA RUBIO, J., HERNÁNDEZ GARCÍA, J.M., RUIZ LORENZO, P.M. y TORRES ALCALÁ, J.T. (1998). ¿Qué aporta la cirugía de corta estancia a las unidades de cirugía mayor ambulatoria?. Cirugía Mayor Ambulatoria, 3(4), 272-276.
- VILLAR RODRÍGUEZ, A. (1995). Estrés infantil como efecto de la hospitalización: dos alternativas de intervención. Todo Hospital, 122, 25-28.
- VISINTAINER, M.A. y WOLFER, J.A. (1975). Psychological preparation for surgical pediatric patients: The effect on children's and parent's stress responses and adjustment. Pediatrics, 56,187-202.
- VOEPEL LEWIS, T., ANDREA, C.M. y MAGEE, S.S. (1992). Parent perceptions of pediatric ambulatory surgery: using family feedback for program evaluation. Journal of Post Anesthesia Nursing, 7(2), 105-114.
- VOEPEL LEWIS, T., TAIT, A.R. y MALVIYA, S. (2000). Separation and induction behaviors in children: are parents good predictors?. Journal of Perianesthesia Nursing, 15(1), 6-11.
- VULCAN, B. M. y NIKULICH-BARRETT, M. (1988). The effect of selected information on mother's anxiety levels during their childrens' hospitalizations. Journal of Pediatric Nursing, 3(2), 97-102.
- WALLACE, M.R. (1989). Temperament: a variable in children's pain management. Pediatric Nursing, 15, 118-121.
- WANG, S.M. y KAIN, Z.N. (2000). Preoperative anxiety and postoperative nausea and vomiting in children: is there an association?. Anesthesia and Analgesia, 90(3), 571-575.
- WATCHA, M.F. y WHITE, P.F. (1992). Postoperative nausea and vomiting: its etiology, treatment, and prevention. Anesthesiology, 77, 162-184.
- WATERWORTH, S. y LUSHER, K.A. (1990). Reluctant collaborators: do patients want to be involved in decisions concerning care?. Journal of Advanced Nursing, 15,971-976.

- WATSON, D. (1988). Intraindividual and interindividual analyses of positive and negative affect: relation to health complaints, perceived stress and daily activities. Journal of Personality and Social Psychology, 54(6), 1020-1030.
- WATSON, D. y CLARK, L.A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. Psychological Bulletin, 96, 465-490.
- WATSON, D. y CLARK, L.A. (1992). On traits and temperament: General and specific factor of emotional experience and their relation to the five-factor model. Journal of Personality, 60, 441-476.
- WATSON, D. y CLARK, L.A. (1993). Behavioral disinhibition versus constraint: A dispositional perspective. En D.W. Wegner y J.W. Pennebaker (Eds.), Handbook of mental control (pp. 506-527). Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- WERTLIEB, D., HAUSER, S.T. y JACOBSON, A.M. (1986). Adaptation to diabetes: behavior symptoms and family context. Journal of Pediatric Psychology, 11(4), 463-479.
- WHALEY, L.F. y WONG, D.L. (1991). Nursing care of infants and children. St. Louis: Mosby.
- WHALEY, L.F. y WONG, D.L. (1989). Reacción del niño a las enfermedades y a la hospitalización. En L. F. Whaley, y D. L. Wong, Tratado de Enfermería Pediátrica. (Segunda ed., Vol. 2, Chap. 6, pp. 482-513). Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España. (Orig. 1985).
- WHELAN, T.A. y KIRKBY, R.J. (1997). Parent empowerment: the hospitalization of a child. Journal of Family Studies, 3(1), 94-107.
- WHITE, P.F. y SONG, D. (1999). Nuevos criterios de recorrido rápido (fast-tracking) después de la anestesia ambulatoria: comparación con el sistema de puntuación de Aldrete modificado. Anesthesia and Analgesia, 2(3), 173-176.
- WISHON, P.M. y BROWN, M.H. (1991). Play and the young hospitalized patient. Early Child Development and Care, 72, 39-46.
- WOLFENBERGER, M., HAURY, J.A. y LINDER, T. (2000). Parent satisfaction 1 year after adenotonsillectomy of their children. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 56(3), 199-205.
- WOLFER, J.A. y VISINTAINER, M.A. (1975). Pediatric surgical patients' and parents' stress responses and adjustment. Nursing Research, 24(4), 244-255.
- WRUBEL, J., BENNER, P. y LAZARUS, R.S. (1981). Social competence from the perspective of stress and coping. En J. Wine y M. Syme (eds.), Social competence. Nueva York: Guilford.

- YOUNGBLUT, J.M. y JAY, S.S. (1991). Emergent admissions to the pediatric intensive care unit: Parental concerns. AACN Clinical Issues in Critical Care, 2, 329-337.
- ZABIN, M.A. y MELAMED, B.G. (1980). Relationship between parental discipline and children's ability to cope with stress. Journal of Behavioral Assessment, 2(1), 17-37.
- ZUCKERBERG, A.L. (1994). Preparación perioperatoria. En R. C. Wetzel, Clínicas Pediátricas de Norteamérica (Vol. 1pp. 17-33). México: McGraw Hill Nueva Editorial Interamericana.

IV. ANEXOS

El apartado de Anexos se ha dividido en cuatro subapartados.

En el Anexo I, se presentan, en primer lugar, los instrumentos de evaluación utilizados con los pacientes. En segundo lugar, los instrumentos utilizados con los padres, y, en tercer lugar, el consentimiento informado, los registros y fichas utilizados.

En el Anexo II, se explican las categorías de la “Escala de Observación de Distrés Postquirúrgico” y las modificaciones realizadas.

En el Anexo III, se presentan las categorías del índice ASA (nivel de riesgo anestésico-quirúrgico)

Por último, en el Anexo IV, se ofrecen algunas direcciones de Internet relacionadas con la hospitalización infantil, la salud general pediátrica y la cirugía otorrinolaringológica.

ANEXO I

CUESTIONARIOS PACIENTES



UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Dpto. Personalidad, Evaluación y Ttos. Psicológicos
 Facultad de Psicología
 González, R. y Montoya, I.



Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria
 Hospital General Universitario de Valencia
 Zaragoza, C.; Balaguer, I.; González, R. y Villa, M.A.

AI

C.R. Reynolds y B.O. Richmond
 (Adaptado por Sosa, Capafóns, Flores, Navarro y Silva)

Nº DE HISTORIA:	FECHA:
NOMBRE Y APELLIDOS:	
SEXO: V M	EDAD:

INSTRUCCIONES

Todo lo que vas a leer a continuación se refiere a cosas que a uno le pueden ocurrir. Lee cada frase y pon una **X** en la casilla de la respuesta "SI", si te ocurre lo que allí dice; o en la casilla "NO", si no te ocurre.

¡POR FAVOR, NO DEJES NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER!

1	Me cuesta decidirme (tomar decisiones)	SI	NO
2	Me pongo nervioso cuando las cosas no salen como yo quiero	SI	NO
3	Parece que los demás hacen las cosas con más facilidad que yo	SI	NO
4	Con frecuencia me cuesta respirar	SI	NO
5	Me preocupo mucho	SI	NO
6	Me dan miedo muchas cosas	SI	NO
7	Me enfado con mucha facilidad	SI	NO
8	Me preocupa lo que puedan decir mis padres	SI	NO
9	Creo que a los demás les disgusta como hago las cosas	SI	NO
10	Me cuesta dormir por la noche	SI	NO
11	Me preocupa lo que los demás piensan de mí	SI	NO
12	Me siento solo, aunque haya otros a mi alrededor	SI	NO
13	Me duele la tripa a menudo	SI	NO
14	Hieren mis sentimientos con facilidad	SI	NO
15	Me sudan las manos con frecuencia	SI	NO
16	Suelo estar muy cansado	SI	NO
17	Me preocupa lo que pueda suceder	SI	NO
18	Otros niños son más felices que yo	SI	NO
19	Tengo pesadillas	SI	NO
20	Me siento fatal cuando me regañan	SI	NO
21	Creo que alguien me va a decir que he hecho algo mal	SI	NO
22	A veces me despierto asustado	SI	NO
23	Me preocupo cuando me voy a acostar por la noche	SI	NO
24	Me cuesta concentrarme en mis deberes	SI	NO
25	Cuando estoy sentado, siempre estoy inquieto	SI	NO
26	Soy nervioso	SI	NO
27	Muchas personas están en contra mía	SI	NO
28	Me preocupa a menudo que pase algo malo	SI	NO



UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Dpto. Personalidad, Evaluación y Ttos. Psicológicos
 Facultad de Psicología
 González, R. y Montoya, I.



Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria
 Hospital General Universitario de Valencia
 Zaragoza, C.; Balaguer, I.; González, R. y Vila, M.A.

STAIC-E (Spielberger, 1970)

Nº DE HISTORIA:	FECHA:
NOMBRE Y APELLIDOS:	
SEXO: V M	EDAD:

INSTRUCCIONES

A continuación encontraras unas frases usadas para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga mejor cómo te **SIENTES AHORA MISMO**, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor cómo te encuentras **AHORA**.

		Nada	Algo	Mucho
1	Me siento calmado	1	2	3
2	Me encuentro inquieto	1	2	3
3	Me siento nervioso	1	2	3
4	Me encuentro descansado	1	2	3
5	Tengo miedo	1	2	3
6	Estoy relajado	1	2	3
7	Estoy preocupado	1	2	3
8	Me encuentro satisfecho	1	2	3
9	Me siento feliz	1	2	3
10	Me siento seguro	1	2	3
11	Me encuentro bien	1	2	3
12	Me siento molesto	1	2	3
13	Me siento agradablemente	1	2	3
14	Me encuentro atemorizado	1	2	3
15	Me encuentro confuso	1	2	3
16	Me siento animoso	1	2	3
17	Me siento angustiado	1	2	3
18	Me encuentro alegre	1	2	3
19	Me encuentro contrariado	1	2	3
20	Me siento triste	1	2	3



UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Dpto. Personalidad, Evaluación y Ttos. Psicológicos
 Facultad de Psicología
 González, R. y Montoya, I.



Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria
 Hospital General Universitario de Valencia
 Zaragoza, C.; Balaguer, I.; González, R. y Vila, M.A.

STAIC-R (Spielberger, 1970)

NOMBRE Y APELLIDOS:		
SEXO: V M	EDAD:	

INSTRUCCIONES

A continuación encontraras unas frases usadas para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga mejor cómo te **SIENTES EN GENERAL**, no sólo en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor cómo te encuentras **GENERALMENTE**.

		Casi nunca	A veces	A menudo
1	Me preocupa cometer errores	1	2	3
2	Siento ganas de llorar	1	2	3
3	Me siento desgraciado	1	2	3
4	Me cuesta tomar una decisión	1	2	3
5	Me cuesta enfrentarme a mis problemas	1	2	3
6	Me preocupo demasiado	1	2	3
7	Me encuentro molesto	1	2	3
8	Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan	1	2	3
9	Me preocupan las cosas del colegio	1	2	3
10	Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer	1	2	3
11	Noto que mi corazón late más rápido	1	2	3
12	Aunque no lo digo, tengo miedo	1	2	3
13	Me preocupo por cosas que puedan ocurrir	1	2	3
14	Me cuesta quedarme dormido por las noches	1	2	3
15	Tengo sensaciones extrañas en el estómago	1	2	3
16	Me preocupa lo que otros piensen de mí	1	2	3
17	Me influyen tanto los problemas que no puedo olvidarlos durante un tiempo	1	2	3
18	Tomo las cosas demasiado en serio	1	2	3
19	Encuentro muchas dificultades en mi vida	1	2	3
20	Me siento menos feliz que los demás chicos	1	2	3



UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Dpto. Personalidad, Evaluación y Ttos. Psicológicos
 Facultad de Psicología
 González, R. y Montoya, I.



Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria
 Hospital General Universitario de Valencia
 Zaragoza, C.; Balaguer, I.; González, R. y Vila, M.A.

ESCALA DE APRECIACIÓN DE MIEDOS AL HOSPITAL (Melamed y Siegel, 1975)

INSTRUCCIONES

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones sobre diversas situaciones que pueden o no causar temor. Debes valorar de 0 a 4 y poner una X en la casilla correspondiente, según el grado que piensas que es aplicable a ti.

0	1	2	3	4
Nada de miedo	Algo de miedo	Bastante miedo	Mucho miedo	Muchísimo miedo

¡ POR FAVOR, NO DEJES NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER!

	0	1	2	3	4
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					



Dpto. Personalidad, Evaluación y Ttos. Psicológicos
 Facultad de Psicología
 González, R. y Montoya, I.



Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria
 Hospital General Universitario de Valencia
 Zaragoza, C.; Balaguer, I.; González, R. y Vila, M.A.

ESCALA DE PREOCUPACIONES SOBRE LA CIRUGÍA INFANTIL. Forma niños (7-10 años)

(Quiles, Méndez y Ortigosa, 1999)

INSTRUCCIONES

A continuación hay una serie de situaciones que se dan cuando una persona es hospitalizada para ser intervenida quirúrgicamente. Puntúa el grado de preocupación que te produce a ti utilizando la siguiente escala.

Nada Preocupado/a	Bastante preocupado/a	Preocupadísimo/a

ME PREOCUPA...				
1	No recuperarme totalmente de la enfermedad y la operación			
2	Sentir mucho dolor			
3	Las inyecciones			
4	Llevar una aguja en el brazo mucho tiempo (via)			
5	Que me saquen sangre			
6	Cómo me anestesiarán			
7	Qué sentiré durante la anestesia			
8	Despertarme antes de que acabe la operación			
9	Cómo me despertaré después de la operación			
10	Cómo será el quirófano			
11	Separarme de mis padres antes de la operación			
12	Qué sentiré durante la operación			
13	Que no salga bien la operación			
14	Que me queden cicatrices tras la operación			
15	Saber quienes me operarán			
16	Saber qué podré hacer mientras esté en el hospital			
17	Cómo nos tratarán los médicos y las enfermeras			
18	¿Te preocupa alguna otra cosa relacionada con la intervención quirúrgica? Si es así, escríbela			

POR FAVOR, COMPRUEBA QUE HAS CONSTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS



UNIVERSITAT DE VALÈNCIA
 Dpto. Personalidad, Evaluación y Ttos. Psicológicos
 Facultad de Psicología
 González, R. y Montoya, I.



Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria
 Hospital General Universitario de Valencia
 Zaragoza, C.; Balaguer, I.; González, R. y Vila, M.A.

ESCALA DE PREOCUPACIONES SOBRE LA CIRUGÍA INFANTIL. Forma adolescentes (11-14 años) (Quiles, Méndez y Ortigosa, 1999)

INSTRUCCIONES

A continuación hay una serie de situaciones que se dan cuando una persona es hospitalizada para ser intervenida quirúrgicamente. Puntúa el grado de preocupación que te produce a ti utilizando la siguiente escala.

0	1	2	3	4
Nada preocupado/a	Algo preocupado/a	Moderadamente Preocupado/a	Bastante preocupado/a	Preocupadísimo/a

ME PREOCUPA...		0	1	2	3	4
1	La enfermedad de la que me van a operar					
2	No curarme totalmente de esta enfermedad					
3	No poder hacer las mismas cosas que hacía antes de esta enfermedad					
4	Que me hagan daño cuando me estén curando					
5	No poder soportar el dolor producido por esta enfermedad					
6	Las inyecciones					
7	Llevar una aguja en el brazo durante horas (vía)					
8	Que me saquen sangre					
9	Cómo me anestésian					
10	Qué sentiré durante la anestesia					
11	Despertarme durante la operación					
12	Separarme de mis padres antes de la operación					
13	Qué sentiré durante la operación					
14	Saber quienes forman el equipo quirúrgico					
15	Que no salga bien la operación					
16	Saber si mis padres podrán permanecer conmigo durante toda la estancia hospitalaria					
17	Conocer qué actividades podré realizar durante mi estancia en el hospital					
18	Conocer cuándo podré abandonar el hospital					
19	Expresar miedo o dolor					
20	El trato que recibiremos del personal sanitario					
21	Relacionarme con personas desconocidas					
22	Que mis padres estén nerviosos					
23	¿Te preocupa alguna otra cosa relacionada con la intervención quirúrgica? Si es así, escríbela					

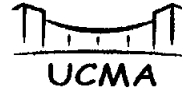
POR FAVOR, COMPRUEBA QUE HAS CONSTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS

CUESTIONARIOS PADRES



UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Dpto. Personalidad, Evaluación y Ttos. Psicológicos
 Facultad de Psicología
 González, R. y Montoya, I.



Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria
 Hospital General Universitario de Valencia
 Zaragoza, C.; Balaguer, I.; González, R. y Vila, M.A.

STAI-E (Spielberger, 1968)

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo **SE SIENTE VD. AHORA MISMO**, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

		Nada	Algo	Bastante	Mucho
1	Me siento calmado	0	1	2	3
2	Me siento seguro	0	1	2	3
3	Estoy tenso	0	1	2	3
4	Estoy contrariado	0	1	2	3
5	Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6	Me siento alterado	0	1	2	3
7	Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8	Me siento descansado	0	1	2	3
9	Me siento angustiado	0	1	2	3
10	Me siento confortable	0	1	2	3
11	Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12	Me siento nervioso	0	1	2	3
13	Estoy desasosegado	0	1	2	3
14	Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3
15	Estoy relajado	0	1	2	3
16	Estoy satisfecho	0	1	2	3
17	Estoy preocupado	0	1	2	3
18	Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19	Me siento alegre	0	1	2	3
20	En este momento me siento bien	0	1	2	3



UNIVERSITAT D'VALÈNCIA

Dpto. Personalidad, Evaluación y Ttos. Psicológicos
 Facultad de Psicología
 González, R. y Montoya, I.



Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria
 Hospital General Universitario de Valencia
 Zaragoza, C.; Balaguer, I.; González, R. y Vila, M.A.

STAI-R (Spielberger, 1968)

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo **SE SIENTE VD. EN GENERAL**, en la mayoría de ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

		Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
1	Me siento bien	0	1	2	3
2	Me canso rápidamente	0	1	2	3
3	Siento ganas de llorar	0	1	2	3
4	Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
5	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
6	Me siento descansado	0	1	2	3
7	Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
8	Veó que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
9	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
10	Soy feliz	0	1	2	3
11	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
12	Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
13	Me siento seguro	0	1	2	3
14	Evito enfrentarme a las crisis o dificultades	0	1	2	3
15	Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
16	Estoy satisfecho	0	1	2	3
17	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
18	Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
19	Soy una persona estable	0	1	2	3
20	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	3



UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Dpto. Personalidad, Evaluación y Ttos. Psicológicos
 Facultad de Psicología
 González, R. y Montoya, I.



Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria
 Hospital General Universitario de Valencia
 Zaragoza, C.; Balaguer, I.; González, R. y Vila, M.A.

AFECTO. Estados de ánimo

J. SANCHEZ CÁNOVAS

RESPUESTAS

LISTA	MUY POCO O NADA	UN POCO	MODERADA- MENTE	BASTANTE	MUCHO
1. ALEGRE					
2. FELIZ					
3. SATISFECHO (A)					
4. DEPRIMIDO (A)					
5. ATREVIDO (A)					
6. MALHUMORADO(A)					
7. PESIMISTA					
8. LLENO(A) DE ENTUSIASMO					
9. IRRITABLE					
10. HARTO (A)					
11. AFABLE					
12. TRISTE					
13. AFECTUOSO (A)					
14. FURIOSO (A)					
15. DINAMICO (A)					
16. ANIMADO (A)					
17. FUSTRADO (A)					
18. INFELIZ					
19. TENSO (A)					
20. DECIDIDO (A)					

POR FAVOR NO DEJE NINGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR. GRACIAS



Dpto. Personalidad, Evaluación y Ttos. Psicológicos
Facultad de Psicología
González, R. y Montoya, I.



Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria
Hospital General Universitario de Valencia
Zaragoza, C.; Balaguer, I.; González, R. y Vila, M.A.

ESCALA DE PREOCUPACIONES SOBRE LA CIRUGÍA INFANTIL AMBULATORIA. Forma padres. (Quiles, Méndez y Ortigosa, 1999)

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará distintas situaciones que se producen durante una experiencia quirúrgica. Puntúe el grado de preocupación que le produce cada una de ellas en este momento. Utilice la siguiente escala:

0	1	2	3	4
Nada preocupado/a	Algo preocupado/a	Bastante Preocupado/a	Muy preocupado/a	Preocupadísimo/a

ME PREOCUPA...		0	1	2	3	4
1	La enfermedad de la que van a operar a mi hijo					
2	Que mi hijo no se restablezca totalmente de esta enfermedad					
3	Que mi hijo no pueda hacer las mismas cosas que hacía antes de esta enfermedad					
4	Que mi hijo padezca dolores mientras lo curan					
5	Que mi hijo no pueda soportar el dolor producido por esta enfermedad					
6	Que mi hijo fallezca como consecuencia de esta enfermedad					
7	Que a mi hijo le pongan inyecciones					
8	Que mi hijo lleve una aguja clavada en el brazo (vía)					
9	Que a mi hijo le saquen sangre					
10	Cómo anestesiarán a mi hijo					
11	Qué le pasará a mi hijo durante la anestesia					
12	Cómo recuperará mi hijo la conciencia tras la anestesia					
13	Que mi hijo se despierte durante la intervención quirúrgica					
14	Cómo será el quirófano					
15	Que mi hijo vaya desnudo al quirófano					
16	Separarme de mi hijo antes de la operación					
17	Qué sentirá mi hijo durante la operación					
18	Que a mi hijo le queden señales tras la operación					
19	Saber quienes forman el equipo quirúrgico					
20	Saber que comerá mi hijo durante su estancia en el hospital					
21	Saber si podré permanecer con mi hijo durante toda su estancia hospitalaria					
22	Conocer las actividades que podrá realizar mi hijo durante la estancia en el hospital					
23	Conocer cuándo podrá abandonar el hospital					
24	Que mi hijo pueda expresar miedo o dolor					
25	El trato que recibiremos del personal sanitario					
26	Que mi hijo se relacione con personas desconocidas					
27	Que mi hijo esté nervioso al vernos intranquilos					
28	¿Le preocupa algún otro aspecto relacionado con la hospitalización/cirugía de su hijo? Si es así, escríbala					



Dpto. Personalidad, Evaluación y Ttos. Psicológicos
 Facultad de Psicología
 González, R. y Montoya, I.



Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria
 Hospital General Universitario de Valencia
 Zaragoza, C.; Balaguer, I.; González, R. y Vila, M.A.

LOCUS DE CONTROL PARA PADRES DE NIÑOS HOSPITALIZADOS
 (Devellis, Devellis, Revichi y otros, 1986)

INSTRUCCIONES

Este cuestionario presenta una serie de aspectos que hacen referencia a ciertas ideas que usted puede tener en torno a la enfermedad y recuperación de su hijo. Recuerde que no existen respuestas correctas ni erróneas, sino distintos modos de percibir lo que nos rodea. Puntúe cada una de las afirmaciones según el número que mejor se adecua a su forma de pensar. Cada pregunta tiene seis posibles respuestas según el siguiente cuadro

1	2	3	4	5	6
Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

	1	2	3	4	5	6
1 Si mi hijo/a decide sentirse mejor, lo logra						
2 El bienestar de mi hijo/a escapa al control de cualquier persona						
3 Son los profesionales los que hacen que mi hijo/a se recupere						
4 El esfuerzo que estoy haciendo por cuidar de mi hijo/a, probablemente hará que se sienta mejor						
5 Si Dios quiere, mi hijo/a se recuperará						
6 Los profesionales saben qué es lo más aconsejable para mi hijo/a						
7 Nadie puede cambiar el destino de mi hijo/a						
8 Si mi hijo/a quisiera, podría estar bastante mejor						
9 Mi hijo/a parece sentirse mejor cuando yo intervengo y le ayudo						
10 Dios decidirá lo que va a ser de mi hijo/a						
11 La recuperación de mi hijo/a dependerá principalmente de lo que él haga						
12 Se necesitan profundos conocimientos científicos, práctica y experiencia para tratar la enfermedad de mi hijo/a						
13 De mí depende el bienestar de mi hijo/a						
14 Si mi hijo/a piensa que puede recuperarse, se recuperará						
15 La mejoría de mi hijo/a no depende de nadie						
16 Si mi hijo/a atiende y sigue los consejos de los profesionales, se recuperará						
17 Sólo Dios puede ayudar a mi hijo/a						
18 Una parte importante de la recuperación de mi hijo/a depende de las tareas que realice en casa con él/ella						
19 Ningún tipo de tratamiento puede ser eficaz						

CONTINUA EN LA PARTE POSTERIOR



Dpto. Personalidad, Evaluación y Ttos. Psicológicos
Facultad de Psicología
González, R. y Montoya, I.



Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria
Hospital General Universitario de Valencia
Zaragoza, C.; Balaguer, I.; González, R. y Vila, M.A.

C.S.I.-I (J. Amirkhan)

Indique en qué medida las siguientes afirmaciones reflejan sus pensamientos, conductas y emociones desde que usted supo que su hijo sería intervenido quirúrgicamente

- | | | | | |
|----|---|---|---|-------------------------------------|
| 1 | ¿Contó sus sentimientos a algún amigo? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 2 | ¿Reorganizó las cosas a su alrededor de tal manera que facilitara la solución de su problema? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 3 | ¿Recorrió todas las soluciones posibles antes de decidir qué hacer? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 4 | ¿Intentó distraerse del problema? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 5 | ¿Aceptó la simpatía y el entendimiento de alguien? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 6 | ¿Hizo todo lo posible para evitar que los demás vieran lo malas que son las cosas? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 7 | ¿Hablo con la gente de la situación, por que el hablar le ayudó a sentirse mejor? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 8 | ¿Estableció algunas metas para manejar la situación? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 9 | ¿Sopesó las opciones cuidadosamente? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 10 | ¿Soñó con tiempos mejores? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 11 | ¿Intentó resolver el problema de diferentes maneras hasta que alguna funcionó? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 12 | ¿Contó sus miedos y preocupaciones a algún amigo o similar? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 13 | ¿Pasó más tiempo del normal solo? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 14 | ¿Contó a la gente la situación porque ello le ayudó a encontrar soluciones? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 15 | ¿Pensó lo que necesitaba hacer para enderezar las cosas? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 16 | ¿Puso toda su atención para resolver el problema? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |

CONTINUA EN LA PARTE POSTERIOR

- 17 ¿Elaboró un plan de acción mentalmente? No/En absoluto En alguna medida Totalmente
- 18 ¿Vio la televisión más de lo normal? No/En absoluto En alguna medida Totalmente
- 19 ¿Buscó a alguien (amigo o profesional) para que le ayudara a sentirse mejor? No/En absoluto En alguna medida Totalmente
- 20 ¿Se mantuvo firme y luchó por lo que quería en la situación? No/En absoluto En alguna medida Totalmente
- 21 ¿Evitó permanecer con la gente en general? No/En absoluto En alguna medida Totalmente
- 22 ¿Se metió de lleno en alguna afición o actividad deportiva para evitar el problema? No/En absoluto En alguna medida Totalmente
- 23 ¿Vio a algún amigo para que le ayudara a sentirse mejor con el problema? No/En absoluto En alguna medida Totalmente
- 24 ¿Vio a algún amigo para que le aconsejara como cambiar la situación? No/En absoluto En alguna medida Totalmente
- 25 ¿Aceptó la simpatía y comprensión de amigos que habían tenido el mismo problema? No/En absoluto En alguna medida Totalmente
- 26 ¿Durmió más de lo normal? No/En absoluto En alguna medida Totalmente
- 27 ¿Fantaseó con que las cosas pudieran ser diferentes? No/En absoluto En alguna medida Totalmente
- 28 ¿Se identificó con personajes de novelas o películas? No/En absoluto En alguna medida Totalmente
- 29 ¿Intentó resolver el problema? No/En absoluto En alguna medida Totalmente
- 30 ¿Deseó que la gente le dejara solo? No/En absoluto En alguna medida Totalmente
- 31 ¿Aceptó la ayuda de un amigo o similar? No/En absoluto En alguna medida Totalmente
- 32 ¿Buscó que sus conocidos le tranquilizaran? No/En absoluto En alguna medida Totalmente
- 33 ¿Intentó elaborar un plan de acción cuidadosamente, más que actuar impulsivamente? No/En absoluto En alguna medida Totalmente



Dpto. Personalidad, Evaluación y Ttos. Psicológicos
Facultad de Psicología
González, R. y Montoya, I.



Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria
Hospital General Universitario de Valencia
Zaragoza, C.; Balaguer, I.; González, R. y Vila, M.A.

C.S.I.-II (J. Amirkhan)

Indique en qué medida las siguientes afirmaciones reflejan sus pensamientos, conductas y emociones la última semana en relación con la operación de su hijo.

- | | | | | |
|----|---|---|---|-------------------------------------|
| 1 | ¿Contó sus sentimientos a algún amigo? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 2 | ¿Reorganizó las cosas a su alrededor de tal manera que facilitara la solución de su problema? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 3 | ¿Recorrió todas las soluciones posibles antes de decidir qué hacer? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 4 | ¿Intentó distraerse del problema? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 5 | ¿Aceptó la simpatía y el entendimiento de alguien? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 6 | ¿Hizo todo lo posible para evitar que los demás vieran lo malas que son las cosas? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 7 | ¿Hablo con la gente de la situación, por que el hablar le ayudó a sentirse mejor? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 8 | ¿Estableció algunas metas para manejar la situación? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 9 | ¿Sopesó las opciones cuidadosamente? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 10 | ¿Soñó con tiempos mejores? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 11 | ¿Intentó resolver el problema de diferentes maneras hasta que alguna funcionó? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 12 | ¿Contó sus miedos y preocupaciones a algún amigo o similar? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 13 | ¿Pasó más tiempo del normal solo? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 14 | ¿Contó a la gente la situación porque ello le ayudó a encontrar soluciones? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 15 | ¿Pensó lo que necesitaba hacer para enderezar las cosas? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |
| 16 | ¿Puso toda su atención para resolver el problema? | <input type="checkbox"/> No/En absoluto | <input type="checkbox"/> En alguna medida | <input type="checkbox"/> Totalmente |

CONTINUA EN LA PARTE POSTERIOR

- 17 ¿Elaboró un plan de acción mentalmente? No/En absoluto En alguna medida Totalmente
- 18 ¿Vio la televisión más de lo normal? No/En absoluto En alguna medida Totalmente
- 19 ¿Buscó a alguien (amigo o profesional) para que le ayudara a sentirse mejor? No/En absoluto En alguna medida Totalmente
- 20 ¿Se mantuvo firme y luchó por lo que quería en la situación? No/En absoluto En alguna medida Totalmente
- 21 ¿Evitó permanecer con la gente en general? No/En absoluto En alguna medida Totalmente
- 22 ¿Se metió de lleno en alguna afición o actividad deportiva para evitar el problema? No/En absoluto En alguna medida Totalmente
- 23 ¿Vio a algún amigo para que le ayudara a sentirse mejor con el problema? No/En absoluto En alguna medida Totalmente
- 24 ¿Vio a algún amigo para que le aconsejara como cambiar la situación? No/En absoluto En alguna medida Totalmente
- 25 ¿Aceptó la simpatía y comprensión de amigos que habían tenido el mismo problema? No/En absoluto En alguna medida Totalmente
- 26 ¿Durmió más de lo normal? No/En absoluto En alguna medida Totalmente
- 27 ¿Fantaseó con que las cosas pudieran ser diferentes? No/En absoluto En alguna medida Totalmente
- 28 ¿Se identificó con personajes de novelas o películas? No/En absoluto En alguna medida Totalmente
- 29 ¿Intentó resolver el problema? No/En absoluto En alguna medida Totalmente
- 30 ¿Deseó que la gente le dejara solo? No/En absoluto En alguna medida Totalmente
- 31 ¿Aceptó la ayuda de un amigo o similar? No/En absoluto En alguna medida Totalmente
- 32 ¿Buscó que sus conocidos le tranquilizaran? No/En absoluto En alguna medida Totalmente
- 33 ¿Intentó elaborar un plan de acción cuidadosamente, más que actuar impulsivamente? No/En absoluto En alguna medida Totalmente



Dpto. Personalidad, Evaluación y Ttos. Psicológicos
Facultad de Psicología
González, R. y Montoya, I.



Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria
Hospital General Universitario de Valencia
Zaragoza, C.; Balaguer, I.; González, R. y Vila, M.A.

EVALUACIÓN DE REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS (Adaptado de Vernon, Schulman y Foley, 1966)

INSTRUCCIONES

Este cuestionario pretende obtener la información sobre el comportamiento habitual de su hijo, antes y después de la operación. Debe valorar de 1 a 5, y marcar en el lugar correspondiente, el grado en el que cree que su hijo manifiesta las conductas que aparecen a continuación.

1	2	3	4	5
Nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

¿SU HIJO/A...		1	2	3	4	5
1	...protesta al acostarse por la noche?					
2	...protesta cuando come?					
3	...emplea tiempo en estar sentado, tumbado y sin hacer nada?					
4	...necesita chupete?					
5	...cuando sale de la casa con usted parece temeroso de dejarla?					
6	...no está interesado en lo que pasa alrededor?					
7	...se hace pis en la cama por la noche?					
8	...se muerde las uñas?					
9	...se altera cuando se le deja solo unos minutos?					
10	...necesita mucha ayuda para hacer las cosas?					
11	¿Es difícil conseguir que su hijo/a se interese por hacer cosas (como jugar a juegos reglados, con juguetes, etc.)?					
12	...parece evitar o temer las cosas nuevas?					
13	...tiene dificultades para decidirse?					
14	...tiene disposición a coger rabietas?					
15	¿Es difícil conseguir que su hijo/a le hable?					
16	...se chupa sus dedos y pulgares?					
17	...parece alterarse cuando alguien menciona a los médicos u hospitales?					
18	...le sigue a todas partes en casa?					
19	...dedica tiempo a captar o mantener la atención de usted?					
20	... tiene miedo a la oscuridad?					
21	... tiene pesadillas de noche o se despierta llorando?					
22	... es irregular en sus evacuaciones intestinales?					
23	... tiene problemas para dormirse por la noche?					
24	... parece reservado o temeroso entre desconocidos?					
25	... tiene poco apetito?					
26	... tiende a ser desobediente?					
27	... rompe juguetes u otros objetos?					



UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Dpto. Personalidad, Evaluación y Ttos. Psicológicos
 Facultad de Psicología
 González, R. y Montoya, I.



Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria
 Hospital General Universitario de Valencia
 Zaragoza, C.; Balaguer, I.; González, R. y Vila, M.A.

EVALUACIÓN DE REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS (2)

(Adaptado de Vernon, Schulman y Foley, 1966)

INSTRUCCIONES

Este cuestionario pretende obtener la información sobre el comportamiento habitual de su hijo, antes y después de la operación. Debe valorar de 1 a 5, y marcar en el lugar correspondiente, el grado en el que cree que su hijo manifiesta las conductas que aparecen a continuación después de haber sido operado.

1	2	3	4	5
Mucho menos que antes	Menos que antes	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que antes

¿SU HIJO/A...		1	2	3	4	5
1	...protesta al acostarse por la noche?					
2	...protesta cuando come?					
3	...emplea tiempo en estar sentado, tumbado y sin hacer nada?					
4	...necesita chupete?					
5	...cuando sale de la casa con usted parece temeroso de dejarla?					
6	...no está interesado en lo que pasa alrededor?					
7	...se hace pis en la cama por la noche?					
8	...se muerde las uñas?					
9	...se altera cuando se le deja solo unos minutos?					
10	...necesita mucha ayuda para hacer las cosas?					
11	¿Es difícil conseguir que su hijo/a se interese por hacer cosas (como jugar a juegos reglados, con juguetes, etc.)?					
12	...parece evitar o temer las cosas nuevas?					
13	...tiene dificultades para decidirse?					
14	...tiene disposición a coger rabietas?					
15	¿Es difícil conseguir que su hijo/a le hable?					
16	...se chupa sus dedos y pulgares?					
17	...parece alterarse cuando alguien menciona a los médicos u hospitales?					
18	...le sigue a todas partes en casa?					
19	...dedica tiempo a captar o mantener la atención de usted?					
20	... tiene miedo a la oscuridad?					
21	... tiene pesadillas de noche o se despierta llorando?					
22	... es irregular en sus evacuaciones intestinales?					
23	... tiene problemas para dormirse por la noche?					
24	... parece reservado o temeroso entre desconocidos?					
25	... tiene poco apetito?					
26	... tiende a ser desobediente?					
27	... rompe juguetes u otros objetos?					

CONSENTIMIENTO, REGISTROS Y FICHAS



UNIVERSITAT DE VALÈNCIA
Dpto. Personalidad, Evaluación y Ttos. Psicológicos
Facultad de Psicología
González, R. y Montoya, I.



Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria
Hospital General Universitario de Valencia
Zaragoza, C.; Balaguer, I.; González, R. y Vila, M.A.

A) Consentimiento de Observación para los Padres

En la actualidad, el Hospital General Universitario de Valencia junto con la Universitat de València, están realizando una investigación en la cual se evalúan las reacciones comportamentales que surgen en los niños y sus padres tras una intervención quirúrgica. Para ello se realiza una observación durante el postoperatorio en la sala de recuperación.

Título del proyecto de investigación: *Repercusiones Psicológicas de la Cirugía Pediátrica en el Paciente y su Familia*

D./Dña.

He leído la información que se encuentra al inicio.
He podido hacer preguntas sobre el estudio.
He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con

.....

Comprendo que mi participación es voluntaria.
Comprendo que puedo retirarme del estudio:
1º Cuando quiera.
2º Sin tener que dar explicaciones.
3º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.
Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha

Firma del participante

B) Consentimiento para el/la niño/a

Título del proyecto de investigación: *Preparación Psicológica a la Cirugía Pediátrica*

en calidad de

- Padre
- Madre
- Otro:.....

de

He leído la información que se encuentra al inicio.
He podido hacer preguntas sobre el estudio.
He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.
He recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que la participación es voluntaria.
Comprendo que puede retirarse del estudio:
1º Cuando quiera
2º Sin tener que dar explicaciones
4º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

En mi presencia se le ha dado al paciente toda la información pertinente adaptada a su nivel de entendimiento y está de acuerdo en participar.

Y presto mi conformidad con que él/ella participe en el estudio.

Fecha

Firma del representante



Dpto. Personalidad, Evaluación y Ttos. Psicológicos
 Facultad de Psicología
 González, R. y Montoya, I.



Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria
 Hospital General Universitario de Valencia
 Zaragoza, C.; Balaguer, I.; González, R. y Vila, M.A.

ENTREVISTA SOBRE CIRUGÍA AMBULATORIA. PADRES (T1)

Nº DE HISTORIA:	FECHA:
NOMBRE Y APELLIDOS PACIENTE:	
SEXO: V M	EDAD:
TELÉFONOS:	
DIAGNÓSTICO:	MÉDICO:

PERSONA ENTREVISTADA:	Padre	Madre	Ambos	Otra:	
FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE:					
Nº HERMANOS DEL PACIENTE:					
LUGAR QUE OCUPA	1º	2º	3º	4º	Más:
DATOS PADRE					
NOMBRE:					
Edad:	Profesión:		Nivel académico superior:		
DATOS MADRE					
NOMBRE:					
Edad:	Profesión:		Nivel académico superior:		
SITUACIÓN FAMILIAR:	Casados	Separados	Divorciados	Viudo/a	Soltero/a
NIVEL SOCIOECONÓMICO	Alto	Medio alto	Medio	Medio bajo	Bajo
CIUDAD/PUEBLO DONDE VIVEN:					
¿Es la primera operación para el niño? SI NO					
NO: ¿Cuándo?		¿Por qué motivo?			
¿Fue hospitalizado?					
¿Han sido operados los padres con anterioridad? SI NO					
¿Fue hospitalizado?					

INFORMACIÓN			
¿Cómo considera, en este momento, la información que ha recibido respecto a la cirugía ambulatoria?			
1 (Poca)	2 (Bastante)		3 (Mucha)
¿Cómo considera, en este momento, la información que ha recibido respecto a la enfermedad de su hijo?			
1 (Poca)	2 (Bastante)		3 (Mucha)
¿Necesitaría más información?	SI	NO	¿Sobre qué?
¿Qué prefiere usted?	Cirugía ambulatoria		Cirugía con ingreso
¿Por qué?			
PERSONAL E INFRAESTRUCTURA			
¿Ha tenido alguna dificultad con:			
- el personal sanitario del hospital o de la unidad?	SI	NO	
- el personal médico del hospital o de la unidad?	SI	NO	
- el acceso al hospital (distancia, transporte...)?	SI	NO	
- encontrar la UCMA?	SI	NO	
Otras:			
¿Cómo valora la infraestructura del hospital en cuanto a:			
- Sala de espera			
1 (Inadecuada)	2 (Mejorable)		3 (Adecuada)
¿Qué mejoras haría?			
- Consulta del médico/anestesiista			
1 (Inadecuada)	2 (Mejorable)		3 (Adecuada)
¿Qué mejoras haría?			

PULSO CARDÍACO DEL PACIENTE:



VNIVERSITAT D VALÈNCIA

Dpto. Personalidad, Evaluación y Ttos. Psicológicos
 Facultad de Psicología
 González, R. y Montoya, I.



Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria
 Hospital General Universitario de Valencia
 Zaragoza, C.; Balaguer, I.; González, R. y Vila, M.A.

ENTREVISTA SOBRE CIRUGÍA AMBULATORIA. PADRES (T2)

Nº DE HISTORIA:		FECHA:			
NOMBRE Y APELLIDOS PACIENTE:					
SEXO: V M			EDAD:		
TELÉFONOS:					
DIAGNÓSTICO:					
PERSONA ENTREVISTADA:	Padre	Madre	Ambos	Otra:	

INFORMACIÓN					
¿Cómo considera, en este momento, la información que ha recibido respecto a la cirugía ambulatoria?					
1 (Poca)		2 (Bastante)		3 (Mucha)	
¿Cómo considera, en este momento, la información que ha recibido respecto a la enfermedad de su hijo?					
1 (Poca)		2 (Bastante)		3 (Mucha)	
¿Necesitaría más información?	SI	NO	¿Sobre qué?		
¿Qué prefiere usted?	Cirugía ambulatoria		Cirugía con ingreso		
¿Por qué?					
PERSONAL E INFRAESTRUCTURA					
¿Ha tenido alguna dificultad con:					
- el personal sanitario del hospital o de la unidad?		SI	NO		
- el personal médico del hospital o de la unidad?		SI	NO		
- el acceso al hospital (distancia, transporte...)?		SI	NO		
- encontrar la UCMA?		SI	NO		
Otras:					
¿Cómo valora la infraestructura del hospital en cuanto a:					
- Sala de recuperación					
1 (Inadecuada)		2 (Mejorable)		3 (Adecuada)	
¿Qué mejoras haría?					

**ESCALA DE OBSERVACIÓN DE ANSIEDAD DURANTE
RECUPERACIÓN POSTQUIRÚRGICA**
González, R. y Montoya, I. (2000)

N° HISTORIA:	FECHA:
NOMBRE Y APELLIDOS PACIENTE:	
SEXO: V M	EDAD:

HORA DE ENTRADA EN LA SALA:	HORA	HORA	HORA	HORA
Datos Niño	OBSERV. 1	OBSERV. 2 (30 min)	OBSERV.3 (1 h)	OBSERV. 3 (1.30 min)
1. Escaso o nulo contacto ocular				
2. Movimientos rápidos y bruscos				
3. Postura corporal rígida				
4. Inquietud motora				
5. Agresión insólita				
6. Refunfuña entre dientes				
7. Apego hacia el adulto				
8. Llora				
9. Ruborización				
10. Quejas de dolor				
11. Se entretiene con juegos				

Dormido				
Despierto tranquilo				

Datos Madre y Padre*	OBSERV. 1		OBSERV. 2 (30 min)		OBSERV.3 (1 h)		OBSERV. 3 (1.30 min)	
	M	P	M	P	M	P	M	P
1. Movimientos rápidos y bruscos								
2. Postura corporal rígida								
3. Alteración de la voz								
4. Ruborización								
5. Inquietud motora								
6. Demandas repetitivas de información								
7. Rechaza expresión de emociones del niño								
8. Apego hacia el niño								

*En caso de estar acompañado por otro adulto señalar su relación con el niño (tío/a, abuela/o, hermana/o...)

ANEXO II

ANEXO II.1.: Cambios realizados en la Escala de Observación de Ansiedad Postquirúrgica Preexperimental-1 (EOAP1), versión para niños:

- Respecto a las *categorías*: La categoría de “Temblores” (Elemento 15) no definía el comportamiento que se quería recoger y se sustituyó por “Inquietud motora” (Elemento 5).
- Respecto a los *intervalos de observación*: se observó que se perdía mucha información sobre las conductas, si no se tomaban las reacciones de niños y padres inmediatamente después de la entrada en la sala de recuperación.
- Respecto a la forma de *codificar las conductas*: Al recoger únicamente la presencia o ausencia de las conductas se perdían ciertos matices importantes, por ejemplo, no es lo mismo que el niño lllore sollozando, a que sea un llanto fuerte, y tampoco es lo mismo si sigue llorando durante todo el tiempo o si al principio llora de forma intensa y luego sólo solloza. Como estos matices se perdían se decidió codificar la información según la intensidad.
- Respecto al *tiempo de observación*: Se comprobó que no era necesario realizar la observación de 15 minutos, dado que con los 5 minutos era suficiente.

ANEXO II.2.: Conductas eliminadas o modificadas en el Escala de Observación de Ansiedad Postquirúrgica Preexperimental-2 (EOAP2):

- *Frunce la frente:* No se observa nunca de forma aislada es decir, siempre se daba mientras el niño lloraba o estaba agresivo y estas conductas ya se recogían en otra categoría. Se eliminó.
- *Refunfuña entre dientes o habla suavemente:* Esta categoría incluye conductas distintas, el niño puede refunfuñar a modo de queja y esto es distinto de hablar de forma suave. Se modificó manteniendo la primera parte de la categoría.
- *Habla muy lento o deprisa; Habla sobre miedos en relación al hospital/operación; y Habla sobre sus intereses:* Estas conductas sólo podían darse en las últimas fases de la evaluación, dado que en las primeras los niños están en muchas ocasiones durmiendo. Se eliminaron.
- *Habla de volver a casa:* Esta categoría puede darse en sentido positivo (“Cuando llegue a casa jugaré con el tete”) o en sentido negativo (Mientras llora el niño dice “Vámonos a casa”), y esto supone codificaciones distintas, que no se especifican en la valoración de la intensidad. Se elimina.
- *Distraído:* Esta categoría se superponía con otras dos. Cuando el niño está distraído por estar ausente se codifica como “Escaso o nulo contacto ocular”, mientras que si está distraído con algún estímulo se codifica como “Se entretiene con juegos”.

ANEXO II.3. Definición de las categorías de respuesta y de los niveles de intensidad de la Escala de Observación de Ansiedad Postquirúrgica (EOAP).

Escala de Observación para Niños	
1. <i>Escaso o nulo contacto ocular:</i> El niño no mira a la cara de la persona (médico, otra) al mismo tiempo que éste le mira a él.	<i>Leve (1):</i> Mantiene la mirada intermitentemente. <i>Moderada (2):</i> Mira de reojo. <i>Intensa (3):</i> No mira cuando se le habla.
2. <i>Movimientos rápidos y bruscos:</i> Movimientos breves y forzados del cuerpo o sus miembros (brazos y piernas), (por ejemplo: patadas al aire).	<i>Leve (1):</i> Movimientos bruscos con una parte del cuerpo (manotazos o patadas). <i>Moderada (2):</i> Movimientos bruscos con más de una parte del cuerpo (manotazos y patadas). <i>Intensa (3):</i> Movimientos bruscos con todo el cuerpo (incluye estiramientos y contracciones del cuerpo).
3. <i>Postura corporal rígida:</i> El tronco y sus miembros parecen rígidos e inflexibles, los músculos parecen tirantes y tensos.	<i>Leve (1):</i> Alguna parte del cuerpo un poco rígida (durante la observación la destensa). <i>Moderada (2):</i> Alguna/s parte/s del cuerpo rígidas intermitentemente. <i>Intensa (3):</i> Todo el cuerpo rígido de forma continuada.
4. <i>Inquietud motora:</i> Movimientos continuos de pies, temblores u otros movimientos estereotipados. Incluye girarse y/o incorporarse.	<i>Leve (1):</i> Movimiento nervioso discreto. <i>Moderada (2):</i> Movimiento nervioso acentuado. <i>Intensa (3):</i> Movimiento nervioso claramente visible.
5. <i>Agresión insólita:</i> Arroja cosas a su alrededor, golpea a una persona (médico u otra) o a un objeto de la habitación, expresa angustia verbalmente, dice palabrotas, etc.	<i>Leve (1):</i> Gritos suaves para evitar que se le acerquen. <i>Moderada (2):</i> Agrede física o verbalmente. <i>Intensa (3):</i> Agrede física y verbalmente.
6. <i>Refunfuña entre dientes:</i> Emite sonidos de protesta.	<i>Leve (1):</i> Sonidos de protesta suaves. <i>Moderada (2):</i> Sonidos de protesta moderados (sube volumen de voz). <i>Intensa (3):</i> Protesta enérgicamente
7. <i>Apego hacia el adulto:</i> Llama la atención para que el adulto esté cerca de él, lo llama si se ausenta y/o se abraza a él.	<i>Leve (1):</i> Mantiene o requiere el contacto con el adulto tocándolo. <i>Moderada (2):</i> Requiere al adulto llamándolo o abrazándolo. <i>Intensa (3):</i> Requiere al adulto llamándolo a gritos o abrazándolo fuertemente.
8. <i>Llora:</i> Permanece con los ojos humedecidos, llora constantemente, grita y se desespera.	<i>Leve (1):</i> Sollozo. <i>Moderada (2):</i> Ojos húmedos. <i>Intensa (3):</i> Caen lágrimas.
9. <i>Ruborización:</i> Enrojecer.	<i>Leve (1):</i> Mejillas coloreadas. <i>Moderada (2):</i> Ruborización moderada. <i>Intensa (3):</i> Ruborización intensa (rojo intenso).
10. <i>Quejas de dolor:</i> Dice que le duele o hace gestos señalando la zona donde le duele.	<i>Leve (1):</i> Se queja con tono de voz normal. <i>Moderada (2):</i> Se queja elevando el tono de voz. <i>Intensa (3):</i> Se queja intensamente.
11. <i>Se entretiene con los juegos:</i> Reacciona positivamente cuando los padres y el personal sanitario juegan con ellos. Atiende a estímulos distractores, tales como globos, cuentos, muñecos, etc.	<i>Leve (1):</i> Empieza a jugar y luego lo deja. Sin moverse por la habitación. <i>Moderada (2):</i> Juega o se distrae moviéndose alrededor de sus padres. <i>Intensa (3):</i> Juega intensamente moviéndose por la habitación.

Escala de Observación para Padres

1. <i>Movimientos rápidos y bruscos</i> : Movimientos breves y forzados del cuerpo o sus miembros (brazos y piernas).	<i>Leve (1)</i> : Movimientos bruscos con una parte del cuerpo. <i>Moderada (2)</i> : Movimientos bruscos con más de una parte del cuerpo. <i>Intensa (3)</i> : Movimientos bruscos con todo el cuerpo.
2. <i>Postura corporal rígida</i> : El tronco y sus miembros parecen rígidos e inflexibles, los músculos parecen tirantes y tensos.	<i>Leve (1)</i> : Alguna parte del cuerpo un poco rígida (durante la observación la relaja). <i>Moderada (2)</i> : Alguna/s parte/s del cuerpo rígidas intermitentemente. <i>Intensa (3)</i> : Todo el cuerpo rígido de forma continuada.
3. <i>Alteración de la voz</i> : Eleva o disminuye el volumen de la voz y/o la velocidad del habla.	<i>Leve (1)</i> : Varía su volumen o rapidez discretamente. <i>Moderada (2)</i> : Varía su volumen o rapidez de forma acentuada. <i>Intensa (3)</i> : Varía su volumen o rapidez intensamente.
4. <i>Rubor</i> : Sonrojarse.	<i>Leve (1)</i> : Mejillas coloreadas. <i>Moderada (2)</i> : Rubor moderado. <i>Intensa (3)</i> : Rubor intenso (rojo intenso).
5. <i>Inquietud motora</i> : Movimientos continuos de pies, temblores u otros movimientos estereotipados.	<i>Leve (1)</i> : Movimiento nervioso discreto. <i>Moderada (2)</i> : Movimiento nervioso acentuado. <i>Intensa (3)</i> : Movimiento nervioso claramente visible.
6. <i>Demandas repetitivas de información</i> : Solicita aclaraciones sobre el estado de su hijo, a pesar de que el médico ya le ha ofrecido las informaciones oportunas.	<i>Leve (1)</i> : Demanda información de forma tranquila. <i>Moderada (2)</i> : Demanda información repetidamente. <i>Intensa (3)</i> : Demanda información repetidamente y elevando el tono de voz.
7. <i>Rechaza expresión de emociones del niño</i> : Ante las quejas y llanto de los niños, muestran su disconformidad, emitiendo frases y conductas tales como: ponerse serios, hablarle fuerte, "los hombres no lloran", "si lloras no nos vamos a casa", "no grites", etc.	<i>Leve (1)</i> : Rechaza emociones del niño en un tono normal. <i>Moderada (2)</i> : Rechaza emociones del niño elevando el tono de voz. <i>Intensa (3)</i> : Rechaza emociones del niño de forma brusca y elevando el tono de voz.
8. <i>Apego hacia el niño</i> : Están inclinados sobre el niño/a y reaccionan ante cualquier demanda o gesto de él/ella.	<i>Leve (1)</i> : Están inclinados sobre el niño y/o mantienen contacto (visual y/o táctil) con él. <i>Moderada (2)</i> : Están volcados sobre el niño y/o abrazándolo. <i>Intensa (3)</i> : Abrazan al niño fuertemente y/o reaccionan con movimientos nerviosos ante cualquier demanda o gesto de él.

ANEXO II.4. Sesgos y tipos de reactividad tenidos en cuenta para la presente investigación.

SESGOS:

- *Los prejuicios del propio observador.* Una vez realizadas varias observaciones, crea expectativas sobre el comportamiento del resto de los niños. Esto puede influir en que se anoten conductas suponiendo que se dan en todos los niños o sus padres, o por el contrario, no se recojan conductas que realizan algunos niños si no son frecuentes. El conocimiento previo de la situación que se está evaluando puede influir en sus anotaciones.
- *Los acontecimientos que suceden entre intervalos:* Estos pueden sensibilizar hacia determinadas observaciones. En este sentido, se pueden señalar las conductas guiado por una impresión global de la persona más que por los acontecimientos que ocurran en cada uno de los intervalos.
- *Las propias emociones del observador.* La situación en ocasiones puede resultar estresante para el observador, debido a que los padres lo miran en ocasiones para ver si toma notas y en otras ocasiones para realizar una demanda (información sobre el niño, petición de agua, etc.).
- *Que el observador interprete algunas conductas o no pueda realizar la observación:* Debido principalmente a que no pueda ver al niño. Por ejemplo cuando está girado el observador puede suponer que el niño está refunfuñando y a lo mejor está sollozando.
- *Fluctuación del observador.* Es una situación en la que el rendimiento del observador puede disminuir, dado que exige una gran atención durante aproximadamente cuatro horas y en ocasiones hasta con cuatro familias.

TIPOS DE REACTIVIDAD:

- *Manejo de la imagen:* En ocasiones los padres cuando el niño está llorando desesperadamente miran al observador y se encogen de hombros como indicando que no pueden hacer nada para calmarlo, o vocalizan que “el niño es así”, que “hacen lo que pueden”. También se observa que los padres después de una conducta aceptable o deseable en esa situación miran al observador.
- *Reactividad no específica:* Se observa que algunos padres se sitúan por delante del niño como evitando que se le pueda evaluar, o al contrario se apartan y miran al observador como permitiendo que pueda ver al niño.

Ambos tipos parecen reducirse aproximadamente en la tercera evaluación, aunque se mantienen de forma menos marcada.

ANEXO III

Los criterios del riesgo anestésico-quirúrgico de la *American Society of Anesthesiologist (ASA)* se dividen en cinco grupos:

ASA I: El paciente no sufre alteración orgánica distinta del proceso por el que va a ser intervenido.

ASA II: El paciente sufre una alteración leve o moderado sistemática causada por el proceso de la cirugía o por algún otro proceso que no produce incapacitación o limitación funcional alguna.

ASA III: El paciente sufre una enfermedad grave de cualquier causa, aunque no sea posible determinar el grado exacto de incapacidad y que produce limitación funcional de algún grado.

ASA IV: El paciente sufre un desorden sistémico que pone en peligro su vida y que no es corregible mediante la intervención.

ASA V: Paciente moribundo con pocas expectativas de supervivencia a pesar de la intervención.

ANEXO IV

DIRECCIÓN DE INTERNET

<http://www.um.es/gaihinfa>

<http://www.vh.org>

<http://www.entnet.org>

<http://www.bcm.tmc.edu/oto/others.html>

<http://www.utmb.edu/oto/Grnds.dir/Grnds.html>

<http://www.laryncoscope.com>

<http://www.nidcd.nih.gov/>

<http://www.theearfound.com>

<http://www.kids-net.com>

<http://www.voice-center.com>

<http://www.aap.org>

<http://www.pneumo.com>

TEMA

Grupo de atención e investigación sobre Hospitalización Infantil

Hospital virtual, explicaciones para pacientes

Academia Americana de Otorrinolaringología-Cirugía de Cabeza y cuello

Basado en recursos de Otorrinolaringología

Libro de texto de Otorrinolaringología del Dr. Quinn

Estudio de casos interactivo de laringoscopia

Instituto nacional de la sordera y otros desórdenes de comunicación

Fundación del oído

Recursos para los padres sobre oído, nariz y garganta

Anatomía de la laringe

Salud infantil

Neumonía infantil

