



Estrés Agudo en Niños Intervenidos Quirúrgicamente y Sintomatología en sus Progenitores

TESIS DOCTORAL

Programa de Doctorado Cursado 642 295D

**Psicología de la Personalidad. Intervención en Áreas
Clínicas y Sociales**

Presentada por: Amparo Fuster Navarro

Dirigida por: Dra. M^a José Báguena Puigcerver

Valencia 2013

AGRADECIMIENTOS

- En primer lugar quiero dar las gracias a la Dra. M^a José Báguena Puigcerver, porque sin su ayuda esta investigación no hubiera sido posible.
- A Wolfgang Gralke por su paciencia y ayuda en la parte de informática.
- Al Dr. D. Carlos Garcia-Sala Viguer y al equipo de Escolares Quirúrgicos- II del Hospital La Fe de Valencia.
- Al Dr. D. Fernando Garcia –Sala Viguer por la confianza depositada a lo largo de tantos años.
- Al colegio Engeba de la Ciudad de Valencia por su colaboración en el desarrollo de esta investigación.
- A mi familia y especialmente a mi hijo Javier por su comprensión y paciencia y a mi hermana Adela.
- Por último, a mis amigas M^a Ángeles, Gela y Carmen, que durante todo este tiempo, siempre han estado muy cerca apoyándome y animándome para que terminara este trabajo.

Índice

I. Marco Teórico	1
1.1. Hospitalización infantil	6
1.1.1. Factores personales: características del paciente pediátrico	9
1.1.2. Factores relacionados con la enfermedad	13
1.1.3. Factores relacionados con la familia: adaptación de los familiares de los niños hospitalizados	15
1.1.4. Factores relacionados con el hospital como organización y con el equipo asistencial	17
1.2. Efectos psicológicos de la hospitalización en el niño	18
1.2.1. Ansiedad en la infancia por hospitalización e intervención quirúrgica	20
1.2.1.1. Estrés agudo e intervención quirúrgica en la infancia	22
1.2.2. Afrontamiento en niños hospitalizados	23
1.3. Intervención psicológica y educativa: cirugía y hospitalización en la infancia	28
1.3.1. Técnicas psicológicas para reducir la ansiedad en pacientes quirúrgicos	29
1.3.2. Programas de preparación psicológica para reducir la ansiedad quirúrgica en los niños y sus progenitores.	32
1.3.3. Atención psicoeducativa en la hospitalización infantil	33
1.3.3.1. Actuaciones psicoeducativas en aulas hospitalarias	36
1.4. Justificación del estudio	38
1.5. Objetivos e Hipótesis	40
II. Método	45
2.1. Diseño	47
2.2. Muestra	47
2.3. Instrumentos de Evaluación	51
2.3.1. Instrumentos aplicados a los niños	52
2.3.2. Instrumento aplicado a los padres	62
2.4. Descripción del procedimiento seguido	66
2.5. Análisis estadísticos realizados	67

III. Resultados	69
3.1. Análisis de la Fiabilidad	71
3.2. Reacciones de estrés en los niños IQ	76
3.3. Gravedad de la enfermedad e intervención quirúrgica	88
3.3.1. Gravedad de la enfermedad y reacciones de estrés/ansiedad post-quirúrgicas	89
3.3.2. La influencia de las variables sociodemográficas	93
3.3.3. Preocupación por la cirugía y reacciones de estrés post-quirúrgicas	104
3.3.4. Preocupaciones por la cirugía, afrontamiento y reacciones post-quirúrgicas	108
3.4. Gravedad de la enfermedad del niño IQ: correspondencia entre los síntomas y estado emocional de los padres con las reacciones de estrés/ansiedad y los temores por la cirugía de sus hijos	117
3.4.1. Síntomas psicológicos generales y estado emocional de los padres considerando la gravedad de la enfermedad de sus hijos IQ	117
3.4.2. Gravedad de la enfermedad del hijo, variables sociodemográficas y síntomas clínicos en los padres	123
3.4.3. La correspondencia entre las reacciones de estrés/ansiedad de los padres y de sus hijos	140
3.4.4. La correspondencia entre el estado emocional de los padres y los síntomas de sus hijos	145
IV. Conclusiones y Discusión	153
4.1. Discusión	155
4.1.1. Objetivo 1: Hipótesis	156
4.1.2. Objetivo 2: Hipótesis	159
4.1.3. Objetivo 3: Hipótesis	164
4.2. Conclusiones	169
4.3. Limitaciones	172
4.4. Sugerencias	173
V. Referencias Bibliográficas	175

Anexos	
Anexo I	207
1. Hoja de solicitud al Hospital la Fe de Valencia para realizar la investigación	209
2. Familia. Hoja de especificación para la familia y niños del ingreso hospitalario	211
3. EPQ-J Escalas E y N	213
4. Cuestionario de Preocupaciones sobre cirugía Infantil (CPCI)	215
5. My Worst Experience Scale (MPE). Parte II	217
6. Escala de Afrontamiento ACS. Forma de Adolescentes	221
7. Cuestionario SCL-90-R de Derogatis	225
Anexo II	229
1. Mediadores Afrontamiento-Preocupaciones Cirugía. Variables MPE. Grupo poco grave: Figuras 5 - 15	231
2. Mediadores Afrontamiento-Preocupaciones Cirugía. Variables MPE. Grupo grave: Figuras 16 - 26	242

I. Marco teórico

1.1. Hospitalización infantil

- 1.1.1. Factores personales: características del paciente pediátrico
- 1.1.2. Factores relacionados con la enfermedad
- 1.1.3. Factores relacionados con la familia: adaptación de los familiares de los niños hospitalizados
- 1.1.4. Factores relacionados con el hospital como organización y con el equipo asistencial

1.2. Efectos psicológicos de la hospitalización en el niño

- 1.2.1. Ansiedad en la infancia por hospitalización e intervención quirúrgica
 - 1.2.1.1. Estrés agudo e intervención quirúrgica en la infancia
- 1.2.2. Afrontamiento en niños hospitalizados

1.3. Intervención psicológica y educativa: cirugía y hospitalización en la infancia

- 1.3.1. Técnicas psicológicas para reducir la ansiedad en pacientes quirúrgicos
- 1.3.2. Programas de preparación psicológica para reducir la ansiedad quirúrgica en los niños y sus progenitores
- 1.3.3. Atención psicoeducativa en hospitalización infantil
 - 1.3.3.1. Actuaciones psicoeducativas en aulas hospitalarias

1.4. Justificación del estudio

1.5. Objetivos e hipótesis

I. Marco Teórico

La intervención quirúrgica (IQ) en la infancia representa un estrés potencial para el niño y sus familiares. La ansiedad es una de las reacciones más frecuentes. Respecto al estrés, existe una transmisión de emociones entre los progenitores y el niño IQ (intervenido quirúrgicamente). Es difícil separar los efectos de la hospitalización y sus consecuencias de las experiencias traumáticas de los niños IQ y su familia por lo que el estrés se ha investigado en relación al desarrollo psicosocial del niño, las reacciones psicológicas y físicas, la enfermedad y la hospitalización. Por otro lado, los estudios han ido dirigidos a valorar el estrés en la familia relacionándolo con la percepción que los padres tienen de la hospitalización e IQ, los mecanismos de afrontamiento, los cambios en el estatus familiar debido a la permanencia en el hospital y las relaciones con sus hijos.

Diferentes autores han estudiado la influencia de las respuestas emocionales del niño y de los progenitores durante la hospitalización e IQ (Berenbaum y Hatcher, 1992; Brophy y Erickson, 1990; Daniels, 1987; Turner, Beidel, Robersonnay y Tervo, 2003; Wertieb, Hauser y Jacobson, 1986). La interacción se podría explicar mediante el contagio emocional que estudia la relación entre el estado emocional de los padres y el niño (Fernández, López y Vilchez, 2009; Kain, Mayes, O'Connor y Cicchetti, 1996; Voepel, Tait y Malviya, 2000) y cómo la ansiedad de los padres, puede repercutir negativamente en sus propios recursos para poder apoyar adecuadamente a su hijo. Durante la enfermedad, diversos estudios muestran la correlación entre la ansiedad del niño y la de sus padres (Kain, Mayes, Weisman y Hofstadter, 2000). Desde aquí, la finalidad de la presente investigación se dirige a explorar estas relaciones niños/padres atendiendo a diversas características diferenciales (gravedad de la intervención quirúrgica, género, edad de los niños o procedencia).

Como se ha indicado, la reacción que con más frecuencia observamos frente al estrés de una IQ infantil es la ansiedad, en sus diversas manifestaciones, cognitivas, fisiológicas y motoras (Rossen y Mckeeve, 1996). Respecto a la ansiedad cognitiva, observamos la preocupación por el curso y pronóstico de la enfermedad y las alteraciones emocionales asociadas a la percepción de la hospitalización, la enfermedad y la separación del entorno habitual. En cuanto a las características fisiológicas de la ansiedad, el malestar físico producido por el dolor, el cansancio y el agotamiento, la limitación de la movilidad, los procedimientos invasivos, como por ejemplo extracciones de sangre y la aplicación de la anestesia, influyen en las respuestas fisiológicas. Kain, Wang, Mayes, Caramico y Hofstadter (1999), encontraron que cuando el niño despertaba de la IQ, las reacciones comportamentales que tenía parecían depender de cómo se encontraba física y emocionalmente antes de que le hubieran aplicado la anestesia. En cuanto a las manifestaciones conductuales, se observan conductas de apego excesivo, reacciones de ira y agresividad y conductas de inhibición (Maguire, 1983). El temor que genera la cirugía, afecta a diversas esferas de la vida del niño: sueño, alimentación, somatizaciones y conductas regresivas (Zetterström, 1984).

Las variables moduladoras relacionadas con la ansiedad y el estrés, tras la hospitalización y la cirugía, se han centrado en estudiar la edad del niño, el género, el tipo y número de ingresos, la enfermedad, las características psicológicas del niño, los miedos, las relaciones interpersonales y el afrontamiento. (Aho y Erickson, 1985; López-Naranjo y Fernández-Castillo, 2004; Quiles, Méndez y Ortigosa, 2001; Quiles, Ortigosa, Méndez y Pedroche, 2000). En los padres, la ansiedad podría estar relacionada con la enfermedad y la hospitalización, referida a la gravedad, la experiencia previa, las características de la hospitalización y las repercusiones prácticas de la misma. Y respecto a la familia, la ansiedad podría estar relacionada con las estrategias de afrontamiento, los sistemas de apoyo disponibles y los patrones de comunicación familiar (Benavides, Montoya y González, 2000). También se han estudiado las alteraciones emocionales de los progenitores debido a los cambios físicos en los hijos, la atención a las demandas del niño, el cambio en los roles de la vida diaria y las relaciones con el personal sanitario (López-Naranjo, 2011).

I. MARCO TEÓRICO

A lo largo de la investigación iremos desarrollando el contenido de las diferentes variables y la relación existente con el estrés quirúrgico y la sintomatología clínica en los progenitores.

Acorde con lo anterior, importante en esta investigación es explorar las manifestaciones de estrés agudo postquirúrgico que presentan niños intervenidos de patologías diversas y que se encuentran en régimen hospitalario. Con frecuencia los niños que son hospitalizados para realizar una IQ experimentan sentimientos contradictorios relacionados con la comprensión de la hospitalización, pueden sentir temor a la anestesia y la incomodidad de sentirse enfermos y padecer dolor, algunos niños pueden malinterpretar la situación y sufrir temores excesivos, distorsionando la realidad y aumentando el estrés frente a la IQ.

A partir de los aspectos señalados, el marco teórico se ha estructurado en tres bloques. En el primero se ofrece una visión general de los problemas asociados con la hospitalización infantil, ya que la muestra de niños con la que se ha trabajado se refiere a niños sometidos a cirugía que han requerido hospitalización. Es por ello que nos parece importante introducir nuestro estudio desde esta perspectiva más amplia, a pesar que la evaluación de las variables de interés se haya realizado a corto plazo tras la intervención quirúrgica. Añadir que, la mayor o menor gravedad de la intervención que suele encontrarse en consonancia con la enfermedad que padece el niño, representa un indicador directo de la mayor o menor exposición a los estresores "hospitalarios" y de la mayor o menor hospitalización en términos generales.

El segundo bloque se dirige a un análisis más pormenorizado de las repercusiones emocionales que la cirugía con hospitalización lleva consigo en los niños y en sus padres. Trataremos los efectos generales sobre el bienestar psicológico de unos y otros, y de modo más específico ahondaremos en las reacciones de estrés agudo que muestran los niños y en los recursos que de modo característico utilizan para afrontar los estresores.

Finalmente, en el tercer apartado, se exponen propuestas de intervención en el caso del paciente pediátrico. En primer término, se detallan las técnicas de intervención útiles aplicables a los niños que van a sufrir intervención quirúrgica y se ilustran los puntos relevantes que debería llevar consigo un programa de intervención dirigido a la preparación quirúrgica del paciente pediátrico. En segundo término, se expone el marco más amplio relativo a la atención psicoeducativa dentro del marco hospitalario. Desde aquí se observa que en los últimos años ha aumentado el interés por la atención psicológica a los niños sometidos a cirugía y se han aplicado programas psicoprofilácticos, cuyos objetivos son la información y la puesta en marcha de estrategias efectivas de afrontamiento para la IQ, dirigiéndose estos programas a los niños y a sus padres (Edwinson, Arnjörnsón y Ekman, 1988; Robinson y Kobayashi, 1991). En Estados Unidos, la gran mayoría de los centros pediátricos realizan programas de preparación a la cirugía (O'Byrne, Peterson y Saldana, 1997). En España, en los hospitales infantiles o centros de cirugía pediátrica, las investigaciones que realizaron Ortigosa, y Méndez, (1998) y Ortigosa, Méndez y Quiles, (1999) mostraron que solo entre un 17% y un 12% la realizaban, de modo que la preparación psicológica del niño y su familia, es bastante limitada. Es por ello que nos parece indispensable recoger estos contenidos en el marco de nuestra investigación.

1.1. Hospitalización Infantil

Durante la infancia y la adolescencia, la exposición a acontecimientos estresantes como es la IQ y la hospitalización, puede afectar al equilibrio emocional y adaptativo. Durante este periodo del desarrollo existe una mayor vulnerabilidad (física, afectiva y social) y la necesidad del ingreso hospitalario puede desencadenar en el niño y en los padres, alteraciones emocionales como estrés y ansiedad (Sandín, Chorot, Santed y Valiente, 2002). En este sentido, podemos decir que la percepción de amenaza influida por las características particulares de cada sujeto y los eventos percibidos como amenazantes, pueden determinar la aparición de estrés (Lazarus y Folkman, 1986).

En la infancia, durante la hospitalización, aspectos tales como la separación de los padres y del ambiente familiar y escolar (Grau y Ortiz, 2001), el ingreso en un entorno que puede ser considerado hostil por los procedimientos invasivos que requiere la curación de la enfermedad (Ortigosa y Méndez, 2000), el desconocimiento de las personas que integran la institución hospitalaria y sus normas (Ortigosa y col., 1999), las características del entorno físico hospitalario (Fernández-Castillo, 1998), y la falta de control e incertidumbre sobre lo que sucede (Blanco, Cano-Vindel, Camuñas, Miguel-Tobal, Salayero y Pérez, 2001), pueden dar como resultado alteraciones emocionales.

Bowlby (1982 - 1989) estudió los efectos de la hospitalización y de la enfermedad en los niños y cómo estos influían en la recuperación. La ausencia de afectividad por la separación de los padres durante el periodo de hospitalización, aumentaba la tasa de mortalidad y afectaba negativamente a la recuperación de la salud. Aunque la atención hospitalaria en la infancia ha evolucionado positivamente en cuanto a comprender las necesidades de los niños, entender el proceso de salud-enfermedad y mejorar la calidad de vida de los niños hospitalizados, diferentes estudios muestran el carácter estresante y traumático de la hospitalización (Jay, 1998; Palomo, 1995).

A diferencia de tiempos pasados, en la actualidad, se avanza hacia un planteamiento holístico, hacia una integración de carácter bio-psico-social y de atención integral y no solo atendiendo a la patología médica como ocurría anteriormente. A pesar de ello, en un estudio realizado por González-Carrión (2005) sobre experiencias y necesidades percibidas por los niños y adolescentes con cáncer y por sus familias, encontraron que para los niños las experiencias más traumáticas estaban relacionadas con la hospitalización y los procedimientos médicos entre otras.

En otro estudio, sobre el impacto de la hospitalización en la calidad de vida infantil, realizado desde la percepción del niño, los resultados mostraron que estos percibían una baja calidad de vida como consecuencia de la hospitalización (González-Gil y Jenaro, 2007).

Por otro lado, aunque tradicionalmente se han estudiado los posibles efectos negativos de la hospitalización infantil, la investigación también muestra que la resiliencia y el afrontamiento positivos frente a una situación difícil y adversa, informadas por niños enfermos crónicos, les permitía adaptarse por encima de lo que se esperaría por las características de su enfermedad (tratamientos invasivos, hospitalizaciones frecuentes, cambios físicos y limitaciones de las relaciones familiares y sociales) (Castro y Moreno-Jimenez, 2007).

Respecto a la familia, los padres afectados por la gravedad, los procedimientos médicos o la separación, con frecuencia reaccionan con estrés y ansiedad a la hospitalización de los hijos, (Fernández-Castillo y López-Naranjo, 2006; Polaino-Lorente y del Pozo, 1996; Polaino-Lorente y Lizasoain, 1992; Ochoa y Polaino-Lorente, 1999; Sandin, 2003). Las alteraciones emocionales en los progenitores y los niños se han puesto de manifiesto por diversos autores (por ejemplo, Trianes, 2002).

Respecto al hospital, el equipo asistencial conocerá las diferencias individuales que hacen de la hospitalización una circunstancia estresante y diferente para cada niño (Herranz, 2006). “La Pediatría, es una de las áreas de atención sanitaria que debe tener en cuenta todos los aspectos que influyen en el desarrollo normal del niño, sin olvidar las necesidades de la familia, sobre todo de los padres, abarcando los aspectos psicoculturales del enfermo y de su entorno” (López-Naranjo, 2011 p. 23).

Respecto al tipo de ingreso en el centro hospitalario, en una investigación cuyo objetivo era estudiar las respuestas psicológicas relacionadas con el antes y después de la IQ, se vio que la cirugía de corta estancia hospitalaria (5/6 días) provocaba bajos niveles de ansiedad y que la hospitalización previa, con o sin cirugía, disminuía la ansiedad (Moñiz, Vaz y Vazquez, 2000). Al compararlo con la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) donde no se produce el ingreso hospitalario del niño, algunos autores han estudiado las ventajas de esta: se observa que disminuye el estrés emocional (Lugo-Vicente, 2001), el periodo de separación de los padres, (Meursing, 1999), y la posibilidad de que ocurran infecciones (Lugo-Vicente, 2001). A pesar de estos beneficios de la CMA, vemos que el

breve contacto que tiene el paciente con el hospital, al no permanecer ingresado, puede potenciar temor a lo desconocido y aumentar la inseguridad respecto a la enfermedad y al resultado de la IQ (Vila, Zaragoza, García, Olavarrieta, García-Aguado y Cervera, 2000).

En suma, respecto a los factores relacionados con la hospitalización, diversos estudios sugieren como los más importantes los siguientes (Fernández-Castillo y col., 2006; Ortigosa y Mendez, 2000; Rodríguez, 2007):

- (i) Factores personales: etapa del desarrollo de la persona, el desarrollo cognitivo, intelectual, socio emocional y afectivo.
- (ii) Factores relacionados con la enfermedad: naturaleza y características y gravedad del pronóstico.
- (iii) Factores relacionados con la familia: estilos de afrontamiento en situaciones estresantes, tipos de interacciones y características de las relaciones familiares, soporte social y relaciones familiares de apoyo.
- (iv) Factores relacionados con el hospital y el equipo asistencial: el ambiente físico del hospital y las características del equipo de salud (comunicación, atención etc.)

Estos factores se van a exponer, a continuación, con mayor detenimiento.

1.1.1. Factores personales: características del paciente pediátrico

Como se ha indicado, la hospitalización y la enfermedad son estímulos que pueden producir un elevado estrés. Los niños, por su edad y desarrollo, presentan una gran vulnerabilidad, los cambios físicos, emocionales y conductuales que se asocian a la estancia hospitalaria, explicarían dicha situación (Dobbs y Poletti, 1998; Meneghello, Fanta, Grau y Blanco, 2001). A su vez, ante procedimientos dolorosos, la angustia y el

miedo que experimentan, estarían asociados a diferentes variables, como las experiencias previas o la personalidad (Giacommatone y Mejia, 1999).

El estrés causante de alteraciones emocionales en el niño está influido por variables tales como: la edad, el género, el desarrollo cognitivo, las experiencias previas, la capacidad de adaptación, la cantidad de información y apoyo de que disponga el niño, y el significado que atribuye a la enfermedad y hospitalización (Valdés y Flórez, 1995).

Respecto a la edad, los estudios muestran que los niños más pequeños presentan más ansiedad (Fernandez-Castillo y col., 2006; Montoya, Zaragoza, García y González, 2005). Los niños más mayores debido al desarrollo de la capacidad cognitiva es posible que comprendan mejor las circunstancias de ser IQ, y puedan controlar mejor el estrés. Otros estudios obtienen resultados diferentes, a mayor edad más preocupaciones sobre la IQ y la hospitalización (Quiles, Ortigosa, Méndez y Pedroche, 2000).

Respecto al género, la manifestación de miedos es mayor en las niñas (Del Barrio y Mestre, 1989) y diversas investigaciones demuestran que las chicas muestran mayor grado de preocupación prequirúrgica y más ansiedad y temores específicos ante la cirugía (Moñiz y col., 2000; Quiles, Mendez y Ortigosa, 2001). En esta línea, Wolfer y Visitander (1975) encontraron que las niñas tenían mayor número de pulsaciones elevadas (ansiedad) que los niños frente a la IQ.

Respecto a las experiencias previas y las reacciones de ansiedad, puede variar si se trata de un primer ingreso o de si el niño ya conoce el hospital. Los resultados muestran más ansiedad en niños que son ingresados por primera vez (Calvo, Montoya y Sifre, 1998; Lizasoáin y Polaino-Lorente, 1992; Moñiz y col., 2000) otros estudios muestran lo contrario, cuando existen experiencias previas de hospitalización, los niños muestran más ansiedad (Melamed, Dearborn y Hermezc, 1983). Para otros autores, la valoración de las experiencias es lo que cuenta, en el sentido de que si la experiencia anterior ha sido negativa el niño presentará más estrés (Bolig, Brown y Kuo, 1992; Quiles y col. 2000). En un estudio realizado sobre los factores de riesgo en la ansiedad post-

operatoria en niños, los antecedentes de cirugía redujeron el riesgo de la ansiedad después de la IQ (Caumo y col., 2001).

Respecto a la capacidad de adaptación, vemos que la hospitalización y lo que conlleva (entorno desconocido, nuevas rutinas, horarios, comida, ropa –pijama-, personas desconocidas, mobiliario aséptico, procedimientos invasivos, dolor e incomodidad, separación de los padres y hermanos, amigos y colegio) puede afectar al equilibrio emocional del niño, con la consiguiente aparición de problemas de conducta (Basiliu y Sepúlveda, 1993). Tras la IQ, se pueden producir manifestaciones corporales, llanto, movimientos rápidos y bruscos y postura corporal rígida, comportamiento caprichoso, conductas regresivas e inhibitorias, enuresis, encopresis y mutismo entre otros. (Maguire, 1983; Montoya y col., 2005; Sheldon, 1997; Zetterström, 1984). En la situación post-hospitalaria, pueden aparecer pesadillas relacionadas con el hospital, temor a la separación de la madre y fobia escolar (Díe-trill, 1993; Grau, 1993; Palomo, 1995).

Respecto al apoyo de que disponga el niño, la familia es el principal soporte afectivo y equilibrador para éste. El núcleo familiar se ve afectado cuando ha de enfrentarse a la enfermedad de uno de sus miembros. Las repercusiones de la hospitalización en la familia del paciente pediátrico están relacionadas con los cambios en la vida cotidiana (organización familiar, trabajo, vida social, cambios en las pautas de disciplina), las reacciones emocionales (ansiedad, depresión, ira, desesperanza y pérdida de control y culpabilidad), la relación de pareja (problemas de relación afectivos y sexuales) y los momentos críticos, circunstancias todas ellas que influyen en las posibilidades de adaptación de la familia a la nueva situación (Olivares, Rosa y Sánchez-Meca, 2000).

En relación con el significado que el niño atribuye a la enfermedad y la hospitalización, observamos las siguientes etapas relacionadas con la edad (Rodríguez, 2007, p. 1):

- (i) “Respecto al lactante, puede reaccionar al cambio de rutina y de los ambientes familiares, responde de forma global. Le supone un problema la

separación de los objetos conocidos, el apego es lo importante y necesario para el lactante”.

- (ii) “Respecto al niño de 1 a 3 años, presenta miedo a la separación y al abandono. En este período la ansiedad por esta causa es máxima. Relaciona la enfermedad con una situación, circunstancia o conducta concreta. Surge el temor a la separación definitiva de los padres”.
- (iii) “Respecto a los niños de más de 3 años se observa miedo al dolor o lesión corporal. Tolera mejor la separación de los padres que los niños más pequeños. Entiende la enfermedad como un castigo por haber hecho algo mal. Temor al dolor físico-corporal, rechazo a la realización de procedimientos médicos, miedo al personal del hospital, llanto, rabia y desesperación por la estancia hospitalaria y temor a lo desconocido”.
- (iv) “En edades escolares se produce un temor por la naturaleza física de la enfermedad. Existe preocupación por estar separado del grupo de compañeros. La percepción de la enfermedad la entiende como algo externo pero ubicada en su propio cuerpo”.
- (v) “En el adolescente, se produce ansiedad en relación con la pérdida de independencia, control o identidad. También se manifiesta preocupación por la pérdida de intimidad. Percibe el órgano o proceso que funciona mal como causa de enfermedad, y es capaz de explicarla, temor a no ser comprendido, a la pérdida de autonomía y volver a ser tratado como un niño”.

En suma, los temores que producen la enfermedad y la hospitalización varían de acuerdo a la edad del niño, por lo que los aspectos evolutivos sobre el significado de los eventos que vive han de ser tenidos en cuenta a la hora de entender el impacto psicológico que producen en el paciente pediátrico y su familia.

1.1.2. Factores relacionados con la enfermedad

Las características de la enfermedad, aguda o crónica, la gravedad, el pronóstico, las posibles secuelas o incluso la posibilidad de morir debido a la enfermedad, inciden de forma decisiva sobre el niño y su familia. La familia puede reaccionar de diferentes maneras, en el caso de los niños con diagnóstico de cáncer, según las fases de la enfermedad, las reacciones serían: (1) diagnóstico: shock y pánico, (2) fase de desintegración: culpa, depresión y rabia, (3) fase de ajuste: basada en el control emocional y (4) fase de reintegración familiar: basada en la integración de la enfermedad en la rutina de la familia (Grau y Fernández, 2010; Rolland, 2000).

El estrés que produce ser sometido a una IQ en la infancia, con o sin hospitalización, se ha estudiado en relación a la enfermedad y la hospitalización (Benavides, Montoya y González, 2000; Méndez y Ortigosa, 2000).

Para los niños, en el caso de enfermedad grave, el conocimiento del diagnóstico supone un impacto crítico, pasando por las fases de negación, ira y adaptación (Torre, 2000).

La enfermedad en muchas ocasiones se acompaña de dolor. El dolor físico y los procedimientos invasivos, pueden provocar alteraciones en la percepción que tienen de ella. Los niños no siempre pueden explicar el dolor que les causa la enfermedad y los cambios físicos que les acontecen. El malestar físico, los tratamientos, los posibles efectos secundarios, producen diversos efectos adversos estresantes asociados a la hospitalización (Goldman, 1993; Sierrasesúmaga, 1997).

En los niños, el desarrollo cognitivo influirá modulando el impacto psicológico de la enfermedad, por un lado la edad y por otro, el temperamento, la personalidad y las habilidades previas para adaptarse a situaciones adversas (Remor, Arranz y Ulla, 2003). Respecto a la edad, el diagnóstico de algunos tipos de enfermedad, puede dar lugar a temor a la muerte, de forma que cuando el niño tiene 4 años no percibe la situación como irreversible, a los 6 años percibe que las personas que ama (padres, hermanos) pueden morir y ello puede producirle ansiedad y angustia, entre los 7 y 9 años desarrolla

la percepción de que todos podemos morir y acepta que la inmortalidad no existe. Algunas experiencias de fallecimientos de personas cercanas o las vivencias asociadas a su enfermedad pueden favorecer que el concepto de muerte sea anterior a las fases mencionadas.

Respecto a cómo ven los niños la propia enfermedad, Nagy (1951; 1952; 1953) estudio las ideas infantiles acerca de la enfermedad y los microbios asociadas a la edad, observando la evolución desde una comprensión de la enfermedad relacionada con acontecimientos contiguos (6 años) hasta la distinción de las causas de la enfermedad (12 años). Otros estudios mostraron que la enfermedad resulta más perturbadora para el niño cuando presenta un elevado nivel de ansiedad, con independencia de la edad (Brewster, 1982 y Brodie, 1974). En general los estudios que se han realizado sobre la noción de enfermedad que tienen los niños, coinciden en que a mayor edad la comprensión de las causas de la enfermedad es más realista (Bibace y Walsh, 1981).

También se han estudiado las diferencias relacionadas con si la enfermedad es aguda o crónica. En los crónicos, las repetidas hospitalizaciones, las irrupciones en su vida escolar y familiar, la socialización, los cambios restrictivos continuados, pueden provocar reacciones emocionales y afectar al carácter y al comportamiento (Erikson y Steiner, 2001; González-Simancas y Polaino-Lorente, 1990 y Guillén y Mejía, 2002). Durante la hospitalización, los niños con enfermedades crónicas y oncológicas al ser comparados con los agudos, no presentan más problemas, aunque si existen diferencias cualitativas en cuanto al modo en que viven la hospitalización. Los niños con enfermedad aguda, manifiestan actitudes y sentimientos negativos frente a la hospitalización (preocupados por la dinámica hospitalaria en general) y los crónicos se muestran más sensibles a la cercanía del personal hospitalario, atención y cuidados e información sobre las pruebas y tratamientos a los que son sometidos (Moyano, 1997).

En los padres, los casos de enfermedad aguda de sus hijos, producen menos estrés, son hospitalizaciones cortas y el pronóstico suele ser positivo (Pedreira, 2001). No ocurre así con las enfermedades crónicas donde la necesidad continuada de hospitalización y la

atención a los niños con tratamientos que no permiten la curación completa, dejan a los padres muy preocupados sobre el posible desarrollo negativo de la enfermedad (Sloper, 2000).

Entre los factores que pueden influir en el estrés de los padres de los niños con enfermedad crónica estarían: la gravedad de la enfermedad, el apoyo social, los medios materiales con los que cuente la familia y los apoyos psicológicos y educativos. En este sentido, el apoyo social se muestra como uno de los factores moderadores de las alteraciones emocionales que se observan en el niño durante la hospitalización (Garmezy y Rutter, 1983). El impacto de la enfermedad crónica en los padres mostró que estos experimentan limitaciones en su vida social, económica, intimidad y preocupaciones sobre el futuro (Goble, 2004).

1.1.3. Factores relacionados con la familia: adaptación de los familiares de los niños hospitalizados

La repercusión que la enfermedad y hospitalización tienen en la vida cotidiana, la organización familiar, el trabajo, la vida social y los cambios en las pautas de disciplina, supone una adaptación de todos los miembros de la familia, por lo que el impacto se produce en todo el sistema familiar. La institución en sí misma no puede cubrir esas necesidades (Brennan, 1994; García y Barra, 2005). También la enfermedad puede producir alteraciones en las relaciones con la pareja, los otros hijos y la familia extensa, relacionados con el apoyo, comunicación o desarrollo de sentimientos inapropiados (Grau y Espada, 2012).

Entre las principales repercusiones que la hospitalización del niño causa en los padres se encuentran el impacto psicológico, físico, ocupacional y social (Carrobles y Pérez-Pareja, 1999; Strachan, 1993). La ansiedad de los padres frente a la hospitalización estará influida por: la edad del niño, la gravedad de la enfermedad, los tratamientos, la evolución del niño y su adaptación al hospital (Katz, 2002; Schiff, 1998). Diversos investigadores han estudiado el impacto significativo sobre el resto de hermanos, debido sobre todo a cambios en el ambiente familiar, sentirse desatendidos o

demandarles que asuman responsabilidades que exceden a su edad, ser separados de los padres y tener que convivir con otros parientes, identificarse con el hermano enfermo, tener miedo a expresar sus preocupaciones y al contagio de la enfermedad (Aláez, Martínez, y Rodríguez, 2000; Díe-Trill, 1993; Grau, 1993; León, Medina, Cantero, Rueda y Avargues, 2000; Olivares, Méndez y Ros, 2002 y Trute y Hierbert, 2002).

Para Montoya y col. (2005) durante la hospitalización, las manifestaciones de estrés en los niños generan estrés en los padres, que a su vez repercute manteniendo el nivel de estrés de sus hijos. Las madres expresan significativamente mayor estrés que los padres, a través de apego hacia el niño y la postura corporal rígida. En este sentido, existen diferentes estudios que muestran que las mujeres informan de mayor número de síntomas psicósomáticos (Orejudo y Froján, 2005) y que el género puede influir en las respuestas de estrés. Wolfer y col. (1975) encontraron que, las niñas tenían mayor número de pulsaciones elevadas (ansiedad) que los niños frente a la IQ.

Para las familias emigrantes además del estrés que produce la hospitalización infantil, la adaptación a un nuevo entorno (país, cultura, etc.), supone un mayor esfuerzo. Existen factores de riesgo de carácter social y económico así como de falta de apoyo social por la lejanía de sus familiares que afectan al bienestar mental de la vida del inmigrante (Arnosó, 2011). No tener una estabilidad laboral o ingresos suficientes, pertenecer a estratos sociales desfavorecidos o incluso estar en situación de irregularidad en cuanto a la permanencia en España, aumentarían las dificultades.

Diversos estudios han señalado que no existen grandes diferencias generales en los niveles de salud entre población autóctona y población inmigrante en nuestro país, aunque sí podrían encontrarse diferencias derivadas del estatus económico y el entorno laboral y social (Cuadrado, Avalora, Sánchez, Fernández, Alonso y Bertolo, 1999; Sánchez, 2003). Además, en el caso de los emigrantes, las carencias de apoyo social y familiar, hacer compatible la estancia en el hospital con las demandas laborales y los problemas económicos son algunos aspectos que pueden incidir en alteraciones emocionales, tales como ansiedad o estrés, e incluso en sintomatología depresiva en las

madres (Fernández y col., 2006; Fernandez-Castillo y Vilchez-Lara, 2009; López y col., 2004; Miranda, Siddique, Der-Martirosian y Belin, 2005). Por otro lado, Krohne y Slangen (2005) señalan la importancia de una red social que facilite los apoyos necesarios, lo que en el caso de los emigrantes resulta más difícil.

En suma, la enfermedad y la hospitalización suponen tener que adaptarse a las nuevas situaciones que se presentan, la asistencia o permanencia regular en el centro hospitalario, el temor de la enfermedad y al tratamiento. En el paciente pueden provocar problemas de conducta como agresividad, impulsividad o aislamiento, apatía, conflictos de interacción con el personal sanitario, incumplimiento de rutinas del hospital, y en los padres, sentimientos de inseguridad (Sandín, Chorot, Santed y Valiente, 2002). Es por ello que es importante incluir a los padres en el entorno hospitalario y atender sus necesidades. Sierra (1999) sugiere que la hospitalización puede tener efectos emocionales importantes cuando las personas emocionalmente significativas para los niños no son tenidas en cuenta.

1.1.4. Factores relacionados con el hospital como organización y con el equipo asistencial

El hospital posee una infraestructura jerarquizada, con normas generales para los pacientes, basado sobre todo en un modelo biológico, la respuesta de curar lo físico es la faceta más conocida del entorno hospitalario (Rodríguez y Zurriaga, 1997). En el caso de la hospitalización infantil, los niños, dentro de ese entorno impersonal y desconocido, tienen que relacionarse con personas a las que antes nunca habían visto, adaptarse a normas de funcionamiento que no se ajustan a sus necesidades y a espacios carentes de significado. La arquitectura y la decoración de muchos hospitales, predisponen a la ansiedad que produce el ingreso (Sangrador, 1986).

El hospital es una situación generadora de estrés en sí misma, que implica vivencias nuevas de por sí estresantes, cambio de horarios, exploraciones médicas dolorosas, alejamiento del entorno familiar, carencia de actividades escolares y pérdida de relaciones sociales estimulantes (Rodríguez, 2007 y Pérez, 2001). Por otro lado, respecto

al impacto de la hospitalización en la calidad de vida infantil, la investigación ha mostrado que los niños, presentan una baja calidad, las plantas de pediatría de los hospitales no están preparadas para responder a las necesidades, condicionando los elementos físicos, organizativos y humanos la percepción que poseen los niños. El estado emocional y las necesidades relacionadas con apoyo psicológico, educativo y social afectan a la calidad de vida del niño hospitalizado (González-Gil y col. 2007). A las funciones hospitalarias básicas de diagnóstico, tratamiento y cuidados físicos, es necesario incorporar otras dirigidas a la atención psicosocial de los niños ingresados: funciones de apoyo social, de continuidad educativa y de juego y creatividad (Ullán y Hernández, 2005).

1.2. Efectos psicológicos de la hospitalización en el niño

Como se ha expuesto, el estrés que provoca la hospitalización en la infancia ha sido relacionado con diferentes factores: los relacionados con las características del niño, con la enfermedad, con las reacciones familiares y con la institución hospitalaria. Por otro lado, respecto a las consecuencias emocionales en los niños y sus familiares, la hospitalización y todo lo que conlleva es muy difícil de separar del estrés que causa la propia enfermedad (Sandín, 2003 y Serras, 2002).

Los efectos psicológicos de la Hospitalización Infantil, relacionados con la necesidad de curar la enfermedad, han sido demostrados por diversas investigaciones. Por lo que se refiere al *estrés*, Oros y Vogel (2005) investigaron sobre los eventos que generan estrés en los niños, entre los que aparecían las preocupaciones por la salud. También se han estudiado las manifestaciones conductuales, la ansiedad y los miedos y las preocupaciones en torno a la IQ (Montoya y col., 2005; Ortiz, 2006 y Quiles, Méndez y Ortigosa, 2001) y el estrés referido a la hospitalización y sus consecuencias (López-Naranjo y col., 2004; Méndez y Ortigosa, 1997; Small, 2002).

Para Lazarus y Folkman (1986) el estrés se define como un estímulo y una respuesta mediada por procesos cognitivos, donde se producen respuestas emocionales

individuales asociadas a la percepción que de la situación tiene el sujeto. Así, el impacto y el afrontamiento de acontecimientos estresantes, de acuerdo con estos autores, influyen de diferentes maneras dependiendo de la percepción particular de cada persona. Las personas pueden percibir como amenazantes los eventos que les acontecen, en este sentido, aunque los factores que causan estrés podrían ser igual para todos, la forma de reaccionar ante ellos será distinta de acuerdo con las circunstancias individuales, lo que ocurre durante la hospitalización infantil, (Méndez, Orgilés y Espada, 2004; Sandín, 2003; Valencia y Andrade, 2005). Las consecuencias psicofisiológicas producidas por el estrés han sido estudiadas en relación a la percepción de estímulos nocivos, y a la intrusión y distorsión que puede suponer para los niños la enfermedad y la hospitalización (Brotman y Weisz, 1988; Selye, 1976). Asimismo, el ambiente, los procedimientos médicos, las personas desconocidas, el dolor, la separación de familiares, el miedo y otros sentimientos como ansiedad y depresión pueden dar lugar a diversas manifestaciones producidas por el estrés (Palomo,1995).

Entre los correlatos emocionales asociados a la hospitalización infantil encontramos la *ansiedad* asociada a los miedos en el contexto hospitalario y la depresión en los pacientes pediátricos que deben ser sometidos a IQ y en los oncológicos (Mulhern, Fairclough, Douglas y Smith, 1994). Diversos autores han señalado entre las situaciones estresantes para el niño, la separación de los padres, la deprivación emocional, la enfermedad y la hospitalización (Bates y Broome, 1986; Burney, Hammen, Minasian y Jones, 1993; Hall, 1987 y Rutter, 1981).

La hospitalización puede producir *depresión* en los niños (Del Barrio y Mestre, 1989). Miedos y reacciones conductuales como llanto, conductas agresivas, dificultades de aprendizaje, alteraciones emocionales por hospitalizaciones repetidas, entre otros (Méndez, Inglés, Hidalgo, García-Fernández y Quiles, 2003; Pérez, 2000; Trianes 2002). Al investigar los *miedos específicos*, diversos miedos (temor a los espacios cerrados, a la enfermedad y a la muerte, temor al peligro o a tener que padecer daños físicos), podrían estar relacionados con el aumento del estrés infantil por hospitalización (Báguena y Chisbert, 1998; Pelechano, 1981, 1984; Valiente, Sandin, Chorot y Tabar, 2003). En los

adolescentes se observaba más miedo a la permanencia en el hospital, a los procedimientos médicos y a la enfermedad y sus repercusiones (Quiles y col., 2000), y también miedo al peligro y a la muerte (Valiente y col., 2003).

Por otro lado, entre los efectos psicológicos de la hospitalización en el niño, hay que valorar las importantes repercusiones que tienen en la vida de los padres (Fernández y col., 2006; Ochoa y Polaino-Lorente, 1999; Polaino-Lorente, Repáraz y Ochoa, 1997), así como el contagio emocional de temor y estrés mutuo entre padres e hijos (López de Dicastillo y Cheung, 2004). La enfermedad y el pronóstico y la estancia hospitalaria de más de una semana, estarían asociadas al estrés y a un posible aumento de alteraciones conductuales en el niño (Lizasoáin y Polaino-Lorente, 1992; Méndez y col., 1997). En la actualidad, la estancia media de un paciente hospitalizado en pediatría es de cinco días (Instituto Nacional de Estadística, 2003) y dadas las posibles repercusiones que puede tener en el niño se intenta que sea el menor tiempo posible.

Las hospitalizaciones previas pueden modular el estrés, estudiándose la influencia que tienen sobre los niños. Algunos autores, observaron el aumento de los niveles de estrés/ansiedad, que era más elevado en los recién hospitalizados en comparación con los que tenían experiencias previas (Lizasoáin y col., 1992; Quiles y col., 2000). Otros resultados opuestos mostraron una mayor afectación emocional negativa a mayor número de experiencias (Melamed, Dearborn y Hermezc, 1983). Sin embargo parece que la percepción del niño influye aumentando o disminuyendo el estrés, cuando la percepción es negativa, pues al comparar los niños de ningún ingreso y los de varios ingresos, el estrés aumentaba en los niños con experiencia (Bolig y col. 1992). De aquí que si las experiencias previas no se han vivido negativamente, los efectos de la habituación (hospitalizaciones numerosas), podrían favorecer un afrontamiento más positivo durante la hospitalización (Fernández-Castillo y López-Naranjo, 2006).

1.2.1. Ansiedad en la infancia por hospitalización e intervención quirúrgica

Como hemos visto anteriormente, la ansiedad está presente durante la hospitalización, factores como la adaptación a la situación, los miedos y las fantasías respecto a la

enfermedad, así como factores de carácter genético o de historia familiar pueden influir en el desarrollo posterior de un trastorno de estrés de mayor envergadura. Los estudios sobre hospitalización, han mostrado que el miedo podría ser uno de los principales conductos por los que el niño da respuesta a dicha experiencia, asociándola a la emoción negativa de la ansiedad. (Adams, 1976).

Respecto al miedo en la infancia, sabemos que mientras que algunos miedos son transitorios y no problemáticos para el desarrollo de los niños, otros pueden ser persistentes y excesivos (Dong, Xia, Lin, Yang, y Ollendick, (1995). Los miedos pueden ser adaptativos y un fenómeno normal en el proceso evolutivo del niño, son “miedos evolutivos” (Pelechano, 1981, 1984) o “miedos transitorios” (Ollendick, 1979). Éstos cambian en la medida en que evoluciona la maduración cognitiva del niño, sin embargo cuando persisten, son intensos y llegan a perturbar su vida se convierten en alteraciones psicológicas, pudiendo dar lugar a fobias o a trastornos de ansiedad.

La ansiedad del paciente pediátrico se relaciona además con el estrés. Como se ha indicado, por estrés se entiende una amplia variedad de fenómenos (cognitivos, motóricos y fisiológicos) en relación a acontecimientos estimulantes, respuestas de la persona o a ambas situaciones (Milgram, 1993). Por otro lado, el estrés también se contempla como formando parte de las experiencias del ser humano en su proceso evolutivo, en el cual el estrés es la respuesta no específica del organismo a toda demanda que se le haga y la ansiedad es la forma de expresión del estrés (Valdés y Florez, 1995).

Spilberger (1973) distinguió la ansiedad como rasgo de la personalidad y la ansiedad como estado en respuesta a un acontecimiento o situación específica o, dicho de otro modo, la ansiedad como una característica estable en el ser humano y la ansiedad que éste ser humano pueda experimentar transitoriamente ante una situación puntual.

Durante la hospitalización, la ansiedad se ha estudiado desde el análisis de sus componentes reales y subjetivos. Existiría la ansiedad real, generada por la propia

enfermedad, y la ansiedad situacional, generada por la novedad, es decir, por el desconocimiento de la situación hospitalaria (Longo y Williams, citados por Gallar, 2002). Por otro lado, Gallar (2002) habla de la ansiedad desde el punto de vista subjetivo de paciente, distinguiendo entre la ansiedad confusional, la ansiedad paranoide y la ansiedad depresiva. Respecto a la ansiedad confusional, se refiere a: confusión generalizada, estar lejos de su casa, personas desconocidas, incertidumbre de su situación, los procedimientos invasivos y el escaso control que tiene sobre la situación. La ansiedad paranoide se relaciona con: desconfianza hacia las competencias del personal sanitario y las pruebas o exámenes realizados y, la ansiedad depresiva se refiere a: pesimismo, pérdida del entorno habitual, de las relaciones personales y sociales.

1.2.1.1. Estrés agudo e intervención quirúrgica en la infancia

Las *enfermedades o intervenciones quirúrgicas*, son acontecimientos inductores de reacciones de estrés a corto y largo plazo. El estrés es una reacción biológica normal, pero cuando por la magnitud del hecho o por las propias características de la víctima, el suceso supera el límite de la tolerancia y la capacidad de respuesta del mismo, se produce, una reacción de estrés exagerada o desadaptativa con la consiguiente alteración del funcionamiento del individuo (Novas, 2009; Kuper, 2004). La valoración que realiza el niño ante la amenaza originada por el proceso hospitalario tiene como consecuencias los sentimientos de miedo, ansiedad, depresión y otras conductas y síntomas (Palomo, 1995), y los niños pueden entender de forma muy diferente la noción de peligro, y el significado de la muerte (Brío, 2007).

Ser sometido a una IQ y, además, tener que ser hospitalizado por ello, puede representar una situación estresante y/o potencialmente traumática, particularmente en los niños (Rutter, 1981; Poster y Betz, 1983). El rango de respuestas (síntomas) que se pueden producir a corto y a largo plazo aparecen ampliamente descritas en los últimos manuales (por ejemplo, DSM-IV-R, 2005), publicados por la Asociación de Psiquiatría Americana (APA), bajo los rótulos de Trastorno por Estrés Agudo (TEA) y Trastorno por Estrés postraumático (TEP), respectivamente. Ya que ésta investigación se preocupa por

las respuestas que presentan los niños a partir de un corto espacio de tiempo tras la operación (dos días), nuestra exposición se enfocará a la descripción del trastorno por estrés agudo. En la Tabla 1 se encuentran los criterios proporcionados por la DSM-IV-R.

La CIE-10 (1993), por otra parte, conceptualiza la Reacción a Estrés Agudo, como una reacción transitoria y lo sitúa en la categoría de Reacciones a Estrés grave y Trastornos de Adaptación. El cuadro clínico se caracteriza por un período inicial de “embotamiento” con alguna reducción del campo de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación. Puede aparecer estupor disociativo (distanciamiento de la situación traumática), reacciones de lucha o huida (agitación, hiperactividad). Pueden existir signos vegetativos. Los síntomas pueden hacerse presentes a los pocos minutos de que ocurra el suceso o estímulo estresante y pueden desaparecer en dos o tres días (con frecuencia en pocas horas) (CIE-10, 1993).

Las experiencias traumáticas afectan a la percepción que tiene el niño sobre el entorno y sobre él mismo, pueden aparecer pensamientos negativos, destructivos, sensación de inminente catástrofe y pesimismo sobre su futuro. Durante la hospitalización, el niño percibe la confusión y la amenaza debido a la enfermedad y al dolor, la separación de su familia, su casa y sus rutinas diarias (D’Antonio, 1984). Hay numerosos estudios que muestran el impacto psicológico que produce la hospitalización y la cirugía. Giacomantone y Mejía (1999), demostraron que las dificultades de la adaptación psicológica frente al estrés pre-operatorio podrían determinar en los pacientes, que existiera un riesgo añadido a la IQ. Glocer (1971) y Rinaldi y Goldberg (1969), subrayan la necesidad de asistencia psicológica de los enfermos que van a ser operados, ya que el impacto emocional que se produce puede influir en la evolución pre y post-operatoria.

1.2.2. Afrontamiento en niños hospitalizados

De acuerdo a la idea de que la IQ es una fuente de estrés y ansiedad para el niño y su familia y que en ocasiones puede vivirse con carácter traumático, podemos afirmar que el estilo adaptativo que utiliza el niño como repuesta a una situación traumática determinará los síntomas postraumáticos que desarrollará en el futuro.

Tabla 1. DSM-IV-R. Criterios para el diagnóstico de F43.0 Trastorno por estrés agudo (308.3)

<p>A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:</p> <ol style="list-style-type: none">1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos
<p>B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional2. Reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido)3. Desrealización4. Despersonalización5. Amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)
<p>C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.</p>
<p>D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).</p>
<p>E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).</p>
<p>F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.</p>
<p>G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.</p>
<p>H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve.</p>

Cuando una persona se enfrenta a situaciones estresantes, para poder controlarlas o eliminarlas utiliza el denominado “afrontamiento” (coping), lo que desencadena mecanismos psicológicos de carácter cognitivo, afectivo o psicosocial, favoreciendo la puesta en marcha de conductas o pensamientos encaminados a enfrentar dichas situaciones. La investigación de las estrategias de afrontamiento de los niños asociados a la hospitalización, se basa en la idea de que éstos sirven de ayuda para hacer frente a la ansiedad producida por la hospitalización y por los procedimientos invasivos asociados a la IQ (Peterson y Shigetomi, 1981).

Al estudiar el afrontamiento, Lazarus y col. (1986) plantearon que la percepción del individuo sobre la situación tiene una importancia decisiva en el desencadenamiento de las reacciones emocionales. Una parte sustancial de la investigación de estos autores, consistió en estudiar dos modos de afrontamiento: focalizado en el problema (modificar la situación problemática para hacerla menos estresante) o en la emoción (reducir la tensión, la activación fisiológica y la reacción emocional). El instrumento para evaluar el afrontamiento en adolescentes de Freydenberg y Lewis (1997) se basó en este modelo. Folkman y Lazarus (1985) de acuerdo con las estrategias investigadas, plantearon la evaluación de dos estilos de afrontamiento generales y Frydenberg y col. (1997) consideraron un tercer estilo, el improductivo.

Respecto al afrontamiento, las explicaciones y clasificaciones que aparecen en la literatura científica abordan diferentes propuestas (Williams y McGillicuddy, 2000). En la adolescencia, debido a los grandes cambios que se producen, las estrategias de afrontamiento adquieren un papel decisivo. La expresión de diferentes dimensiones de la personalidad y de los vínculos afectivo-sexuales, así como la elección de un futuro profesional, exigen que los adolescentes necesiten poner en marcha todos los recursos a su alcance para poder afrontar tales situaciones.

La capacidad de afrontamiento estaría formada por las respuestas (cogniciones, emociones y actos motrices) que permitirían a la persona afrontar situaciones difíciles o problemáticas. En el caso de los niños con enfermedades crónicas, los estudios se han

centrado en las estrategias de afrontamiento que utilizan durante la hospitalización y sobre todo en cómo los niños afrontan los procedimientos dolorosos (Field, Alpert, Vega-Lahr, Goldstein y Perry, 1988). Al respecto, Spirito, Stark, Gil y Tyc (1995), concluyeron que los niños crónicos suelen utilizar en general las mismas estrategias de afrontamiento que los niños que presentan otro tipo de enfermedades.

En la presente investigación, como en otras muchas, un porcentaje de los niños IQ presentan cáncer (considerada enfermedad grave). Teniendo en cuenta la complejidad que conlleva el diagnóstico de cáncer en la persona y su entorno, el enfoque exige una perspectiva multidisciplinar. La psicología ha mostrado interés en desarrollar programas y métodos para ayudar a los niños y a su familia a manejar la enfermedad y las circunstancias que rodean la hospitalización. Diversos programas desde la perspectiva cognitivo-conductual muestran la importancia de trabajar el afrontamiento tanto en los niños que van a ser sometidos a una IQ, como en sus padres. Por ejemplo, en la investigación de Ortigosa, Méndez y Riquelme (2009) llevada a cabo en pediatría oncológica, los componentes importantes que se incorporaban a la intervención fueron: la información, el uso de procedimientos audiovisuales, las habilidades de afrontamiento (relajación/respiración profunda, distracción y auto-verbalizaciones), el juego, la biblio-preparación y el humor, todo ello con el fin de abordar los síntomas asociados a los temores por los procedimientos médicos.

Respecto a la transmisión oral efectiva, teniendo en cuenta que nos dirigimos a un niño, han de darse explicaciones breves, sencillas y comprensibles, evitando proporcionar mucha información en poco tiempo, utilizar muchos ejemplos clarificadores y asegurar que asimila la información (Méndez y col. 1997)

Respecto al entrenamiento en estrategias de afrontamiento, un programa puede ser más efectivo si además de dar información, entrena al niño en la adquisición y práctica de las conductas de afrontamiento apropiadas al contexto (Cohen, Bernard, Greco MacClellan, 2002; Méndez y col. 1996). Incluyen la relajación y la respiración profunda, el manejo de las autoinstrucciones/autoverbalizaciones y la distracción/imaginación,

que enseñan al niño a manejar la ansiedad frente a la aplicación de procedimientos médicos dolorosos y los posibles efectos secundarios. Manne, Bakeman, Jacobsen y Redd (1993) concluyeron que la búsqueda de información, el conocimiento del procedimiento y el manejo de las conductas, eran utilizadas durante las situaciones estresantes en los niños que padecen cáncer.

Los sistemas audiovisuales pueden ofrecer información, proporcionar modelos conductuales asociados a los pensamientos (cognitivos) y distracción. El juego y el valor terapéutico que conlleva, los cuentos y las narrativas literarias y el humor, también se consideran una estrategia adecuada para afrontar mejor el proceso de enfermedad, el dolor y la situación de la hospitalización.

En los niños, la capacidad de manejar con éxito un evento que pudiera ser traumático, depende mucho del comportamiento de los padres, ya que estos son modelos de gestión emocional, de conductas de afrontamiento para resolver las situaciones a las que se enfrentan y de ellos aprenden los niños (Ajuriaguerra, 2000; Florez y Valdés, 1989). Así, los padres tienen un papel importante en los programas de preparación psicológica. Pueden participar, preparándose ellos mismos o ayudando a sus hijos, en los aspectos relacionados con la enfermedad, lo que permitirá un afrontamiento positivo de la situación y una disminución del estrés.

En una investigación realizada por Lagos, Loubat, Muñoz y Vera (2004), citado en Sandin (1995), sobre estrategias de afrontamiento de padres de niños con secuelas de quemaduras visibles, se relacionaron esas estrategias con los niveles de ansiedad presentados por sus hijos. Los resultados señalaron que estrategias tales como Autocontrol, Reinterpretación positiva, Resolución planificada y Aceptación de la responsabilidad, correlacionaban significativamente con los niveles bajos de ansiedad en los niños quemados. Además, en el estudio se vio, que los niños como promedio mostraron niveles de ansiedad-rasgo más elevados que los niveles de ansiedad estado.

Respecto a las emociones positivas y el afrontamiento, los estudios muestran que favorecen la flexibilidad y la apertura del pensamiento, mejoran la forma de pensar respecto a promover pensamientos más creativos y novedosos y ayudan en la resolución de problemas y en la toma de decisiones (Fredrickson, 1998, 2001; Fredrickson y Branigan, 2000).

Las emociones positivas se relacionan con la salud y afectan a variables psicofisiológicas de forma positiva, son protectoras de comportamientos depresivos y ayudan a valorar positivamente las situaciones más difíciles, y pueden generar mayor responsabilidad. En una investigación, la variable optimismo en los padres se relacionó con la recuperación y los comportamientos del niño, antes y después de la experiencia quirúrgica y concluyeron que influía positivamente (La Montagne, Hepworth, Salisbury y Riley, 2001).

En cuanto a la percepción de control, se observó que el aumento de la información que se le entrega al niño atendiendo a la edad, al apoyo emocional y a las estrategias adecuadas que tenían los padres, reducían los niveles de ansiedad. Ello incrementaría la percepción de control del niño y disminuiría la ansiedad estado.

1.3. Intervención psicológica y educativa: cirugía y hospitalización en la infancia

La evidencia empírica que mostraba los correlatos negativos asociados a la hospitalización, propició que en los años 60 se desarrollasen intervenciones encaminadas a la preparación psicológica para la hospitalización y los procedimientos médicos. Se diseñaron intervenciones cognitivas, conductuales y cognitivo-conductuales, programas dirigidos a proporcionar información, animar la expresión emocional y a establecer confianza entre el personal médico y el niño (Ortigosa y col. 2009). Durante las siguientes décadas, del 70 al 80, se pasó de las experiencias de modelado, al entrenamiento en las habilidades de afrontamiento y la participación de los padres, y posteriormente, en la década de los 90, se utilizaron programas que incluían diferentes técnicas. Hoy en día se ofertan diferentes programas que se utilizan en los hospitales, mostrando las investigaciones sobre el contexto hospitalario y sus consecuencias, que los programas para reducir el estrés asociado a la circunstancia de

IQ y hospitalización favorecen una mejora considerable en la adaptación del niño y sus familiares.

1.3.1. Técnicas psicológicas para reducir la ansiedad en pacientes quirúrgicos

Como se ha indicado anteriormente, durante la hospitalización y la IQ, la ansiedad puede influir en diversos aspectos físicos y psicológicos. La ansiedad puede repercutir en el tiempo de permanencia en el hospital (Moix, 1996), y algunos estudios muestran que los pacientes que viven la experiencia quirúrgica con más estrés muestran menor satisfacción con el hospital y los que tienen menos ansiedad pueden disminuir la estancia hospitalaria (Devine y Cook, 1986; Sobel, 1995). Proporcionar información al paciente quirúrgico favorece la disminución de la ansiedad (Martínez y Valiente, 1994). Respecto a la aplicación de técnicas psicológicas podemos decir que son muy variadas, la psicología ha demostrado su eficacia para paliar el impacto y controlar el estrés infantil, algunas de ellas han sido investigadas y empleadas en la hospitalización infantil (Azarnoff y Woody, 1981; Peterson y Ridley-Jhnsen, 1980). A continuación las describiremos agrupándolas en técnicas cognitivas, técnicas conductuales y técnicas informativas.

1. Técnicas cognitivas

Las técnicas cognitivas se dirigen a tratar los pensamientos negativos respecto a la IQ. Cabe destacar las siguientes:

Apoyo psicológico. Se trata de que el paciente exprese sentimientos, temor o preocupaciones sobre la IQ.

Distracción cognitiva. Apartar la atención del procedimiento (contar, hablar de otra cosa).

Reestructuración cognitiva. Trabajar con el cambio de pensamientos negativos por otros positivos.

Recordar. Propuesta por Rybarczyk y Auerbach (1990), consiste en recordar acontecimientos pasados positivos.

Modificación del recuerdo. Ayudar al niño a reformular los recuerdos negativos en positivos.

Imaginación guiada. Durante la imaginación guiada, el paciente ha de realizar un viaje mental por todo el cuerpo hasta la herida y una vez allí imaginarse el proceso normal de curación. Esta técnica junto con la relajación se utilizó en el estudio de Holden-Lund (1988).

Imaginación. Técnica que anima al niño a enfrentarse con el dolor/estrés del procedimiento proporcionándole una imagen placentera (p.ej., el bosque o la playa.)

El juego médico. Se utilizan juguetes y materiales relacionados con el entorno hospitalario. Es una técnica recomendada para utilizar con los niños. La eficacia de estos juegos se ha demostrado en varios estudios (Edwinson y col., 1988; Ellerton y Merriam, 1994; Twardosz, Weddle, Borden y Stevens, 1986).

El dibujo. Se utiliza únicamente con pacientes infantiles. Para Jover, Ponce, Viladoms y Admetlla (1983) los dibujos pueden mostrar lo que el niño cree sobre la operación, resultan muy apropiados para modificar las ideas erróneas sobre como imagina el niño la IQ.

Hipnosis. Disociación de la experiencia de dolor y distrés a través de la inducción hipnótica, sugestión y fantasía.

Sugestión. Proporcionar al niño claves verbales y no verbales sugiriendo que puede reducir el dolor y el malestar.

Parada de pensamiento. El niño repite la palabra "stop" o una afirmación similar durante el dolor /distrés para bloquear los pensamientos negativos

Autoverbalizaciones. El niño repite un conjunto de afirmaciones positivas (por ejemplo, "Puedo hacer esto", "Esto terminará pronto").

Entrenamiento a los padres. Consiste en entrenar a sus padres en relajación u otras técnicas de control del estrés o bien implicarlos en una de las anteriores estrategias cognitivas, el objetivo es disminuir el estrés parental para favorecer la disminución del estrés o dolor en el niño.

2. *Técnicas conductuales*

Se trata de ayudar al paciente a que desarrolle estrategias para afrontar la situación de hospitalización. Entre las más utilizadas destacamos las siguientes:

Relajación. Reduce los síntomas psicossomáticos (presión sanguínea, frecuencia cardíaca, etc) (Leserman, Stuart, Mamish y Benson, 1989; Lozano, 1996; Markland y Hardy, 1993). Palomo (1995), ha utilizado la relajación en pacientes pediátricos.

Desensibilización sistemática. Esta técnica se basa en la relajación asociada a las situaciones hospitalarias que causan ansiedad. Visualización por parte del paciente de las situaciones ansiosas utilizando una escala de menor a mayor ansiedad, para que progresivamente aprenda a superarlo y reduzca la ansiedad (Del Barrio, 1994).

Modelado. El niño y a veces los padres, presencian una cinta de vídeo o diapositivas en las que se observa cómo un niño y sus padres afrontan correctamente todas las etapas de la hospitalización, sobre todo los momentos más críticos (Campbell, Kirkpatrick, Berry y Lamberti, 1995).

Reforzamiento positivo. Proporcionar afirmaciones positivas y/o recompensas tangibles (p. ej., juguetes) al niño tras el procedimiento.

3. *Técnicas informativas*

La información es una de las técnicas que se suelen utilizar en pacientes IQ. Diversas investigaciones muestran que la información produce efectos beneficiosos a los pacientes "vigilantes" (sujetos que normalmente intentan superar las situaciones estresantes obteniendo la máxima información sobre las mismas), mientras que pueden provocar efectos contraproducentes en personas "evitadoras" (sujetos que no suelen querer ningún tipo de información intentando superar la ansiedad sin pensar en el problema) (Auerbach, Martinelli y Mercuri, 1983). En ocasiones, el paciente debido a la ansiedad, no recuerda lo que se le ha explicado sobre los procedimientos, por lo que completar la información con folletos puede ser positivo (Moix, López, Otero, Quintana, Ribera, Saas y Gil, 1995). Se ha observado que la falta de información y/o comprensión

llevan a una sensación general de confusión, ansiedad y falta de control (Veldtman, Matley y Kendall, 2000).

La eficacia de un programa psicológico basado en la información (PPBI) resultó eficaz para reducir la ansiedad en niños con cáncer. El programa tenía en cuenta el nivel cognitivo del paciente y la comprensión que tenía ante la enfermedad y la hospitalización (Galvez, Méndez y Martínez, 2005). No obstante lo anterior, la información se considera útil pero no suficiente y los programas que incluyen diversos componentes de los mencionados con anterioridad se muestran más eficaces, por ejemplo los programas que incluían estrategias de afrontamiento se han mostrado más eficaces en comparación con aquellos que incluían un solo componente como la información o el modelado (Ortigosa, Méndez y Sánchez-Meca, 2000; Ortigosa, Sánchez-Meca y Riquelme, 2005).

A continuación se expondrán y describirán programas de preparación psicológica para reducir la ansiedad en los niños y sus padres cuando se encuentran hospitalizados o van a ser IQ.

1.3.2. Programas de preparación psicológica para reducir la ansiedad quirúrgica en los niños y sus progenitores

Los programas de preparación psicológica durante la hospitalización infantil, tienen como objetivo aminorar el impacto, el distrés psicológico y fomentar la adaptación psicológica durante el periodo hospitalario (Ortigosa, Sánchez y Riquelme, 2005; Palomo, 1995; Vernon, Schulman y Foley, 1966). Numerosas investigaciones dan cuenta del impacto psicológico de la hospitalización, la cirugía y la influencia en la evolución pre y posoperatoria. Entre dichas investigaciones, las de Giacomantone y col. (1999); Goldberg y Rinaldi (1973) y Jarast (1964), impulsaron el diseño de Programas de Asistencia Psicológica para preparar a los niños IQ.

En general, los programas cumplen tres objetivos: (i) proporcionar información al niño y a los padres (Thomson, 1986; Vernon, 1966), (ii) estimular la expresión emocional, (Atala

y Carter, 1992) y (iii) crear un clima de confianza con el equipo de salud y el entorno hospitalario (Oremland, 1988). Además incluyen información a los padres y ofrecen a los niños y a sus familias estrategias de afrontamiento para adaptarse positivamente a las circunstancias de hospitalización y de IQ.

Un programa que merece la pena ser comentado es el de Viar, Bereziartua y Rodríguez (2005). Se utiliza para la preparación psicológica de los niños que van a ser intervenidos sin ingreso hospitalario. Se trata de un programa dirigido a niños operados y que solo pasan un día en el hospital y que después tendrán atención ambulatoria. Es importante desde el punto de vista de la prevención y manejo de la ansiedad y posible desarrollo posterior de sintomatología de estrés agudo. La preparación gira en torno a dos conceptos psicológicos: la información y las técnicas de afrontamiento.

En síntesis, el programa empieza cuando, unos quince días antes de que comience la intervención se entrevista a los padres. En esta entrevista se siguen una serie de pasos que se deben ir cumpliendo sucesivamente, estos son: i. Detectar los temores que inicialmente están presentes, ii. Determinación del perfil de riesgo de los padres, iii. Concienciación de la importancia de su papel y iv. Inicio y puesta en marcha del programa: información y técnicas de afrontamiento.

1.3.3. Atención psicoeducativa en hospitalización infantil

En el contexto hospitalario, la acción educativa y psicoeducativa, se refiere a las ayudas especializadas que se prestan a los niños y sus familias que se encuentran en situaciones de hospitalización. Al hablar de la intervención pedagógica en los hospitales, algunos autores resaltan la relación que existe entre pedagogía terapéutica referida a trastornos asociados a la deficiencia, con la pedagogía hospitalaria referida a trastornos asociados a la enfermedad. En este sentido, desde los inicios basados en la pedagogía terapéutica se avanzaría pasando por la educación especial (necesidades educativas especiales) y la educación inclusiva (atención a la diversidad) para llegar finalmente a la pedagogía hospitalaria (Grau y Ortiz, 2001).

En una revisión teórica que realizaron Torres, Saldíva, Beltrán, Vázquez y Navarro (2011) se puso de manifiesto que sería conveniente dar a conocer en los hospitales, los programas de preparación psicológica y los aspectos que los integran a fin de que formen parte del ámbito hospitalario. Esto podría disminuir las emociones negativas en los niños hospitalizados que son sometidos a cirugía, así como aminorar los factores estresantes ocasionados por tales situaciones. Fernández Castillo y Arco (2004), subrayan la conveniencia de llevar la Psicopedagogía Hospitalaria a los colegios, formando e informando a los niños acerca de lo que es un hospital, incluso de las enfermedades más frecuentes, enlazando con el tema de educación para la salud o de atención a las necesidades educativas especiales. Para Lizasoáin (2000), la mayoría de los niños ingresan en un hospital por el servicio de urgencias, si en el colegio se les explica lo que se pueden encontrar, la ansiedad-estado propia del ingreso desaparecería en gran medida y con ello mejoraría el ajuste y la adaptación a la nueva situación.

Con el fin de atender las necesidades de las personas enfermas, y cubrir áreas que no se encuentran atendidas en las instituciones sanitarias, Deasy (1993) plantea la necesidad de la Psicopedagogía, el apoyo y la ayuda psicológica desde la institución a los niños y las familias que están inmersos en el contexto hospitalario.

La Psicopedagogía hospitalaria, inicialmente comenzó centrándose en la atención a los niños hospitalizados y sus familias atendiendo tres aspectos: (i) la adaptación del niño y su familia al hospital; (ii) la evitación del desarraigo infantil con respecto a su medio habitual; y (iii) el aporte de medios psicopedagógicos en el control de aspectos emocionales y conductuales debido a la situación de enfermedad y hospitalización en la que se encuentran los niños y los padres.

Desde el contexto hospitalario, debe existir colaboración con la escuela, para dar a los niños la oportunidad de llevar a cabo el proceso de enseñanza/aprendizaje que cubra las funciones educativas correspondientes, lo que se persigue es la reinserción integral del paciente pediátrico en su entorno formativo ordinario (Grau y Ortiz, 2001). Para favorecer dicho proceso, durante la estancia en el hospital, es conveniente continuar

con las actividades escolares, los programas se realizaran en coordinación con el colegio y el profesor (Polaino y Lizasoain, 1992).

Por su parte, el Real Decreto de Ordenación de las acciones dirigidas a la Compensación de Desigualdades en Educación (RD 299/1996 de 28 de febrero) en el capítulo III, sobre las actuaciones de compensación educativa dirigidas a la población hospitalizada establece lo siguiente: «El MEC (Ministerio de Educación y Ciencia) creará unidades escolares de apoyo en los centros hospitalarios sostenidos con fondos públicos, que mantengan regularmente hospitalizados un número suficiente de alumnos en edad de escolaridad obligatoria» (Artículo 19).

Asimismo, en el Real Decreto de Ordenación de las acciones dirigidas a la Compensación de Desigualdades en Educación (RD 299/1996 de 28 de febrero), se dice: «el Ministerio de Educación podrá formalizar convenios con entidades públicas y asociaciones sin ánimo de lucro para el desarrollo de programas de atención educativa domiciliaria, dirigidos al alumnado con permanencia prolongada en su domicilio por prescripción facultativa» (artículo 20).

Aunque la Psicopedagogía Hospitalaria atiende al niño enfermo y hospitalizado, también tiene en cuenta a la familia. Los abuelos, cuando el nieto está hospitalizado realizan una labor muy importante de apoyo social, y forman parte de la constelación familiar (Lizasoain, 2000). Igualmente, dentro del apartado de para quién la Psicopedagogía Hospitalaria, no se debe olvidar al personal sanitario que se enfrenta a frecuentes situaciones de estrés (Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1996).

Los objetivos que debe favorecer la Psicopedagogía Hospitalaria son entre otros: el desarrollo de las áreas cognitivas e intelectuales, el desarrollo motriz y el desarrollo afectivo y social.

La psicopedagogía hospitalaria adopta diferentes modos de intervención, ofrece programas específicos en función de la duración del ingreso o la atención domiciliaria.

En la intervención Psicopedagógica Hospitalaria hay cuatro núcleos de actuación: (i) enseñanza escolar; (ii) actividades lúdicas; (iii) orientación personal; (iv) estrategias psicopedagógicas (programas concretos de preparación a la hospitalización, e intervención educativa y terapéutica) (Lizasoáin, 2000; Ortiz, Serradas y Alves, 2004).

1.3.3.1. Actuaciones psicoeducativas en aulas hospitalarias

Las aulas hospitalarias atienden a los niños que debido a la enfermedad no pueden acudir a los centros escolares, se trata de atender sus necesidades de aprendizaje durante un tiempo que puede variar en función de la permanencia en el hospital (Guillem y Mejía, 2002). En las Aulas Hospitalarias se ha de tener en cuenta la integración de los padres y del personal sanitario, ya que son ellos los que favorecen la asistencia y se encargan de mostrarla al niño como algo estimulante y positivo (Guillén y col., 2002; Olivares y Ortiz, 2002).

La población a la que van dirigidos los programas de aulas hospitalarias es a niños en escolaridad obligatoria, es decir los diferentes niveles educativos que establece la LOGSE.

Las aulas proporcionan: (i) actuaciones psicoeducativas especializadas, diferentes de las ordinarias (Ortiz y Serradas, 2002; Serradas, Ortiz, Estalayo y de Manueles, 2002), (ii) atención educativa - formativa y humana (Guillem y Mejía, 2002) y (iii) un espacio adecuado para los niños, en el que se relacionan y sienten lo menos posible la separación de la familia y los amigos (Lansdown, 1996).

Entre los objetivos pedagógicos de las aulas hospitalarias, se tendería a evitar la marginación del proceso educativo haciendo posible que el niño se incorporase a la vida escolar normal después de la enfermedad, elaborando programas flexibles e individualizados. La atención educativa ha de tener presente el colegio a donde acude el niño regularmente (Ortiz y col., 2002; Serradas y col., 2001). Los alumnos hospitalizados, mantienen su escolarización, a efectos de evaluación y promoción en los centros educativos respectivos.

De acuerdo con Grau (1990) en las Aulas Hospitalarias, los niños pueden continuar sus labores escolares y avanzar en su nivel académico de modo que no se produzcan retrocesos en su nivel educativo. También pretenden siempre que las condiciones de salud lo permitan, continuar el currículum establecido de acuerdo a la edad del niño, facilitar la integración cuando regrese al colegio, dar un carácter positivo al tiempo libre y de ocio del hospital, mejorar el aspecto psico-afectivo y estimular la participación de otras entidades o grupos en la atención a los niños hospitalizados.

En general, las aulas cuentan con un espacio dentro del hospital destinado a atender a los niños ingresados en Pediatría. En la actualidad se opta por unificar criterios y actuaciones y al acercamiento de posiciones que nos aportan las nuevas tecnologías o las metodologías alternativas (Alves, Ortiz y Serradas, 2004).

Respecto a la utilización de los recursos informáticos en las aulas hospitalarias. Pérez (1997), en la Universidad de Estocolmo, aprovechando las oportunidades que ofrecen las nuevas tecnologías, utilizó un programa especial aplicado a varios hospitales de Suecia, cuyo objetivo era convertir el aula hospitalaria en parte integrante de la escuela del niño mediante el “transporte virtual”, para lo cual se creó un espacio virtual que incluía los dos espacios reales (aula hospitalaria y aula de la escuela). Este recurso es relativamente actual, se está mostrando como una forma nueva, distinta y atractiva de acercar los contenidos a los alumnos. En España, el programa denominado “Teleeducación en aulas Hospitalarias” dependiente del MEC se muestra como un recurso de máximas posibilidades, aporta las herramientas técnicas, formativas y organizativas necesarias para crear un espacio de aprendizaje y contribuye a superar barreras y mejorar la comunicación (Guillen y Mejía, 2002)

Respecto a las actividades educativas que se pueden realizar en el entorno hospitalario, Eiser y Patterson (1984) investigaron lo que pensaban los niños que no tenían enfermedades, de 5 a 10 años, sobre cómo utilizarían el tiempo en el hospital y sólo unos pocos conocían que en el hospital se puede asistir a la escuela. En el caso de los adolescentes, valoran positivamente poder realizar actividades lúdicas y recreativas

durante la estancia en el hospital y negativamente la falta de actividades (Denholm, 1988).

Respecto a la distribución y estructuración del tiempo durante la hospitalización han de considerarse diversos factores: la edad del niño, el tipo de enfermedad, la duración de la hospitalización, la inmovilidad requerida, el nivel cognitivo y el grado de desarrollo psicosocial (Dobbs y col., 1981). La percepción de la enfermedad y la hospitalización por parte del paciente pediátrico y sus características madurativas y emocionales, nos permitirán buscar actividades acordes a sus necesidades y que repercutan de forma positiva en su evolución.

1.4. Justificación del estudio

Como se ha expuesto previamente, ser sometido a una IQ en la infancia supone una importante fuente de estrés para el niño y su familia. Con frecuencia observamos que debido a la IQ y la consiguiente hospitalización, se produce ansiedad y estrés. El estado emocional de los padres influye en el de sus hijos y ello puede tener consecuencias sobre la recuperación física y el comportamiento del niño. Según Ortigosa y col. (2000), la enfermedad afecta al niño y a su entorno más cercano en el aspecto físico y psicológico y puede influir en su desarrollo ya que se encuentra en un momento temprano del proceso evolutivo. Este estudio también se interesa por explorar las estrategias de afrontamiento que utilizan los niños para superar estos estresores y sus consecuencias.

Como se ha mencionado con anterioridad a lo largo de este capítulo, existen numerosas investigaciones sobre los efectos psicológicos negativos producidos por la hospitalización pediátrica, dichas investigaciones indican que la hospitalización es un acontecimiento estresante que le genera al niño alteraciones cognitivas, afectivas, fisiológicas y motoras. En nuestra investigación, queremos estudiar si los niños hospitalizados y sometidos a IQ muestran reacciones de estrés agudo y ansiedad en

relación a otros niños no IQ. Y desde esta perspectiva implantar las diversas estrategias preventivas para minimizar estas reacciones agudas

Previamente, se mencionaron las diferencias establecidas en el DSM-V-R (2005) entre el Trastorno por Estrés Agudo y el Trastorno por Estrés Postraumático que se centran, por un lado, en el papel más relevante que juegan los síntomas disociativos en el TEA y, por otro, en la duración de los síntomas; señalándose, en este sentido, que “sólo debe establecerse el diagnóstico de trastorno por estrés agudo si los síntomas aparecen durante el primer mes que sigue al acontecimiento traumático, reservando el término trastorno de estrés postraumático para los síntomas que se prolongan más de 4 semanas”. Sin embargo, como también vimos, una característica esencial del estrés postraumático es la persistencia de las reacciones de estrés más allá de la finalización del evento traumático, y en el caso de los niños con cáncer es difícil establecer esta distinción, debido fundamentalmente, a la cronicidad de la amenaza. Así, en el cáncer, como en otras situaciones traumáticas multidimensionales, es difícil establecer el acontecimiento (o acontecimientos) traumático precipitante más relevante, ya que cada fase de la enfermedad puede asociarse a diferentes experiencias amenazantes. Gurevich, Devins y Rodin (2002), sugieren como numerosas situaciones a lo largo de la trayectoria de la enfermedad (detección inicial, confirmación del diagnóstico, procedimientos terapéuticos, etc.) pueden elicitar una respuesta traumática, y la respuesta acumulativa a estas experiencias múltiples, prolongadas e intermitentes, pueden ser diferentes de aquellas que ocurren después de situaciones traumáticas más discretas o delimitadas en el tiempo.

Se ha considerado conveniente evaluar las reacciones de estrés agudo frente a la necesidad de ser IQ, que puede conceptualizarse como un acontecimiento amenazante. Aunque realmente este fenómeno resulta complicado ya que abarca una serie compleja de estresores y reacciones psicológicas acumulativas derivadas de ello.

1.5. Objetivos e Hipótesis

El objetivo general de este trabajo es evaluar la presencia de estrés agudo en niños que han sido intervenidos quirúrgicamente, a la par que estudiar la sintomatología clínica en los progenitores como consecuencia de la enfermedad y hospitalización de sus hijos.

A partir de los grupos y variables considerados en esta investigación, se plantean los siguientes objetivos e hipótesis, ordenadas desde las más generales a las más específicas:

Objetivo 1. Evaluar las reacciones de estrés y otros síntomas a corto plazo en los niños sometidos a IQ y compararlo con los niños no sometidos a IQ, analizando la influencia de variables como el género, la edad y la procedencia de los niños. En este objetivo partimos de que ser sometido a una IQ supone *per se* un acontecimiento vital estresante para el niño, (Giacomantone y col., 1999, Goldberg y col., 1973; Jarast, 1964). Ello se debería traducir en:

Hipótesis 1. En función de los estudios revisados, esperamos encontrar *“Un mayor nivel de estrés en los niños IQ en comparación con los niños no IQ”* de acuerdo con López Roig y col. (1991, 1995), Méndez y col. (1997), Serras (2002) y Sandin (2003), quienes señalan que la hospitalización representa una amenaza para la vida y es un potente estresor para los niños.

Hipótesis 2. En función de la bibliografía revisada, *“Se espera que esos niveles de estrés sean superiores en las chicas que en los chicos (Wolfer y Visintainer, 1975), en los niños más mayores que en los más jóvenes (Meneghello, 2001; Quiles y col., 1999), y en los niños emigrantes frente a los autóctonos”*.

Objetivo 2. Evaluar las reacciones de estrés en los niños IQ considerando el nivel de gravedad de la enfermedad que padecen y analizar el papel que desempeñan las preocupaciones por la cirugía y las estrategias de afrontamiento de los niños en sus reacciones post-quirúrgicas.

Hipótesis 3. *El nivel de gravedad de la enfermedad influirá en las reacciones de estrés post-quirúrgicas de los niños, de manera que a medida que esta aumente, la presencia de estrés y otros síntomas también se incrementará*, en línea con las investigaciones de Fernández y col. (2006) y Méndez y col. (1997). Así, la mayor gravedad de la enfermedad lleva consigo como correlato procedimientos de diagnóstico y tratamiento médico más complejos o, en suma, haber experimentado un mayor volumen de estresores hospitalarios con anterioridad. Eso significa que las reacciones de estrés post-quirúrgicas de los niños enfermos de más gravedad podrían ser un reflejo del estrés crónico que sufren como consecuencia de la enfermedad y sus correlatos asociados. Acorde con lo anterior, la mayor gravedad de la enfermedad debería traducirse también en mayores puntuaciones en ansiedad rasgo (N+ y E-).

Hipótesis 4. *Los efectos de la “mayor hospitalización” característica de los niños que padecen enfermedades más graves se traducirá en reacciones de estrés post-quirúrgicas más acusadas en las chicas que en los chicos, en los niños más mayores frente a los más pequeños (Meneghello, 2001; Quiles y col., 1999) y en los emigrantes frente a los autóctonos (López-Naranjo y col., 2004, Fernández y col., 2006 y Miranda y col., 2005).*

Hipótesis 5. *La cantidad de miedos y preocupación de los niños por la cirugía se espera que sea mayor a medida que aumenta la gravedad de su enfermedad. Además, los distintos tipos de miedos evaluados funcionarán como predictores importantes de las reacciones de estrés post-quirúrgicas en el caso de aquellos niños con enfermedades más graves. En el caso de la menor gravedad, de los tres miedos evaluados, el que a priori tiene más sentido que desempeñe algún papel predictor es el miedo por la hospitalización, hospitalización por la que pasan todos los niños tras la IQ con independencia de la gravedad de su enfermedad (Quiles y col., 2000; Trianes, 2002). Por la misma razón, no se espera que el miedo por la enfermedad y sus correlatos desempeñe papel predictor alguno en las reacciones post-quirúrgica de estos niños.*

Hipótesis 6. Teniendo en cuenta el volumen total de preocupaciones de los niños por la cirugía, se espera que las estrategias de afrontamiento medien de forma diferente en sus reacciones de estrés post-quirúrgicas en función de la gravedad de la enfermedad que padecen en la línea de los estudios de López (1991) y Ortigosa y col. (2009). En el caso de los niños con una mayor experiencia con los correlatos de la enfermedad se espera que el papel mediador recaiga sobre estrategias vinculadas con la acción social positiva en la solución del problema, la búsqueda de apoyo en personas cercanas y el crecimiento personal. En el caso de la menor gravedad este papel mediador con más peso sería desempeñado por estrategias más vinculadas con la huída intrapunitiva o el hedonismo, estrategias que serían más típicas de aquellos niños con una menor experiencia hospitalaria debido a su enfermedad menos grave.

Objetivo 3. Teniendo en cuenta la gravedad de la enfermedad del niño IQ, evaluar la sintomatología clínica y el estado emocional de los progenitores y determinar si se corresponde con el de sus hijos (Lopez-Naranjo y col., 2004; Quiles y col., 1999). Junto a ello tener en cuenta una serie de variables sociodemográficas tanto de los progenitores como de los niños.

Hipótesis 7. El nivel de gravedad de la enfermedad de los hijos se reflejará en la sintomatología clínica de sus progenitores, de manera que a medida que esta aumente, la presencia de síntomas en los padres también se incrementará de modo general y de modo más particular en los síntomas relacionados con la ansiedad y depresión. Del mismo modo, aumentarán las emociones negativas y disminuirán las positivas en aquellos padres que tengan hijos con enfermedad más grave sometidos a IQ (Méndez y col., 1997).

Hipótesis 8. Teniendo en cuenta las variables sociodemográficas de las familias y sus hijos se espera que no solo la gravedad de la enfermedad del niño IQ tenga efectos en el nivel de síntomas de los progenitores, sino también que estos síntomas serán más elevados en las madres que en los padres (Montoya y col., 2005), en los progenitores de niños más pequeños que en los más mayores (Meneghello, 2001; Quiles y col., 1999) y

en los progenitores emigrantes que en los progenitores autóctonos (Arnosó, 2011). El tono emocional más negativo y menos positivo de los progenitores aumentará y disminuirá en consonancia con sus síntomas clínicos considerando las variables sociodemográficas anteriores de acuerdo con las investigaciones de La Montagne y col. (2001).

Hipótesis 9. *Las relaciones entre los síntomas de los padres y los síntomas de sus hijos serán más fuertes cuando mayor sea la gravedad de la enfermedad que padecen los niños, particularmente entre aquellas escalas que evalúen más propiamente los síntomas de ansiedad/depresión. La misma pauta se espera encontrar en relación con la ansiedad rasgo y las preocupaciones y temores por la cirugía infantil evaluadas en los niños (Montoya y col., 2005).*

Hipótesis 10. *En línea con lo anterior el tono emocional negativo de los progenitores tenderá a correlacionar positivamente con los síntomas, la ansiedad rasgo y los temores por la cirugía de los niños, mientras que el tono emocional positivo tenderá a ser independiente o, en todo caso, dará lugar a la obtención de coeficientes negativos (La Montagne y col., 2001).*

II. Método

2.1. Diseño

2.2. Muestra

2.3. Instrumentos de Evaluación

2.3.1. Instrumentos aplicados a los niños

2.3.2. Instrumento aplicado a los padres

2.4. Descripción del procedimiento seguido

2.5. Análisis estadísticos realizados

II. Método

Este punto se dirige a la presentación del modo operativo seguido en el estudio. Se planteará el diseño, se describirán las características de los participantes así como los instrumentos de evaluación que cumplimentaron y, finalmente, se explicará el procedimiento seguido en la recogida de datos y los análisis estadísticos que se aplicaron a estos.

2.1. Diseño

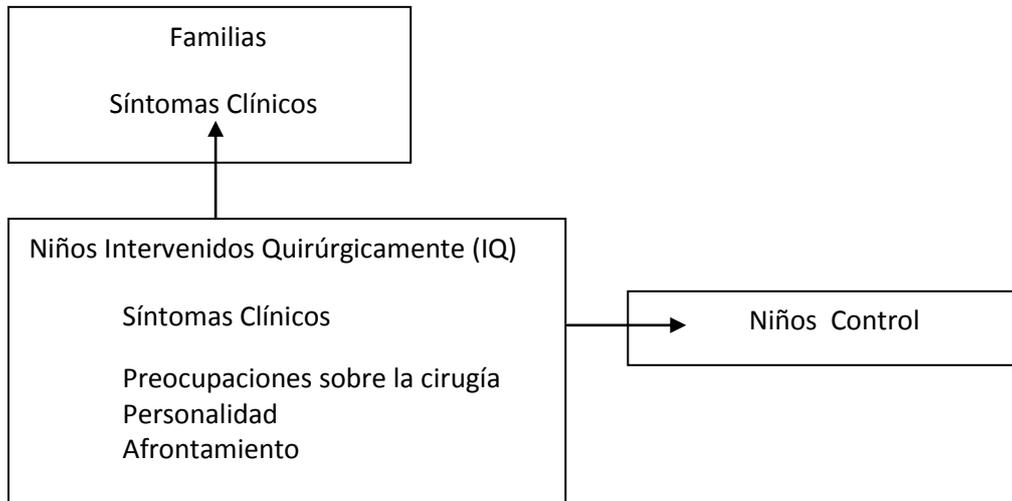
Se trata de un diseño correlacional de corte transversal en el que se relacionan diversas variables sociodemográficas y de personalidad con los síntomas de estrés/ansiedad que muestran niños IQ, siendo comparados a la vez estos niños con el nivel de síntomas que se observa en un grupo de niños no IQ y con el nivel de síntomas que presentan sus padres y madres. En el Gráfico 1 se encuentra una representación gráfica del diseño con las comparaciones que permite realizar, en función de los grupos de participantes y características psicológicas que se evaluaron en cada uno de ellos. Tanto en los niños IQ como en sus familias la evaluación se realizó después de la operación (entre veinticuatro y treinta seis horas después de la intervención quirúrgica).

2.2. Muestra

En la investigación han participado 468 personas entre niños y padres. Los grupos se distribuyen del siguiente modo:

II. MÉTODO

Gráfico 1. Grupos de participantes y características psicológicas que se evaluaron en cada uno de ellos



- (i) Un grupo de niños IQ formado por 172 niños pertenecientes a la unidad de escolares quirúrgicos del Hospital La Fe de Valencia (operados entre abril y diciembre de 2009). Un total de doce no completaron la totalidad de los cuestionarios por encontrarse cansados y convalecientes después de la operación, por lo que fueron eliminados del estudio, quedando finalmente compuesto este grupo por 160 niños (99 chicos y 61 chicas), comprendidos en un rango de edad de entre 9-16 años ($M = 11,39$ y $DT = 1,93$).
- (ii) Un grupo de control, niños y niñas que no fueron sometidos a IQ, compuesto por 136 niños pertenecientes a centros escolares de la ciudad de Valencia y a redes sociales. De este grupo fueron rechazados seis casos por haber sido IQ en la infancia. Por tanto, este grupo queda compuesto por un total de 130 niños (61 chicos y 69 chicas), comprendidos en un rango de edad de entre 9-16 años ($M = 12,41$ y $DT = 2,10$).
- (iii) Un grupo de 160 padres de niños IQ, de los que 40 son hombres y 120 son mujeres. El nivel de estudios de los padres se distribuyó del siguiente modo: 101 poseían estudios primarios (63,1%), 41 medios (25,6%) y 18 poseían estudios universitarios (11,3%).

II. MÉTODO

A continuación se ofrece otra información relativa al grupo de niños IQ y a sus padres.

En la Tabla 2 se encuentra el nivel de gravedad de la IQ a la que fue sometido el niño.

Tabla 2. Nivel de gravedad de la operación: Grupo IQ (N=160)

Niños IQ	Frecuencia	Porcentaje
Grave	30	18.8%
Medio	45	28.1%
No grave	85	53.1%

Como muestra la tabla poco más de la mitad de los niños (53,1%) sufrió una IQ de poca gravedad. En esta investigación el nivel grave incluye intervenciones quirúrgicas en patologías tumorales cancerígenas y en órganos vitales (pulmón, corazón). El nivel medio comprende intervenciones quirúrgicas en las que la enfermedad diagnosticada no hace peligrar la vida del niño, como por ejemplo Enfermedad de Perthes (necrosis en la cabeza del fémur que afecta a la cadera por alteración idiopática de la circulación.) o Reflujo Vesico Ureteral (paso retrogrado de la orina de la vejiga al uréter), epifiolisis de cadera (fractura del cartílago de crecimiento). El nivel leve incluye intervenciones tales como apendicitis, orejas en copa, hipertrofia amigdalal, pies planos, supernumerario, traumatología.

En la Tabla 3 se muestra el número de ingresos hospitalarios previos de los niños.

Tabla 3. Nivel de ingresos hospitalarios: Grupo IQ (N=160)

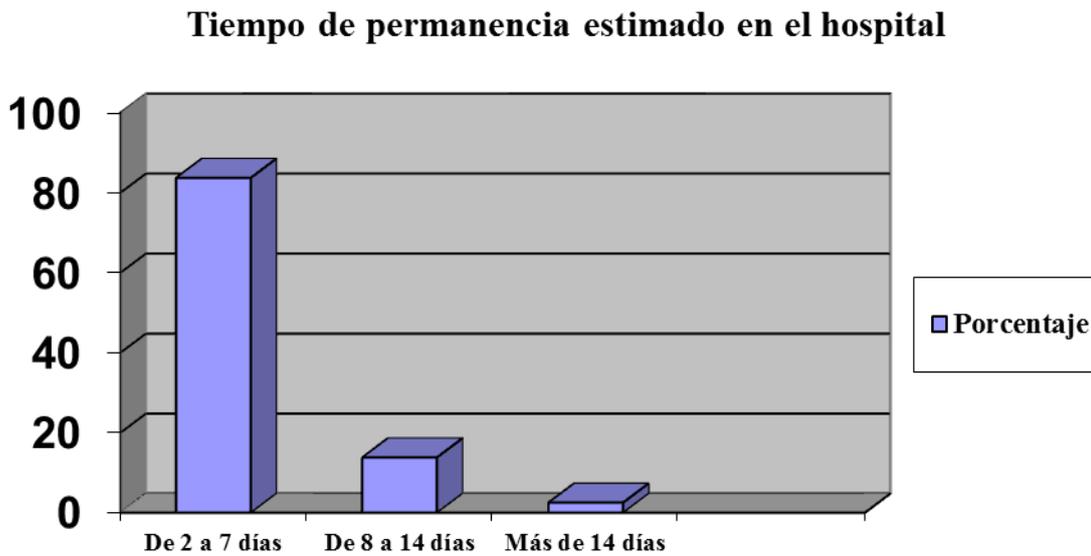
Niños IQ	Frecuencia	Porcentaje
Un ingreso	76	47.5%
Dos ingresos	47	29.4%
Tres ingresos	17	10.6%
Múltiples ingresos	20	12.5%

II. MÉTODO

Como muestra la tabla 3, el 12,5% de los niños ha sufrido múltiples ingresos hospitalarios, mientras que en el polo opuesto, para el 47,5% de los niños, éste representaba su primer ingreso hospitalario.

Respecto a la variable de tiempo de permanencia en el hospital, el Gráfico 2 muestra el tiempo de permanencia estimado de los niños después de la IQ.

Gráfico 2. Tiempo de permanencia estimado en el hospital



Tal como muestra el gráfico, el tiempo de permanencia estimado para el 83,7% de los niños es entre 2 y 7 días, para el resto de niños se sitúa entre 8 y 14 días (13,8%) y más de 14 días el 2,5%.

En la Tabla 4 se presenta el nivel de distribución de los niños (y consecuentemente de sus padres) por lo que se refiere a su procedencia: españoles y emigrantes. Los padres españoles que viven en poblaciones lejanas a Valencia o en otros lugares de la Comunidad Valenciana (Pego, Canals), les hemos llamado no residentes.

Tabla 4. Residencia acompañantes familiares niños IQ y niños control

	Niños con intervención		Niños control	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Residente	101	63.1%	98	75.4%
No residente	19	11.9%	2	1.5%
Emigrante	40	25.0%	30	23.1%

2.3. Instrumentos de evaluación

Inicialmente se recogió información clínica y sociodemográfica de cada paciente a través de un registro de entrevista estructurada realizado por la investigadora. Por un lado los datos proporcionados por el hospital sobre los niños (fecha del ingreso y tipo de enfermedad) y por otro el registro (apartado I de los anexos) que cumplimentaban la madre o el padre sobre aspectos sociodemográficos: edad, nivel de estudios, nacionalidad y número de ingresos. Además el registro contiene aspectos psicológicos como el grado de preocupación de los padres y las emociones experimentadas ante la operación de sus hijos. Estas últimas fueron seleccionadas a partir de la *Lista de Emociones Positivas y Negativas (PANAS)*, elaborada por Watson, Clark y Tellegen (1988). Esta escala, recoge a través de 20 descripciones el Afecto Positivo (Interesado, Ilusionado, Fuerte, Entusiasmado, Satisfecho contigo mismo, Despierto, Inspirado, Decidido, Concentrado, Activo) y otra en Afecto Negativo (Angustiado, Afectado, Culpable, Asustado, Agresivo, Irritable, Avergonzado, Nervioso, Agitado y Miedoso). La escala de Watson y col. (1988), ha servido de inspiración para elaborar y describir las emociones positivas y negativas en los padres, extrayendo las que considerábamos más significativas, por lo que la escala en si misma no se ha aplicado a los progenitores.

2.3.1. Instrumentos aplicados a los niños

A continuación se presentan los instrumentos de evaluación que realizaban los niños. De todos ellos únicamente el primero que es el que evalúa los síntomas clínicos, fue cumplimentado por el grupo control.

1. La Parte II de la Escala de Mi Peor Experiencia (MWES) MPE de Hyman y Snook (2002)

La Parte II de la MWES que en adelante llamaremos MPE, consiste en una escala de autoinforme que evalúa los síntomas experimentados después de un evento traumático y que está diseñada para ser realizada por niños y adolescentes en un rango de edad de 9-18 años. Concretamente a los encuestados se les pide que indiquen la frecuencia, según una escala tipo Likert (0 = “no sucedió”; 1 = “una vez”; 2 = “algunas veces”; 3 = “frecuentemente”; 4 = “muchas veces”; 5 = “todo el tiempo”), de 105 pensamientos, sentimientos y comportamientos que pueden haber experimentado después del evento traumático, y que en el caso de este estudio se refiere a haber sido sometido a una IQ.

El cuestionario evalúa 11 subescalas de síntomas, correspondiéndose cuatro de ellas (Impacto del evento, Reexperimentación del trauma, Evitación/Embotamiento, e Hiperactivación) con los criterios A, B, C y D para el diagnóstico de TEPT según el DSM-IV-R. Dado que el instrumento ha sido administrado en formato de entrevista, no se ha considerado como un problema grave la edad límite inferior.

A continuación ofrecemos una descripción más detallada de todas las subescalas.

1- Impacto del estresor (4 ítems):

Ítems que demuestran el impacto que el estresor tiene en el sujeto.

Algunos ejemplos son:

Me he puesto muy nervioso.

He tenido dificultad para dormir o quedarme dormido/a.

2- Reviviendo el trauma (10 ítems):

Ítems que muestran que la persona experimenta el evento otra vez, por los sueños, pensamientos intrusos o flashbacks.

Algunos ejemplos son:

Me ha costado pensar porque recuerdo lo que ha ocurrido.

He tenido pesadillas sobre cosas que no puedo contar a nadie.

3- Evitación (26 ítems):

Ítems que indican si la víctima evade el lugar donde ocurrió el incidente, situaciones similares o cualquier cosa que recuerde el incidente. Algunos ejemplos son:

No he podido hablar de lo que ha sucedido.

No he podido recordar cosas sobre lo que ha pasado.

4- Incremento del Arousal (21 ítems):

Ítems que muestran que el sujeto es particularmente física o psicológicamente *activado* (*arousal*), ambos en términos de atención limitada como también aumento de irritabilidad. Algunos ejemplos son:

No he podido pensar con claridad.

He tenido dificultad para dormir o quedarme dormido.

5- Depresión (27 ítems):

Ítems que indican si el sujeto siente tristeza, distracción o pérdida de motivación y sentimientos negativos en torno al futuro.

Algunos ejemplos son:

No he podido entusiasarme por las cosas como antes.

He querido estar solo.

6- Desesperanza (12 ítems):

Estos ítems indican culparse a sí mismo, percepción negativa de uno mismo y pensamientos de suicidio.

Algunos ejemplos son:

No me importa el futuro. o He sentido que la vida no vale la pena.

7- Síntomas psicossomáticos (7 ítems):

Ítems que indican síntomas físicos, tales como dolores de cabeza o de estómago.

Algunos ejemplos son:

Me han dolido zonas del cuerpo sin razón aparente.

Me ha dolido el estómago.

8- Conducta oposicionista (16 ítems):

Ítems que indican un comportamiento conflictivo, especialmente en adultos, abusos de drogas y alcohol, problemas en el colegio y con las normas.

Algunos ejemplos son:

He sentido ganas de molestar a otros niños/as.

Me he sentido con ganas de pelear todo el tiempo.

9- Hipervigilancia (14 ítems):

Ítems que indican nerviosismo o ansiedad, sentimientos de venganza y persecución.

Algunos ejemplos son:

Me mantengo en alerta para que no me hieran otra vez.

He tenido miedo de cualquier persona que se parece a la que me ha hecho daño.

10- Disociación y sueños (10 ítems):

Ítems que indican sueños con contenido negativo y pérdida de memoria.

Algunos ejemplos son:

He hecho cosas que luego no recuerdo haber hecho.

He tenido pesadillas.

11- Mal ajuste general (16 ítems):

Ítems que indican emociones y comportamientos que no encajan en ninguna otra de las categorías, tales como miedos y regresión.

Algunos ejemplos son:

He deseado ser un niño pequeño otra vez.

He comenzado a chuparme el dedo.

II. MÉTODO

El análisis de la fiabilidad presentado en el manual de la escala (Hyman y Snook, 2002), informa de coeficientes de consistencia interna para las diferentes subescalas que oscilan entre 0,68 y 0,91, mientras que los coeficientes test-retest oscilan entre 0,88 y 0,95. En el estudio llevado a cabo por Ateah y Cohen (2009) la consistencia total de la escala obtuvo un valor de 0,97 y en el estudio más reciente llevado a cabo por Ranf (2011) con una muestra de más de 450 adolescentes españoles, los valores del Alfa de Cronbach oscilaron entre 0,73 para las escalas de Desajuste General e Impacto y 0,95 para la escala de Depresión. El resto de subescalas presentaban coeficientes con valores superiores a 0,80.

Un ejemplar de esta prueba se encuentra en el ANEXO I.

2. Cuestionario de Preocupaciones sobre la Cirugía Infantil (Forma Adolescentes) de Quiles, Méndez y Ortigosa (1998)

El Cuestionario de Preocupaciones sobre la Cirugía Infantil en versión para adolescentes (CPCI-A), se emplea asimismo con pre-adolescentes de 11 a 14 años, tratándose de un cuestionario dirigido específicamente a evaluar las principales preocupaciones ante la eventualidad de ser sometido a una intervención quirúrgica. Se compone de 27 ítems en los que el pre-adolescente evalúa el nivel de preocupación generado por cada uno de los estresores mediante una escala de estimación de 5 puntos (0 = “nada preocupado”; 1 = “algo preocupado”; 2 = “moderadamente preocupado”; 3 = “bastante preocupado”; 4 = “muy preocupado”).

Los estudios psicométricos permiten concluir que ambas formas (forma niños y adolescentes) del cuestionario son válidas y fiables para evaluar las preocupaciones prequirúrgicas en la población española infantil y pre-adolescente. En el presente trabajo se ha utilizado la prueba para abordar los miedos relacionados con la intervención de forma retrospectiva. Los 27 ítems están referidos a enfermedad, dolor, muerte, inyecciones y agujas, anestesia, operación, quirófano, padres, estancia hospitalaria, relaciones interpersonales, etc. y se agrupan en tres factores:

II. MÉTODO

El primer factor, ***preocupaciones sobre la hospitalización***, contiene 11 ítems, referidos a aspectos de la estancia hospitalaria, como me preocupa si mis padres podrán permanecer conmigo o saber cuándo podré abandonar el hospital.

Algunos ejemplos de estos ítems son:

“Separarme de mis padres antes de la operación”

“Qué sentiré durante la operación”

El segundo factor, ***preocupaciones sobre los procedimientos médicos***, contiene 6 ítems, relativos a procedimientos médicos atemorizantes y a la presencia de dolor durante su aplicación, como me preocupa que me hagan daño cuando me estén operando o las inyecciones.

Algunos ejemplos de estos ítems son:

“Que me hagan daño cuando me estén operando”

“Las inyecciones”

El tercer factor, ***preocupaciones sobre la enfermedad y sus repercusiones*** contiene 6 ítems, relacionados con el hecho de estar enfermo y sus consecuencias negativas, como me preocupa esta enfermedad de la que me van a operar o no poder hacer las mismas cosas que antes de esta enfermedad.

Algunos ejemplos de estos ítems son:

“Esta enfermedad de la que me van a operar”

“No curarme totalmente de esta enfermedad”

Un ejemplar de esta prueba se encuentra en el ANEXO I.

3. El Cuestionario de Personalidad EPQ-J. de H.J. Eysenck y S.B.G. Eysenck (1978)

Se trata de un instrumento compuesto por 81 ítems con alternativa de respuesta de Sí/No que permite evaluar las dimensiones generales del modelo de Eysenck (neuroticismo, extraversión-introversión y psicoticismo), además de la escala L (mentiras) y proporcionar una medida de la conducta antisocial. La adaptación española de la versión J fue realizada por Seisdedos y Cordero (1978) y es aplicable a niños con un rango de edad de entre 8-15 años. En esta investigación hemos utilizado únicamente las

II. MÉTODO

escalas correspondientes a Extraversión (E) y Neuroticismo (N). Una descripción de las mismas es como sigue:

La dimensión de Extraversión (E), compuesta por 24 ítems, evalúa el grado de sociabilidad de la persona. Esta dimensión indica si la persona es reservada o gregaria. Ejemplos de ítems que componen esta escala serían:

“¿Te agrada que haya mucha animación a tu alrededor?”

“¿Eres muy alegre y animoso?”

“¿Te gustaría actuar en una comedia organizada en el colegio?”

La dimensión de Neuroticismo (N) o inestabilidad emocional, se encuentra compuesta por 20 ítems. Esta dimensión se relaciona con la baja tolerancia al estrés, tanto físico (el caso de situaciones dolorosas) como psicológico (situaciones frustrantes o conflictivas). Ejemplos de ítems que componen esta escala serían:

“¿Cambia tu estado de humor con facilidad?”

“¿Te molesta mucho que los mayores te nieguen lo que pides?”

“Al acabar de hacer algo, ¿piensas generalmente que podrías haberlo hecho mejor?”

En cuanto a los criterios de bondad psicométricos de la prueba, la adaptación española muestra una gran correspondencia con la versión inglesa, de forma que los coeficientes de consistencia interna, tanto para la dimensión de E como para la de N, oscilan alrededor de 0,98. Además, en la adaptación española estas dos escalas son independientes, tanto en el caso de los chicos como de las chicas ($r = -0,09$).

Un ejemplar de esta prueba se encuentra en el ANEXO I

4. Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) de Frydenberg y Lewis (1997)

Lazarus y Folkman (1986) ponen de relevancia la percepción del sujeto y las reacciones emocionales consiguientes al encontrarse con una situación determinada, siendo que no es la situación en sí misma la que genera la reacción sino la percepción que tiene de dicha situación. Estos autores propusieron dos estilos de afrontamiento generales:

II. MÉTODO

focalizado en el problema (modificar la situación problemática para hacerla menos estresante) o en la emoción (reducir la tensión, la activación fisiológica y la reacción emocional). A partir de este modelo se han desarrollado instrumentos para evaluar el afrontamiento en adolescentes, tal como el de Frydenberg y Lewis (1997). Este instrumento evalúa los dos estilos propuestos por Folkman y Lazarus (1985) y un tercer estilo, el Improductivo, propuesto por Frydenberg y Lewis (1997).

La adaptación española de la ACS fue realizada por Pereña y Seisdedos (1997). Existen dos formas de administración de la Escala ACS: una general, que se utiliza para explorar cómo los adolescentes afrontan de modo general, y otra específica que se administra para evaluar qué estrategias de afrontamiento utilizan los jóvenes frente a una situación específica. A los efectos de este estudio se aplicó la forma específica de la misma.

La ACS consta de 80 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 1-5 (1 = “No me ocurre nunca o no lo hago”; 2 = “Me ocurre o lo hago raras veces”; 3 = “Me ocurre o lo hago algunas veces”; 4 = “Me ocurre o lo hago a menudo”; 5 = “Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia”) y es aplicable en un rango de edad de entre 12-18 años. Dado que el instrumento fue administrado en formato de entrevista, no se ha considerado como un problema grave la edad límite inferior, al igual que ocurría con el Cuestionario de Mi peor Experiencia. Los ítems de la ACS exploran la frecuencia con la que los adolescentes utilizan estrategias específicas para afrontar las situaciones estresantes. Las estrategias se agrupan en las siguientes 18 subescalas:

Buscar apoyo social (As): incluye los elementos que indican una inclinación a compartir el problema con los demás y conseguir ayuda para afrontarlo. Contiene 5 ítems.

Ejemplo: “Hablar con otros para apoyarnos mutuamente”

Concentrarse en resolver el problema (Rp): es la estrategia que se dirige a abordar el problema sistemáticamente y que tienen en cuenta diferentes puntos de vista u opciones de solución. Contiene 5 ítems.

Ejemplo: “Considerar otros puntos de vista y tratar de tenerlos en cuenta”

II. MÉTODO

Esforzarse y tener éxito (Es): se refiere a conductas de trabajo, laboriosidad e implicación personal. Contiene 5 ítems.

Ejemplo: “Trabajar intensamente”

Preocuparse (Pr): se caracteriza por elementos que indican temor por el futuro en términos generales o, más en concreto, preocupación por la felicidad futura. Contiene 5 ítems.

Ejemplo: “Preocuparme por lo que está pasando”

Invertir en amigos íntimos (Ai): se refiere al esfuerzo por comprometerse en alguna relación personal de tipo íntimo. Contiene 5 ítems.

Ejemplo: “Llamar a un amigo íntimo”

Buscar pertenencia (Pe): indica una preocupación o interés por las relaciones con los demás en general y, más específicamente, por lo que los otros piensan de uno. Contiene 5 ítems.

Ejemplo: “Mejorar mi relación personal con los demás”

Hacerse ilusiones (Hi): consta de elementos que están basados en la esperanza y en la expectativa de que todo tendrá un final feliz. Contiene 5 ítems.

Ejemplo: “Soñar despierto que las cosas irán mejorando”

Falta de afrontamiento o no afrontamiento (Na): se compone de elementos que reflejan el intento de sentirse mejor mediante acciones que reduzcan la tensión. Contiene 5 ítems.

Ejemplo: “No tengo forma de afrontar la situación”

Reducción de la tensión (Rt): se caracteriza por elementos que reflejan un intento de sentirse mejor y relajar la tensión. Contiene 5 ítems.

Ejemplo: “Intentar sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando otras drogas”

II. MÉTODO

Acción social (So): consiste en dar a conocer a los demás cuál es la preocupación y buscar ayuda escribiendo peticiones u organizando actividades como reuniones o grupos. Contiene 4 ítems.

Ejemplo: “Unirme a gente que tiene el mismo problema”

Ignorar el problema (Ip): agrupa los elementos que reflejan un esfuerzo consciente por negar el problema o desentenderse de él. Contiene 4 ítems.

Ejemplo: “Aislarme del problema para poder evitarlo”

Autoinculparse (Cu): incluye conductas que indican que el sujeto se ve como culpable o responsable de su problema o dificultad. Contiene 4 ítems.

Ejemplo: “Sentirme culpable”

Reservarlo para sí (Re): está representada por elementos que indican que el sujeto tiende a aislarse de los demás y a impedir que conozcan sus preocupaciones. Contiene 4 ítems.

Ejemplo: “Evitar que otros se enteren de lo que me preocupa”

Buscar apoyo espiritual (Ae): está compuesto por elementos que reflejan una tendencia a rezar y a creer en la ayuda de Dios o de un líder espiritual. Contiene 4 ítems.

Ejemplo: “Leer un libro sagrado o de religión”

Fijarse en lo positivo (Po): se caracteriza por elementos que indican una visión optimista y positiva de la situación presente y una tendencia a ver el lado bueno de las cosas y a sentirse afortunado. Contiene 4 ítems.

Ejemplo: “Tratar de tener una visión alegre de la vida”

Buscar ayuda profesional (Ap): denota el uso de consejeros profesionales como un maestro o un psicólogo. Contiene 4 ítems.

Ejemplo: “Pedir ayuda y consejo para que todo se resuelva”

II. MÉTODO

Buscar diversiones relajantes (Dr): incluye elementos que describen situaciones de ocio y relajantes tales como la lectura y la pintura. Contiene 3 ítems.

Ejemplo: “Salir y divertirme para olvidar mis dificultades”

Distracción física (Fi): consta de elementos que describen la dedicación al deporte, al esfuerzo físico y a mantenerse en forma. Contiene 3 ítems.

Ejemplo: “Mantenerme en forma y con buena salud”

Aunque en la adaptación española de Pereña y Seisdedos (1997) se proponen cuatro agrupaciones denominadas respectivamente *acción positiva y esforzada*, *huida intrapunitiva*, *acción positiva hedonista* e *introversión*, éstas únicamente explicaban alrededor del 53% de la varianza. En esta adaptación tampoco se informa de los coeficientes de consistencia interna de los diferentes factores. Otros estudios en los que se ha utilizado esta prueba, han encontrado otras agrupaciones empíricas diferentes (Ranf, 2011). En este estudio hemos optado por trabajar con las agrupaciones más idóneas en nuestra muestra de niños IQ. Para ello hicimos un análisis factorial (rotación varimax con normalización de Kaiser) que dio lugar a seis agrupaciones que explicaron cerca del 68% de la varianza total (ver Capítulo III). La denominación de estas agrupaciones y su composición han sido las siguientes:

Huída intrapunitiva, muy parecido al segundo del mismo nombre propuesto por Pereña y Seisdedos (1997), definido por las siguientes escalas: ignorar el problema (Ip), reducción de la tensión (Rt), autoinculparse (Cu), no afrontamiento (Na), reservado para sí (Re) y hacerse ilusiones (Hi). Contiene 27 ítems en total.

Acción social positiva en la solución del problema, compuesto por las escalas de: buscar apoyo social (As), concentrarse en resolver el problema (Rp), acción social (So) y buscar apoyo profesional (Ap), que dada su carga positiva en este factor, quedaría mejor representado que en el primero. Contiene 18 ítems en total.

II. MÉTODO

Búsqueda de apoyo en las personas cercanas, compuesto por la escala de invertir en amigos íntimos (Ai) y por la de buscar pertenencia (Pe). Contiene 10 ítems en total.

Hedonismo, compuesto por la escala de buscar diversiones relajantes (Dr) y por la de distracción física (Fi). Contiene 6 ítems en total.

Crecimiento personal, compuesto por las escalas de fijarse en lo positivo (Po) y buscar apoyo espiritual (Ae). Contiene 8 ítems en total.

Acción personal positiva en la solución del problema, compuesto por las escalas de esforzarse y tener éxito (Es) y preocuparse (Pr). Contiene 10 ítems en total.

En el Capítulo III, en el apartado correspondiente de resultados se presentan los coeficientes de consistencia interna (alpha de Cronbach) de cada una de estas agrupaciones, coeficientes que oscilan entre 0,69 y 0,88.

Un ejemplar de esta prueba se encuentra en el ANEXO I.

2.3.2. Instrumento aplicado a los padres

1. El Inventario de Síntomas SCL-90-R de Derogatis (1983)

En este trabajo se ha empleado la adaptación española realizada por González de Rivera y cols. (2002). El inventario ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico.

A cada uno de los 90 ítems que lo integran se responde sobre la base de una escala de cinco puntos que se extiende desde un valor de 0 a 4 (0 = “nada en absoluto”; 1 = “un poco”; 2 = “moderadamente”; 3 = “bastante”; 4 = “Mucho o extremadamente”). El instrumento evalúa nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico. Las nueve dimensiones primarias son las siguientes:

II. MÉTODO

Somatizaciones (12 ítems): Evalúa la presencia de malestar que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios).

Ejemplo: “Nudo en la garganta”

Obsesiones y compulsiones (10 ítems): Incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre: pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.

Ejemplo: “Dificultad para recordar cosas”

Sensibilidad interpersonal (9 ítems): Se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes.

Ejemplo: “Sentirse incomprendido”

Depresión (13 ítems): Los ítems que integran esta subescala son una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas.

Ejemplo: “Sensación de estar atrapado”

Ansiedad (10 ítems): Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.

Ejemplo: “Sentirse tenso o agitado”

Hostilidad (6 ítems): Esta dimensión hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo.

Ejemplo: “Arrebatos de cólera”

Ansiedad fóbica (7 ítems): Este malestar alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca.

II. MÉTODO

Ejemplo: “Miedo a salir de casa solo”

Ideación paranoide (6 ítems): Evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.

Ejemplo: “Los otros no le valoran”

Psicoticismo (10 ítems): Esta dimensión se ha construido con la intención de que represente el constructo en tanto dimensión continua de la experiencia humana. Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

Ejemplo: “Controlan sus pensamientos”

Respecto a los **índices globales**, la prueba incluye los siguientes:

1) Índice de Gravedad Global (IGG): es un buen indicador del nivel actual de la severidad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido.

2) Total de síntomas positivos (SP): se estima contando el total de ítems que tienen una respuesta positiva (mayor que cero). En sujetos de población general, puntuaciones brutas iguales o inferiores a 3 en varones e iguales o inferiores a 4 en mujeres son consideradas como indicadoras de un intento consciente de mostrarse mejores de lo que realmente están (imagen positiva).

Puntuaciones brutas superiores a 50 en varones y a 60 en mujeres indican lo contrario: tendencia a exagerar sus patologías.

3) Índice de Malestar Sintomático Positivo (PSDI): pretende evaluar el estilo de respuesta indicando si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares que lo aquejan. Puntuaciones extremas en este índice también sugieren patrones de respuestas que deben analizarse en términos de actitudes de fingimiento.

II. MÉTODO

Estos tres indicadores reflejan aspectos diferenciales de los trastornos a ser evaluados. En términos generales una persona que ha completado su escolaridad primaria lo puede responder sin mayores dificultades. En caso de que el sujeto evidencie dificultades lectoras es aconsejable que el examinador le lea cada uno de los ítems en voz alta.

En circunstancias normales su administración no requiere más de quince minutos. Se le pide a la persona que está siendo evaluada que responda en función de cómo se ha sentido durante los últimos siete días, incluyendo el día de hoy (el de la administración del inventario). Es aplicable a personas entre 13 y 65 años de edad.

En esta investigación utilizaremos únicamente el índice de gravedad global, ya que es el mejor indicador del malestar subjetivo general que presenta la persona. En la prueba también existen indicadores adicionales, cuyos ítems son:

Ítems adicionales

El SCL-90-R incluye siete ítems que no se incorporan a las nueve dimensiones ya mencionadas pero que tienen relevancia clínica, dado que constituyen un claro referente de **Depresión Melancólica**.

19: Poco apetito

44: Problemas para dormir

59: Pensamientos acerca de la muerte o el morir

60: Comer en exceso

64: Despertarse muy temprano.

66: Sueño intranquilo.

89: Sentimientos de culpa.

Existen estudios sobre su validez estructural y convergente así como acerca de su consistencia interna y fiabilidad test-retest. La consistencia interna de las 9 dimensiones calculada, bien por el procedimiento de las dos mitades, bien mediante el alpha de Cronbach, da lugar a valores en la muestra clínica psiquiátrica española que se asemejan mucho a los descritos por Derogatis, con valores entre 0,81 y 0,90. Los coeficientes de

consistencia interna indican que la homogeneidad de los ítems que conforman cada dimensión es muy alta, con elevada correlación entre ellos. Los valores de los coeficientes de fiabilidad como estabilidad temporal están entre 0,78 y 0,90 descritos por Derogatis, con un intervalo test-retest de una semana. Sin embargo, no se debe olvidar que si el intervalo de tiempo es largo, la estabilidad será mucho menor, ya que hay una cierta oscilación natural de la sintomatología.

2.4. Descripción del procedimiento seguido

En el mes de Enero de 2009 se estableció contacto con el subdirector del Hospital La Fe de Valencia Dr. José Ramón Mínguez Estevan al cual se le solicitó el permiso para llevar a cabo la investigación.

Los pacientes estaban en el pabellón infantil, en la planta primera, llamado Escolares Quirúrgicos. El Jefe de cirugía pediátrica es el Dr. Carlos Garcia-Sala Viguer. En esta sala, las supervisoras de la sala, me ayudaron y explicaron la rutina del hospital. Su amabilidad y colaboración fue muy valiosa para realizar la investigación. Para tomar los datos de la muestra, durante los meses de abril, mayo y junio, septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2009 acudí al hospital casi todas las mañanas.

El procedimiento consistía en mirar previamente el registro del día anterior y de los dos días anteriores, anotar los niños que habían sido sometidos a IQ. La elección la hacía sobre todo por la edad de los niños, ya que los menores de nueve años podrían tener dificultades para comprender y contestar los cuestionarios (sobre todo el ACS).

Una vez realizadas las anotaciones: fecha del ingreso, tipo de enfermedad, edad del niño, sexo, nº de habitación y nº de cama, desde el pasillo, a través del cristal de la puerta podía ver a los niños que tenía anotados. Esto permitía reconsiderar si entrar o no de acuerdo al estado psicológico y físico del niño y de su familia.

Algunos niños estaban dormidos con la habitación en penumbra. A veces los padres denotaban cansancio y sufrimiento y entonces seleccionaba los más convenientes por su estado: estar despierto, activo, a veces leyendo o haciendo los deberes de la profesora

II. MÉTODO

del hospital o jugando. Entraba en la habitación, me presentaba, hablaba del estudio y de la voluntariedad del mismo y les preguntaba si querían participar. La respuesta más frecuente era que sí. Los padres firmaban el consentimiento informado y entregaba los cuestionarios. Los leía a los niños casi siempre y ellos contestaban y el tiempo aproximado era de 45 minutos. La madre o el padre permanecían en la habitación realizando su cuestionario.

A veces las familias, al oír en mi presentación que era psicóloga mostraban un gran interés en colaborar y contarme sus vivencias respecto a la intervención quirúrgica y hablarme de sus hijos.

Por lo que se refiere a los niños del grupo control, fueron obtenidos a través de redes sociales cercanas. Como este número de niños era insuficiente, el resto de la muestra se obtuvo de un centro escolar concertado de la ciudad de Valencia.

Las redes sociales que se utilizaron fueron familiares directos e indirectos, hijos de amigos del vecindario y del lugar de veraneo. Vecindario cercano y entorno del lugar de residencia. La prueba se les entregaba a los padres y se les pedía que confirmaran antes que los niños no habían sido sometidos a intervención quirúrgica.

El colegio donde se realizó la prueba MPE (II parte), fue el Colegio Engeba de Valencia que dio su permiso y para ello se reunieron todos los órganos directivos del Centro y AMPA. Se pidió la colaboración a los niños de 5º de Educación Primaria hasta 2º de ESO. Los niños que aportaron la autorización por escrito de los padres fueron evaluados. Se aplicó el test sin excluir a los niños IQ y cuando contestaron se les pidió que anotaran si habían sido operados, las pruebas en las que constaba que habían sido operados fueron excluidas.

2.5. Análisis estadísticos realizados

Los análisis estadísticos aplicados los podemos resumir en dos apartados. Por una parte se han realizado análisis de medias y correlacionales, así como análisis de varianza en el

II. MÉTODO

contexto de un diseño factorial 2 X 2. Por otra, análisis multivariados, concretamente: análisis factorial discriminante, y de regresión (simple y en el contexto de la lógica del análisis mediacional). En todo caso, en cada uno de los apartados de resultados se especifica el tipo de análisis aplicado a los datos recogidos.

III. Resultados

3.1. Análisis de la Fiabilidad

3.2. Reacciones de estrés en los niños IQ

3.3. Gravedad de la enfermedad e intervención quirúrgica

3.3.1. Gravedad de la enfermedad y reacciones de estrés/ansiedad post-quirúrgicas

3.3.2. La influencia de las variables sociodemográficas

3.3.3. Preocupación por la cirugía y reacciones de estrés post-quirúrgica

3.3.4. Preocupaciones por la cirugía, afrontamiento y reacciones post-quirúrgicas

3.4. Gravedad de la enfermedad del niño IQ: correspondencia entre los síntomas y estado emocional de los padres con las reacciones de estrés/ansiedad y los temores por la cirugía de sus hijos

3.4.1. Síntomas psicológicos generales y estado emocional de los padres considerando la gravedad de la enfermedad de sus hijos IQ

3.4.2. Gravedad de la enfermedad del hijo, variables sociodemográficas y síntomas clínicos en los padres

3.4.3. La correspondencia entre las reacciones de estrés/ansiedad de los padres y de sus hijos

3.4.4. La correspondencia entre el estado emocional de los padres y los síntomas de sus hijos

III. RESULTADOS

Los resultados que a continuación se exponen, comienzan por el análisis de la fiabilidad de las diferentes variables que se han manejado en esta investigación. Por un lado las correspondientes a los instrumentos empleados con los niños y, por otra, con los padres. El resto de resultados se han agrupado en tres grandes bloques que son coincidentes con los tres objetivos específicos que fueron planteados en el marco teórico del Capítulo 1. En el primero se analizan las reacciones de estrés de los niños que son sometidos a IQ a la vez que se estudia la influencia de diferentes variables sociodemográficas en esas reacciones. En el segundo, se aborda el papel central que la gravedad de la enfermedad posee en esas reacciones, prestando especial atención a características de los niños tales como sus miedos y preocupaciones por la cirugía y sus modos de afrontamiento típicos ante las situaciones estresantes. Por último, en el tercer bloque, se ofrecen los resultados relativos a la sintomatología de los progenitores y si estos difieren en función de distintas variables sociodemográficas.

3.1. Análisis de la Fiabilidad

Los resultados relativos a los análisis de fiabilidad (α de Cronbach) de las variables evaluadas a través de los cuestionarios CPCI (Cuestionario de Preocupaciones de Cirugía Infantil), EPQ-J (dimensiones de Extraversión y Neuroticismo) y ACS (afrontamiento), se encuentran respectivamente en las Tablas 5, 6 y 7. También se muestran los descriptivos básicos (medias y desviaciones típicas). Recordemos que esta información se obtuvo únicamente del grupo de niños IQ.

III. RESULTADOS

Tabla 5. Consistencia interna (α de Chronbach) Cuestionario de Preocupaciones de Cirugía Infantil **CPCI**. Grupo de niños IQ (N=160)

	α	M	DT
Preocupaciones sobre la hospitalización	.87	18,74	8,68
Preocupaciones sobre los procedimientos médicos	.91	13,06	6,02
Preocupaciones sobre la enfermedad y sus repercusiones	.85	12,59	5,23

Tabla 6. Consistencia interna (α de Chronbach) Cuestionario de Personalidad **EPQ-J (Dimensiones de Extraversión y Neuroticismo)**. Grupo de niños IQ (N=160)

	α	M	DT
Extraversión	.83	13,23	5,27
Neuroticismo	.68	9,64	3,64

Comentario de resultados de las Tablas 5, 6, 7.

- (i) La Tabla 5 muestra que los coeficientes de fiabilidad de las variables evaluadas por el CPCI son altos, con coeficientes que alcanzan .87 en la variable de Preocupaciones sobre la hospitalización y de .91 y .85 en las variables de Preocupaciones sobre los procedimientos médicos y de Preocupaciones sobre la enfermedad y sus repercusiones, respectivamente.
- (ii) La Tabla 6 muestra que los coeficientes de fiabilidad en el instrumento EPQ-J arrojan una consistencia alta para Extraversión (.83) y más moderada (.68) para Neuroticismo.

III. RESULTADOS

Tabla 7. Consistencia interna (α de Chronbach) Escala de afrontamiento ACS (Afrontamiento). Grupo de niños IQ (N=160)

Factores de primer orden	α	M	DT
AS - Buscar apoyo social	.79	13,80	4,41
Rp - Concentrarse en resolver el problema	.80	12,74	4,31
Es - Esforzarse y tener éxito	.71	11,32	3,71
Pr - Preocuparse	.44	9,01	2,54
Ai - Invertir en amigos íntimos	.74	8,32	3,28
Pe - Buscar pertenencia	.73	9,41	3,46
Hi - Hacerse ilusiones	.65	8,58	2,96
Na - Falta de afrontamiento o no-afrontamiento	.76	9,15	3,64
Rt - Reducción de la tensión	.39	6,63	1,73
So - Acción social	.71	6,22	2,49
Ip - Ignorar el problema	.31	5,79	1,63
Cu - Autoinculparse	.77	6,05	2,57
Re - Reservarlo para sí	.80	6,23	2,76
Ae - Buscar apoyo espiritual	.69	7,31	3,06
Po - Fijarse en lo positivo	.62	7,76	2,65
Ap - Buscar ayuda profesional	.71	12,86	3,37
Dr - Buscar diversiones relajantes	.62	6,15	2,30
Fi - Distracción física	.55	6,00	2,18
Factores de segundo orden			
Huida intrapunitiva	.88	42,43	11,28
Acción social positiva en la solución del problema	.84	45,61	10,26
Búsqueda de apoyo en las personas cercanas	.82	17,73	5,94
Hedonismo	.71	12,15	3,85
Crecimiento personal	.71	15,08	4,66
Acción personal positiva en la solución del problema	.69	20,34	5,17

- (iii) En la parte superior de la Tabla 7 aparecen los coeficientes de fiabilidad de los factores de primer orden del Cuestionario ACS. En la parte inferior se muestran los alfas correspondientes a los factores de segundo orden que fueron extraídos en nuestro estudio (ver más adelante). De los 18 factores de primer orden, 10 obtienen unos valores que oscilan entre .70 y .80. Las variables que obtendrían los coeficientes más bajos serían Ip (Ignorar el problema), Rt (Reducción de la tensión) y Pr (Preocuparse), con alfas que no llegan o que apenas superan el .40. Mejores son los coeficientes alcanzados en los factores de segundo orden. Así, Huida intrapunitiva, Accion social positiva en la solución del problema y Búsqueda de apoyo en personas cercanas obtienen índices de fiabilidad superiores a .80. Los otros tres factores de segundo orden dan lugar a coeficientes en torno a .70. Serán estos factores de segundo orden los que tendremos en cuenta en esta investigación.

A continuación se presenta la consistencia interna, las medias y desviaciones típicas (Tabla 8) para las variables de síntomas evaluadas a través del MPE (Mi Peor Experiencia). Recordemos que los síntomas fueron evaluados tanto en el Grupo IQ como en el GC.

- (i) Cuando analizamos los resultados obtenidos, los coeficientes muestran unos valores que oscilan entre .70 y .90, lo que indica una consistencia de moderada a alta.
- (ii) En ambos grupos, las variables de Evitación, Hiperactivación, Depresión y Conducta Oposicionista arrojan valores en torno a .90 o superior, lo cual indica una alta consistencia en dichos factores.
- (iii) La única excepción se relaciona con la variable Mal ajuste general en el grupo control, que obtiene un coeficiente moderadamente bajo (.60).

III. RESULTADOS

Tabla 8. Consistencia interna (α de Chronbach) Mi peor experiencia **MPE (MWES-II)**. Grupo de niños IQ (N=160) y Niños grupo control (N=130)

	Niños IQ (N=160)			Niños Control (N=130)		
	α	M	DT	α	M	DT
Impacto del Estresor	.69	1,02	0,89	.67	0,97	0,93
Re-experimentación	.86	0,55	0,67	.85	0,47	0,66
Evitación	.94	0,56	0,69	.93	0,55	0,72
Incremento Arousal	.91	0,78	0,70	.90	0,71	0,68
Depresión	.95	0,68	0,77	.95	0,66	0,79
Desesperanza	.89	0,33	0,57	.88	0,41	0,65
Síntomas Psicosomáticos	.72	1,10	0,80	.70	0,74	0,74
Conducta Oposicionista	.93	0,49	0,66	.87	0,58	0,63
Hipervigilancia	.86	0,72	0,64	.88	0,61	0,72
Disociación y Sueños	.84	0,74	0,72	.76	0,58	0,61
Mal Ajuste General	.76	0,31	0,38	.60	0,32	0,32

Por último, se muestran los coeficientes de consistencia interna de las diferentes escalas de la **SCL-90** (Tabla 9), así como las medias y desviaciones típicas. Recordemos que esta prueba la realizaron únicamente los padres de los niños IQ.

- (i) La Tabla 9 muestra que los coeficientes de fiabilidad en todas las variables son elevados, oscilando la mayor parte de los coeficientes entre .80 y .90. En la variable del Índice de Gravedad Global el coeficiente es de .98, un valor excelente.

Como conclusión podemos decir que los análisis de fiabilidad de los instrumentos utilizados en esta investigación muestran valores aceptables. Solamente en la prueba EPQ-J la fiabilidad se muestra moderada (.68) en la variable de Neuroticismo.

Tabla 9. Consistencia interna (α de Chronbach) Cuestionario de 90 Síntomas **SCL-90**. Familiares del grupo de niños IQ (N=160)

	Síntomas padres en Grupo de niños IQ (N=160)		
	α	M	DT
Somatización	.90	0,93	0,73
Obsesión-Compulsión	.87	0,74	0,68
Susceptibilidad interpersonal	.86	0,57	0,61
Depresión	.89	0,78	0,67
Ansiedad	.86	0,77	0,67
Hostilidad	.78	0,55	0,60
Ansiedad Fóbica	.84	0,51	0,61
Ideación Paranoide	.81	0,48	0,60
Psicoticismo	.85	0,35	0,48
Depresión Melancólica	.76	0,87	0,69
Índice de Gravedad Global	.98	0,68	0,56

3.2. Reacciones de estrés en los niños IQ

El primer objetivo planteado en la investigación sustentaba dos hipótesis (1 y 2) cuyos resultados se presentan a continuación.

Hipótesis 1. Esta hipótesis sugería que se encontraría *“un mayor nivel de estrés y otros síntomas en los niños IQ en comparación con los niños no IQ”*. Aquí se presenta la comparación global entre aquellos niños que fueron IQ (N = 160) y los niños del GC (N = 130) en las escalas que evalúan los síntomas clínicos (Cuestionario MPE). Para esta comparación hemos realizado análisis de medias (como prueba de comparación se ha utilizado el estadístico *t* de Student) y análisis multivariado (análisis discriminante paso a paso siguiendo el procedimiento V de Rao), a fin de establecer a partir del conjunto de variables consideradas, las que poseerían un mayor peso a la hora de diferenciar entre los grupos. Ambos conjuntos de resultados se muestran en las Tablas 10 y 11.

III. RESULTADOS

Tabla 10. Diferencias entre el grupo de niños IQ (N = 160) y el GC (N = 130) en los síntomas evaluados

	Grupo IQ (N=160)		Grupo Control (N=130)		t
	M	DT	M	DT	
Impacto del Estresor	1.02	0.89	0.97	0.93	.45
Re-experimentación	0.55	0.67	0.47	0.66	1.03
Evitación	0.56	0.69	0.55	0.72	.13
Incremento del Arousal	0.78	0.70	0.71	0.68	.85
Depresión	0.68	0.77	0.66	0.79	.19
Desesperanza	0.33	0.57	0.41	0.65	-1.01
Síntomas Psicosomáticos	1.10	0.80	0.74	0.74	3.91***
Conducta Oposicionista	0.49	0.66	0.58	0.63	-1.26
Hipervigilancia	0.72	0.64	0.61	0.72	1.37
Disociación y Sueños	0.74	0.72	0.58	0.61	2.06*
Mal Ajuste General	0.31	0.38	0.32	0.32	-.26

Los resultados nos indican lo siguiente:

- i) A partir de este nivel de análisis, la IQ a la que son sometidos los niños no parece representar un estresor importante que produzca gran impacto en ellos. En la misma línea, tampoco se observan diferencias en el incremento de la activación o en los síntomas de evitación e intrusión.
- ii) Los niños IQ sí muestran un mayor nivel que el GC en uno de los indicadores de estrés agudo, concretamente en los síntomas relacionados con la Disociación ($t = 2.06$, $p < .05$). Sin embargo, calculado el tamaño del efecto (d de Cohen), ésta diferencia no resulta relevante ($d = .21$). Un mejor resultado es el obtenido en relación con los Síntomas psicosomáticos: el nivel es

III. RESULTADOS

sensiblemente mayor en el grupo IQ en comparación con el GC ($t = 3.91$; $p < .001$), aproximándose el efecto obtenido a un tamaño moderado ($d = .47$).

Tabla 11. Análisis discriminante entre el grupo IQ (N = 160) y el grupo Control (N = 130) en los síntomas evaluados

(A) Resumen de pasos

Paso	Variable	Lambda de Wilks	Significación	V de Rao	Cambio en V de Rao	Significación del cambio
1	Síntomas Psicosomáticos	.950	.000	15.076	1.076	.000
2	Conducta Oposicionista	.901	.000	31.565	16.489	.000
3	Incremento Arousal	.879	.000	39.485	7.920	.005
4	Desesperanza	.864	.000	45.493	6.008	.014

(B) Función discriminante

Función	Valor propio	Porcentaje de varianza	Correlación	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	Grados de libertad	Significación
1	.158	100.0	.369	.864	41.945	4	.000

(C) Coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas

	Función
Síntomas Psicosomáticos	1.289
Conducta Oposicionistas	-.696
Incremento Arousal	.869
Desesperanza	-1.245

(D) Coeficientes de estructura

	Función
Síntomas Psicosomáticos	.576
Conducta Oposicionista	-.186
Disociación y Sueños	.176
Desesperanza	-.152
Incremento Arousal	.126
Impacto del Estresor	.110
Hipervigilancia	.082
Depresión	.060
Mal Ajuste General	-.056
Re-experimentación	.038
Evitación	.009

(E) Valor de los centroides

	Función
Niños IQ	.357
Niños control	-.439

(F) Resultados de la clasificación

Casos	Grupo	Grupo de pertenencia pronosticado	
		Niños IQ	Niños control
160	Niños IQ	98 (61,3%)	62 (38,8%)
130	Niños control	40 (30,8%)	90 (69,2%)

Clasificados correctamente el 64,8% de los casos agrupados originales

Cabe comentar los siguientes aspectos:

- i) De las 11 variables introducidas, la combinación de variables que permite discriminar más claramente entre ambos grupos son: Síntomas psicossomáticos, Conducta oposicionista, Incremento de arousal y Desesperanza.
- ii) La correlación canónica posee un valor de .37 y el valor correspondiente a Lambda de Wilks de .86, lo que indica una considerable solapación

entre los grupos. Sin embargo el valor transformado de Lambda ($\chi^2=41,945$) tiene asociado un nivel crítico de significación de $p<.000$, lo que sirve para rechazar la hipótesis nula de que los grupos comparados tienen promedios iguales en las variables discriminantes.

- iii) Los coeficientes estandarizados indican que de las cuatro variables, la que mayor peso tiene y aporta más para la discriminación entre los dos grupos es Síntomas psicósomáticos (1,289).
- iv) Los coeficientes de estructura nos indican en la misma dirección que es esta variable la única que arroja una correlación elevada con la función discriminante (.58).
- v) El valor de los centroides nos indica que el grupo de los niños IQ puntúa de modo positivo en la función discriminante, mientras que el grupo control lo hace de modo negativo.
- vi) Finalmente, con las variables seleccionadas el porcentaje de clasificación correcta de los niños no ha sido muy alto (64.8%), siendo el porcentaje de clasificación mejor para el GC que para el grupo IQ, indicando que en este último grupo existe mayor cantidad de niños que por las puntuaciones obtenidas en las variables deberían formar parte del GC.

En conclusión, los resultados de este análisis global nos indican claramente que ser sometido a una IQ per se, no parece a priori ser un estresor que desencadene un nivel de estrés sustancial en los niños.

Hipótesis 2. La hipótesis 2 establecía que *“se espera que los niveles de estrés sean superiores en los chicos que en las chicas, en los niños más mayores que en los más jóvenes, y en los niños emigrantes frente a los autóctonos”*.

Para poner a prueba esta hipótesis se han realizado análisis de varianza secuenciados en el contexto de un diseño factorial 2 X 2, tomando como variables independientes la variable sociodemográfica respectiva y el haber sido o no sometido a IQ. Las variables dependientes son los síntomas evaluados por el Cuestionario MPE.

III. RESULTADOS

Con el fin de ver la influencia del *género* contamos en el grupo IQ con 99 chicos y 61 chicas y en el GC con 61 chicos y 69 chicas. Los resultados del análisis de varianza se presentan en la Tabla 12 y los contrastes por pares en la Tabla 13.

Este análisis, en principio no aporta nada a lo visto anteriormente: los efectos principales que se registran en el análisis de varianza se deben a la influencia de haber sufrido o no una IQ y emergen las diferencias en las mismas variables que en la comparación global. Sin embargo, los contrastes entre los grupos de chicos y chicas de ambos grupos, sí que nos permiten matizar algo a lo encontrado hasta ahora.

Tabla 12. La influencia del Género: chicos (N = 99) y chicas (N = 61) en el Grupo IQ y chicos (N = 61) y chicas (N = 69) en el GC

		Medias			Género		Grupo		Género x Grupo	
		Chicos	Chicas	Total	F	P	F	P	F	P
Impacto del Estresor	Control	0,95/0,88	0,98/0,97	0,97/0,93	.29	.591	.31	.581	.11	.746
	IQ	0,98/0,97	1,07/0,75	1,02/0,89						
	Total	0,97/0,94	1,02/0,87	0,99/0,91						
Re-experimentación	Control	0,43/0,60	0,50/0,72	0,47/0,66	.28	.600	1.12	.291	.11	.739
	IQ	0,55/0,70	0,56/0,60	0,55/0,67						
	Total	0,50/0,67	0,53/0,66	0,52/0,66						
Evitación	Control	0,51/0,65	0,58/0,78	0,55/0,72	.10	.757	.02	.900	.26	.608
	IQ	0,57/0,70	0,55/0,69	0,56/0,69						
	Total	0,55/0,68	0,57/0,74	0,56/0,70						
Incremento Arousal	Control	0,69/0,64	0,73/0,71	0,71/0,68	.03	.857	.57	.450	.33	.565
	IQ	0,80/0,76	0,74/0,59	0,78/0,70						
	Total	0,76/0,72	0,73/0,65	0,75/0,69						
Depresión	Control	0,60/0,68	0,72/0,87	0,66/0,79	.34	.563	.04	.838	.62	.433
	IQ	0,69/0,79	0,67/0,73	0,68/0,77						
	Total	0,65/0,75	0,70/0,81	0,67/0,77						
Desesperanza	Control	0,35/0,45	0,46/0,79	0,41/0,65	1.31	.254	.74	.389	.07	.795
	IQ	0,31/0,56	0,37/0,59	0,33/0,57						
	Total	0,33/0,52	0,42/0,70	0,37/0,61						
Síntomas Psicosomáticos	Control	0,68/0,69	0,80/0,79	0,74/0,74	.10	.756	13.25	.000	2.80	.095
	IQ	1,17/0,85	0,99/0,70	1,10/0,80						
	Total	0,98/0,83	0,89/0,75	0,94/0,80						
Conducta Oposicionista	Control	0,67/0,66	0,51/0,60	0,58/0,63	1.33	.255	1.76	.186	.91	.342
	IQ	0,49/0,71	0,48/0,57	0,49/0,66						
	Total	0,56/0,69	0,49/0,58	0,53/0,65						
Hipervigilancia	Control	0,60/0,73	0,63/0,71	0,61/0,72	.01	.940	1.81	.180	.11	.746
	IQ	0,73/0,67	0,71/0,58	0,72/0,64						
	Total	0,68/0,69	0,67/0,65	0,67/0,67						
Disociación y Sueños	Control	0,51/0,57	0,64/0,65	0,58/0,61	.20	.656	3.87	.050	1.23	.267
	IQ	0,76/0,78	0,71/0,61	0,74/0,72						
	Total	0,67/0,72	0,67/0,63	0,67/0,68						
Mal Ajuste General	Control	0,28/0,30	0,35/0,33	0,32/0,32	.14	.712	2.86	.089	1.46	.228
	IQ	0,32/0,43	0,28/0,28	0,31/0,38						
	Total	0,30/0,39	0,32/0,31	0,31/0,35						

III. RESULTADOS

Tabla 13. Contrastes entre los chicos (N = 99) y chicas (N = 61) del grupo IQ y los chicos (N = 61) y chicas (N = 69) del GC

	Chicos - Chicas IQ	Chicos - Chicas Control	Chicos Control-IQ	Chicas Control-IQ
Impacto del Estresor	-.69	-.14	-.17	-.63
Re-experimentación	-.15	-.59	-1.06	-.50
Evitación	.15	-.56	-.50	.25
Incremento del Arousal	.58	-.28	-.98	-.13
Depresión	.16	-.93	-.78	.39
Desesperanza	-.68	-.92	.55	.68
Síntomas Psicosomáticos	1.48	-.98	-4.02***	-1.39
Conducta Oposicionista	.15	1.46	1.59	.28
Hipervigilancia	.20	-.26	-1.17	-.73
Disociación y Sueños	.49	-1.18	-2.32*	-.63
Mal Ajuste General	.64	-1.20	-.67	1.19

Así, los resultados sugieren que las diferencias tenues que se observaban se deben al hecho de que son los chicos del grupo IQ y no las chicas, los que se diferencian significativamente del GC por su mayor nivel de Síntomas psicosomáticos (pérdida de apetito, dolor en zonas del cuerpo sin daño aparente, dolor de estómago) y de síntomas de Disociación y sueños (miedo de estar solos, pesadillas, no poder recordar cosas sobre lo que había pasado). Sin embargo, el tamaño del efecto aunque se ha incrementado, sigue siendo débil en el caso de los síntomas de Disociación ($d = .37$) y moderado por lo que se refiere a los Síntomas psicosomáticos ($d = .63$).

Para determinar la influencia de la *edad* se presentan los análisis de varianza correspondientes en la Tabla 14 y los contrastes por pares en la Tabla 15. Para estos análisis contamos con 118 niños más pequeños y 42 más mayores en el grupo IQ y con 69 niños más pequeños y 61 más mayores en el GC.

III. RESULTADOS

Tabla 14. La influencia de la edad: Niños pequeños (N = 118) y mayores (N = 42) en el Grupo IQ y niños pequeños (N = 69) y mayores (N = 61) en el GC

		Medias			Edad		Grupo		Edad x Grupo	
		Pequeños	Mayores	Total	F	P	F	P	F	P
Impacto del Estresor	Control	0,77/0,80	1,19/1,01	0,97/0,93						
	IQ	1,01/0,89	1,04/0,93	1,02/0,89	4.14	.043	.12	.149	2.96	.086
	Total	0,92/0,86	1,13/0,98	0,99/0,91						
Re-experimentación	Control	0,41/0,65	0,53/0,68	0,47/0,66						
	IQ	0,58/0,66	0,48/0,68	0,55/0,67	.03	.868	.43	.511	1.61	.205
	Total	0,52/0,66	0,51/0,67	0,52/0,66						
Evitación	Control	0,41/0,59	0,71/0,82	0,55/0,72						
	IQ	0,55/0,71	0,61/0,64	0,56/0,69	4.32	.038	.03	.859	1.92	.167
	Total	0,49/0,67	0,67/0,75	0,56/0,70						
Incremento Arousal	Control	0,59/0,54	0,85/0,79	0,71/0,68						
	IQ	0,78/0,72	0,79/0,64	0,78/0,70	2.61	.108	.56	.454	2.08	.151
	Total	0,71/0,66	0,83/0,73	0,75/0,69						
Depresión	Control	0,51/0,68	0,84/0,86	0,66/0,79						
	IQ	0,67/0,78	0,72/0,74	0,68/0,77	3.75	.054	.04	.846	2.06	.152
	Total	0,61/0,75	0,79/0,81	0,67/0,77						
Desesperanza	Control	0,29/0,57	0,54/0,72	0,41/0,65						
	IQ	0,36/0,63	0,27/0,39	0,33/0,57	1.10	.295	1.78	.183	4.68	.031
	Total	0,33/0,60	0,43/0,62	0,37/0,61						
Síntomas Psicossomáticos	Control	0,68/0,75	0,82/0,74	0,74/0,74						
	IQ	1,07/0,83	1,19/0,71	1,10/0,80	1.85	.175	15.22	.000	.01	.919
	Total	0,92/0,82	0,97/0,74	0,94/0,80						
Conducta Opositorista	Control	0,47/0,48	0,71/0,75	0,58/0,63						
	IQ	0,50/0,69	0,46/0,55	0,49/0,66	1.64	.201	1.86	.173	2.77	.097
	Total	0,49/0,62	0,61/0,69	0,53/0,65						
Hipervigilancia	Control	0,49/0,63	0,75/0,79	0,61/0,72						
	IQ	0,72/0,65	0,74/0,60	0,72/0,64	3.03	.083	1.68	.196	1.94	.165
	Total	0,63/0,65	0,75/0,71	0,67/0,67						
Disociación y Sueños	Control	0,53/0,50	0,64/0,73	0,58/0,61						
	IQ	0,75/0,71	0,72/0,74	0,74/0,72	.20	.653	3.21	.074	.58	.448
	Total	0,67/0,65	0,67/0,73	0,67/0,68						
Mal Ajuste General	Control	0,27/0,27	0,37/0,37	0,32/0,32						
	IQ	0,32/0,41	0,28/0,30	0,31/0,38	.39	.532	.26	.609	2.28	.132
	Total	0,30/0,36	0,33/0,34	0,31/0,35						

Los resultados indican que:

- (i) La edad tiene efectos principales significativos sobre tres variables: Impacto del estresor ($F = 4.14$; $p = .043$), Evitación ($F = 4.32$; $p = .038$) y Depresión ($F = 3.75$; $p = .054$). Estos efectos, más fuertes para las dos primeras variables, sugieren que son los niños más mayores frente a los más pequeños los que muestran mayor nivel de esos síntomas con independencia de que sean sometidos o no a una IQ.
- (ii) La Desesperanza da lugar a un efecto de interacción significativo ($F = 4.68$; $p = .031$), de manera que en los niños IQ el nivel de Desesperanza es más elevado en los más pequeños, mientras que en el caso de los niños que no fueron IQ, el resultado es el inverso: la Desesperanza es más típica de los más mayores.
- (iii) Por último, se encuentra un efecto significativo del Grupo en la escala de Síntomas psicósomáticos ($F = 15.22$; $p = .000$), siendo la media del grupo IQ ($M = 1.10$) superior a la del grupo de Control ($M = .74$).

Según estos resultados, podríamos afirmar que cuando existen diferencias en ansiedad entre niños pequeños y mayores, el grupo de niños mayores experimenta mayor ansiedad que el grupo de niños pequeños. Además podemos decir que cuando comparamos el grupo de control con el grupo IQ, solo en la escala de Síntomas psicósomáticos se han apreciado diferencias significativas.

Estos resultados nos permiten matizar algo de lo visto anteriormente.

- i) En primer lugar, nos muestran que entre aquellos niños que no han pasado por la experiencia de una IQ, habitualmente los niveles de estrés/ansiedad son más elevados en los niños más mayores que en los más pequeños. No obstante los tamaños de los efectos registrados para las variables que resultaron significativas en el grupo de control son débiles o pequeños, con valores que oscilan entre $d = .46$ para Impacto del estresor, $d = .42$ para Evitación, $d = .39$ para Incremento del arousal, $d = .42$ para Depresión, $d = .39$ para Desesperanza y Conducta opositora y $d = .36$ para

III. RESULTADOS

Hipervigilancia. Las variables de Reexperimentación, Síntomas psicósomáticos, Disociación y sueños y Mal ajuste general no resultaron significativas.

- ii) Cuando se considera la comparación del grupo IQ con el Control manteniendo constante la edad de los niños, se observa claramente que son los más pequeños los que muestran mayores niveles de estrés/ansiedad traducidas en Incremento del arousal ($d = .44$), Síntomas psicósomáticos ($d = .49$), Hipervigilancia ($d = .35$) y Disociación y sueños ($d = .36$), aunque los tamaños del efecto observados son débiles.
- iii) Por último, cuando vemos lo que ocurre con los más mayores, claramente emergen los Síntomas psicósomáticos como más característicos de los niños IQ ($d = .51$). Y, también, la Desesperanza vista anteriormente que era más típica de los niños más mayores del grupo de control ($d = .49$).

Tabla 15. Contrastes entre los niños pequeños ($N = 118$) y mayores ($N = 42$) del grupo IQ y los niños pequeños ($N = 69$) y mayores ($N = 61$) del GC

	Pequeño - Mayor IQ	Pequeño - Mayor Control	Pequeño Control - IQ	Mayor Control - IQ
Impacto del Estresor	-.22	-2.63**	-1.89	.78
Re-experimentación	.76	-1.03	-1.62	.38
Evitación	-.52	-2.41*	-1.43	.74
Incremento del Arousal	-.13	-2.20*	-2.04*	.42
Depresión	-.36	-2.37*	-1.45	.76
Desesperanza	1.02	-2.13*	-.71	2.42*
Síntomas Psicósomáticos	-.91	-1.09	-3.31***	-2.56*
Conducta Opositora	.29	-2.12*	-.28	1.90
Hipervigilancia	-.27	-2.09*	-2.34*	.06
Disociación y Sueños	.20	-.93	-2.44*	-.60
Mal Ajuste General	.67	-1.66	-.90	1.37

De estos resultados parece desprenderse que normalmente los niveles de estrés/ansiedad sean más elevados por lo general en los niños más mayores que en los más pequeños y que por ello las diferencias en estrés debidas a la IQ solo emerjan más

III. RESULTADOS

claramente cuando en las comparaciones con el GC están involucrados los niños más pequeños.

Por lo que se refiere a la influencia de la *procedencia (autóctono/emigrante)*, contamos con 120 niños autóctonos y 40 emigrantes en el grupo IQ y con 100 autóctonos y 30 emigrantes en el GC. Los resultados se presentan en las Tablas 16 y 17.

Tabla 16. La influencia de la Procedencia: niños autóctonos (N = 120) y emigrantes (N = 40) en el grupo IQ y niños autóctonos (N = 100) y emigrantes (N = 30) en el GC

		Medias			Procedencia		Grupo		Procedencia x Grupo	
		Autóctonos	Emigrantes	Total	F	P	F	P	F	P
Impacto del Estresor	Control	0,81/0,79	1,48/1,14	0,97/0,93	10.77	.001	.63	.427	4.69	.031
	IQ	0,98/0,78	1,12/1,17	1,02/0,89						
	Total	0,90/0,79	1,28/1,16	0,99/0,91						
Re-experimentación	Control	0,36/0,56	0,84/0,84	0,47/0,66	13.48	.000	.00	.988	2.61	.107
	IQ	0,51/0,58	0,69/0,86	0,55/0,67						
	Total	0,44/0,58	0,75/0,85	0,52/0,66						
Evitación	Control	0,44/0,58	0,93/0,98	0,55/0,72	10.24	.002	.87	.351	3.59	.059
	IQ	0,53/0,63	0,66/0,87	0,56/0,69						
	Total	0,49/0,61	0,77/0,92	0,56/0,70						
Incremento Arousal	Control	0,58/0,51	1,14/0,94	0,71/0,68	12.91	.000	.34	.559	5.87	.016
	IQ	0,75/0,61	0,86/0,92	0,78/0,70						
	Total	0,68/0,57	0,98/0,93	0,75/0,69						
Depresión	Control	0,54/0,65	1,06/1,06	0,66/0,79	8.86	.003	.82	.367	3.79	.053
	IQ	0,65/0,68	0,76/0,98	0,68/0,77						
	Total	0,60/0,67	0,89/1,01	0,67/0,77						
Desesperanza	Control	0,31/0,54	0,73/0,88	0,41/0,65	11.63	.001	3.11	.079	2.41	.122
	IQ	0,30/0,48	0,45/0,79	0,33/0,57						
	Total	0,30/0,51	0,57/0,83	0,37/0,61						
Síntomas Psicosomáticos	Control	0,66/0,70	1,03/0,81	0,74/0,74	9.44	.002	9.31	.002	.22	.638
	IQ	1,03/0,69	1,31/1,05	1,10/0,80						
	Total	0,86/0,72	1,19/0,96	0,94/0,80						
Conducta Opositora	Control	0,46/0,50	0,99/0,83	0,58/0,63	14.54	.000	5.60	.019	5.28	.022
	IQ	0,45/0,58	0,59/0,85	0,49/0,66						
	Total	0,46/0,54	0,76/0,86	0,53/0,65						
Hipervigilancia	Control	0,50/0,59	1,00/0,94	0,61/0,72	11.16	.001	.00	.975	4.58	.033
	IQ	0,70/0,56	0,81/0,83	0,72/0,64						
	Total	0,61/0,58	0,89/0,88	0,67/0,67						
Disociación y Sueños	Control	0,49/0,45	0,90/0,92	0,58/0,61	10.38	.001	1.11	.293	1.53	.218
	IQ	0,70/0,63	0,88/0,94	0,74/0,72						
	Total	0,60/0,57	0,89/0,92	0,67/0,68						
Mal Ajuste General	Control	0,27/0,26	0,47/0,45	0,32/0,32	10.87	.001	.45	.505	.55	.457
	IQ	0,28/0,31	0,40/0,53	0,31/0,38						
	Total	0,27/0,29	0,43/0,50	0,31/0,35						

Los resultados muestran lo siguiente:

- (i) En primer lugar, señalar que es destacable el hecho de que todas las pruebas F correspondientes al efecto de la procedencia han resultado estadísticamente significativas, y que en todas ellas, la media en la correspondiente escala ha sido superior en todos los casos para el grupo de niños emigrantes, lo cual denota la gran influencia que tiene la emigración en los indicadores de ansiedad.
- (ii) Lo anterior se aprecia aún más claramente en los efectos de interacción significativos que aparecen en la Tabla. Así, el patrón que se registra es el mismo para las siguientes variables: Impacto del estresor ($F = 4.69$; $p = .031$), Evitación ($F = 3.59$; $p = .059$), Incremento de arousal ($F = 5.87$; $p = .016$), Depresión ($F = 3.79$; $p = .053$), Conducta oposicionista ($F = 5.28$; $p = .022$) e Hipervigilancia ($F = 4.58$; $p = .033$). Dicho patrón muestra que los niveles de síntomas son más elevados en los emigrantes del grupo GC, siendo en todos los casos las medias obtenidas por estos grupos más altas que las obtenidas por el grupo de autóctonos que fue intervenido quirúrgicamente.
- (iii) Finalmente, la influencia de la IQ sobre los Síntomas psicossomáticos ($F = 9,31$; $p = .002$) es, de nuevo, evidente: tanto se trate de niños autóctonos como emigrantes, los IQ siempre obtienen puntuaciones más elevadas en esta variable.

En la Tabla 17 se presentan los contrastes entre los grupos.

Los contrastes de medias de las tablas nos permiten constatar que cuando los niños son IQ es igual que sean autóctonos o emigrantes, en el sentido que sus niveles de estrés/ansiedad son semejantes. Si se trata del GC, se aprecia claramente el efecto de la emigración con tamaños del efecto que oscilan entre valores moderados ($d = .57$) y fuertes ($d = .80$), diferencias tan amplias que incluso llevan a que las puntuaciones sean más elevadas en estrés/ansiedad que las obtenidas por autóctonos que fueron IQ, aunque en este caso las diferencias no sean significativas, excepto en el caso de la

Tabla 17. Contrastes entre los niños autóctonos (N = 120) y emigrantes (N = 40) del grupo IQ y los niños autóctonos (N = 100) y emigrantes (N = 30) del GC

	Autóctonos- Emigrantes IQ	Autóctonos- Emigrantes Control	Autóctonos Control-IQ	Emigrantes Control-IQ
Impacto del Estresor	-.69	-3.00**	-1.58	1.31
Re-experimentación	-1.27	-2.91**	-1.86	.72
Evitación	-.84	-2.59**	-1.13	1.20
Incremento del Arousal	-.70	-3.11**	-2.26*	1.24
Depresión	-.65	-2.56*	-1.23	1.22
Desesperanza	-1.17	-2.43*	.25	1.35
Síntomas Psicosomáticos	-1.56	-2.31*	-3.95***	1.24
Conducta Oposicionista	-.91	-3.32***	.08	2.00*
Hipervigilancia	-.78	-2.75**	-2.54*	.89
Disociación y Sueños	-1.15	-2.36*	-2.88**	.08
Mal Ajuste General	-1.39	-2.28*	-.10	.58

Conducta oposicionista ($d = .47$). Y, por lo que se refiere a los autóctonos, obviamente aquellos con niveles de síntomas más elevados son los niños que fueron IQ, siendo de las cuatro variables estadísticamente significativas la correspondiente a Síntomas psicosomáticos la que da lugar a un tamaño del efecto moderado ($d = .53$).

Como resumen de este bloque de resultados, pueden señalarse a grosso modo dos cosas. La primera, que los síntomas que más claramente caracterizan a los niños que han sido sometidos a un estresor tal como lo es una IQ son los Síntomas psicosomáticos. Estos síntomas se elevan claramente como un efecto a corto plazo de la intervención y aunque se incrementan con independencia de la edad del niño, identifican sin duda más típicamente a los chicos que a las chicas. La segunda, se refiere al hecho de que estos resultados indican indirectamente que la emigración (todo lo que ella comporta) representa un estresor más potente para los niños a la hora de generar efectos psicológicos adversos que el ser sometido a una IQ.

3.3. Gravedad de la enfermedad e intervención quirúrgica

A continuación presentamos los resultados correspondientes al segundo objetivo del estudio que incluía las hipótesis 3, 4, 5 y 6.

3.3.1. Gravedad de la enfermedad y reacciones de estrés/ansiedad post-quirúrgicas

Hipótesis 3. La hipótesis sugiere que “el nivel de gravedad de la enfermedad influirá en las reacciones de estrés post-quirúrgicas de los niños, de manera que a medida que esta aumente, la presencia de estrés y otros síntomas también se incrementará”... y “debería traducirse también en mayores puntuaciones en ansiedad rasgo (N+ y E-)”. Para poner a prueba esta hipótesis se presentan en primer lugar las Tablas 18 (medias y desviaciones típicas) y 19 (t-test) correspondientes a los síntomas evaluados en los niños. En esta última tabla se ha incluido asimismo las correspondientes diferencias que se obtendrían de la comparación de cada uno de los sub-grupos de gravedad con el GC (N = 130). Recordemos que en función de la gravedad de la enfermedad contamos con tres grupos de niños: poco grave, medio grave y muy grave.

Tabla 18. Medias y desviaciones típicas en función del nivel de gravedad de la enfermedad: poco grave (N = 85), medio grave (N = 45) y muy grave (N = 30)

	1 No grave (N=85)		2 Medio grave (N=45)		3 Muy grave (N=30)		Control (N=130)	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Impacto del Estresor	0,88	0,83	1,16	1,04	1,20	0,78	0,97	0,93
Re-experimentación	0,43	0,60	0,54	0,69	0,91	0,70	0,47	0,66
Evitación	0,41	0,59	0,61	0,73	0,92	0,77	0,55	0,72
Incremento del Arousal	0,68	0,65	0,79	0,77	1,05	0,66	0,71	0,68
Depresión	0,53	0,67	0,73	0,82	1,03	0,85	0,66	0,79
Desesperanza	0,24	0,47	0,34	0,68	0,60	0,60	0,41	0,65
Síntomas Psicossomáticos	0,89	0,67	1,19	0,89	1,57	0,81	0,74	0,74
Conducta Oposicionista	0,42	0,64	0,48	0,69	0,69	0,62	0,58	0,63
Hipervigilancia	0,64	0,58	0,72	0,67	0,98	0,70	0,61	0,72
Disociación y Sueños	0,58	0,59	0,77	0,82	1,17	0,74	0,58	0,61
Mal Ajuste General	0,25	0,31	0,33	0,51	0,41	0,32	0,32	0,32

III. RESULTADOS

Tabla 19. Resultados de las comparaciones (t-test) entre los tres subgrupos de gravedad y con el GC

	1 - 2	1 - 3	2 - 3	1 - C	2 - C	3 - C
	t	t	t	t	t	t
Impacto del Estresor	-1.56	-1.91	-.21	-.75	1.08	1.42
Re-experiment.	-.87	-3.34***	-2.26*	-.45	.56	3.13**
Evitación	-1.54	-3.26**	-1.75	-1.55	.44	2.37*
Incremento del Arousal	-.81	-2.67**	-1.59	-.34	.60	2.54*
Depresión	-1.41	-2.92**	-1.52	-1.32	.48	2.16*
Desesperanza	-.92	-3.04**	-1.76	-2.24*	-.58	1.58
Síntomas Psicosomáticos	-1.97*	-4.12***	-1.91	1.48	3.00**	5.10***
Conducta Oposicionista	-.43	-2.01*	-1.39	-1.81	-.92	.84
Hipervigilancia	-.69	-2.39*	-1.60	.27	.89	2.56*
Disociación y Sueños	-1.38	-3.97***	-2.21*	-.03	1.41	4.07***
Mal Ajuste General	-.95	-2.39*	-.86	-.15	.19	1.51

Los resultados indican lo siguiente:

- (i) En el grupo de niños intervenidos quirúrgicamente, existen diferencias significativas entre el grupo de poca gravedad y gravedad media en Síntomas psicossomáticos, siendo la puntuación en dicha medida inferior en el grupo de poca gravedad, es decir los niños menos graves tienen menos Síntomas psicossomáticos. No obstante, el tamaño del efecto ha sido débil ($d = .38$). En el resto de escalas de estrés no se han observado diferencias entre los sujetos poco graves y de gravedad media.

- (ii) Cuando comparamos las medidas de estrés del grupo de niños no graves y de niños muy graves, se encuentran diferencias en todas las escalas de estrés excepto en Impacto del Estresor, siendo superior en todos los casos en el grupo de niños muy graves. El tamaño del efecto fue $d = .73$ para Reexperimentación; $d = .75$ para Evitación; $d = .56$ para Incremento del arousal; $d = .65$ para Depresión; $d = .67$ para Desesperanza; $d = .91$ para Síntomas psicósomáticos; $d = .42$ para Conducta opositora; $d = .89$ para Disociación y sueños; y $d = .51$ para Mal ajuste general. Por lo tanto, el tamaño del efecto ha sido fuerte en Síntomas psicósomáticos y Disociación y sueños, moderado en Reexperimentación, Evitación, Incremento del arousal, Depresión, Desesperanza, y Mal ajuste general; y débil en Conducta opositora.
- (iii) Respecto a la comparación del grupo de niños de gravedad media con el grupo de niños muy graves, las pruebas t indican que los niños en el nivel medio de gravedad han obtenido una media inferior a los niños muy graves en Reexperimentación ($d = .53$) y en Disociación y sueños ($d = .51$), lo que indica un efecto moderado.
- (iv) Cuando se realiza la comparación entre los distintos grupos de gravedad y el grupo de control de niños no intervenidos quirúrgicamente, se observa que la desesperanza es inferior en el grupo no grave en comparación con el control. El tamaño del efecto ha sido $d = .30$, lo que indica un efecto débil. Por otro lado, la media de Síntomas psicósomáticos en el grupo de niños de gravedad media, es superior que en el GC. El tamaño del efecto ha sido $d = .55$, lo que indica un efecto moderado. Por último, la comparación en las diferentes escalas entre el grupo de niños muy graves y el grupo de control indica que el estrés de los niños muy graves es superior en Reexperimentación ($d = .64$), Evitación ($d = .50$), Incremento del arousal ($d = .50$), Depresión ($d = .45$), Síntomas psicósomáticos ($d = 1,07$), Hipervigilancia ($d = .52$) y Disociación y sueños ($d = .88$). Por lo tanto el tamaño del efecto ha sido fuerte para Síntomas psicósomáticos y Disociación y sueños,

III. RESULTADOS

moderado para Reexperimentación, Evitación, Incremento del Arousal e Hipervigilancia y débil para Depresión.

Los resultados anteriores muestran que la gravedad de la enfermedad afecta a las reacciones de estrés post-quirúrgicas de los niños IQ y que los niños IQ comparados con el grupo control cuando la enfermedad es grave tienen más síntomas de estrés. En la enfermedad grave, los síntomas con un efecto mayor han sido Síntomas psicósomáticos y Disociación y sueños.

Por otra parte, en la Tabla 20 se presentan las diferencias en ansiedad rasgo entre estos subgrupos.

Tabla 20. Medias, desviaciones típicas y t-tests entre los tres subgrupos de gravedad de la enfermedad en las variables de personalidad de Extraversión y Neuroticismo

	1 No grave (N=85)		2 Medio grave (N=45)		3 Muy grave (N=30)		1 - 2	1 - 3	2 - 3
	M	DT	M	DT	M	DT	t	t	t
Extraversión	14,15	5,56	12,49	4,45	11,70	5,16	1.86	2.19*	.68
Neuroticismo	8,91	3,85	9,80	3,22	11,50	2,96	-1.40	-3.80***	-2.35*

Los resultados muestran lo siguiente:

- (i) Respecto a la comparación entre el grupo de niños no graves y el grupo de niños muy graves, se ha hallado que la Extraversión es superior en los niños no graves, siendo el tamaño del efecto $d = .45$, lo que indica un efecto débil, mientras que en dicho grupo el Neuroticismo es menor al del grupo de niños muy graves, con un tamaño del efecto $d = .75$, lo que indica un efecto moderado.

- (ii) El Neuroticismo también ha sido superior en el grupo de niños muy graves respecto al grupo de niños de gravedad media, con un tamaño del efecto $d = .55$, lo que indica un efecto moderado.

Estos resultados van en la línea de la hipótesis formulada, de forma que la mayor gravedad de la enfermedad se acompaña con niveles de ansiedad rasgo más elevadas (E- y N+).

En función de las puntuaciones alcanzadas por los diferentes subgrupos, a partir de aquí hemos diferenciado dos grupos de niños para la realización de los análisis estadísticos posteriores. El primero agruparía a aquellos cuyas reacciones de estrés son consonantes con la menor gravedad de la enfermedad que padecen (subgrupo poco grave). El segundo grupo aglutinaría a aquellos niños con enfermedades de mayor consideración (gravedad de la enfermedad intermedia elevada) y en quienes los efectos de la hospitalización serán más manifiestos. Para poner a prueba las siguientes hipótesis trabajaremos con estos dos grupos.

3.3.2. La influencia de las variables sociodemográficas

Hipótesis 4. Esta hipótesis sugería que: *“los efectos de la “mayor hospitalización” característica de los niños que padecen enfermedades más graves se traducirá en reacciones de estrés post-quirúrgicas más acusadas en las chicas que en los chicos, en los niños más mayores frente a los más pequeños y en los emigrantes frente a los autóctonos”.*

Como en el bloque de resultados anterior, se han realizado análisis de varianza en el contexto de un diseño factorial 2 X 2. En esta ocasión la primera variable independiente es la gravedad de la enfermedad (no grave o grave) y la segunda, dependiendo del análisis, bien el género, la edad o la procedencia. Las variables dependientes son las escalas de síntomas del Cuestionario MPE.

Para analizar la influencia del *género* contamos con los siguientes grupos: 55 chicos y 30 chicas en la condición de poco grave y 44 chicos y 31 chicas en la condición de mayor gravedad. En la Tabla 21 se presenta el análisis de varianza y en la Tabla 22 los contrastes entre los pares de grupos.

III. RESULTADOS

Tabla 21. Gravedad de la enfermedad e IQ. La influencia del Género: chicos (N = 55) y chicas (N = 30) en el grupo no grave y chicos (N = 44) y chicas (N = 31) en el grupo de mayor gravedad

		Medias			Género		Gravedad		Género x Gravedad	
		Chicos	Chicas	Total	F	P	F	P	F	P
Impacto del Estresor	Poco grave	0,81/0,86	0,99/0,78	0,88/0,83						
	Medio + muy grave	1,19/1,07	1,15/0,73	1,17/0,94	.25	.620	3.42	.066	.54	.464
	Total	0,98/0,97	1,07/0,75	1,02/0,89						
Re-experimentación	Poco grave	0,40/0,60	0,49/0,59	0,43/0,60						
	Medio + muy grave	0,73/0,78	0,63/0,62	0,69/0,72	.00	.971	4.77	.030	.68	.409
	Total	0,55/0,70	0,56/0,60	0,55/0,67						
Evitación	Poco grave	0,39/0,56	0,45/0,66	0,41/0,59						
	Medio + muy grave	0,79/0,79	0,65/0,72	0,73/0,76	.14	.713	7.31	.008	.76	.386
	Total	0,57/0,70	0,55/0,69	0,56/0,69						
Incremento Arousal	Poco grave	0,68/0,67	0,68/0,62	0,68/0,65						
	Medio + muy grave	0,96/0,83	0,80/0,56	0,89/0,73	.49	.487	3.17	.077	.41	.521
	Total	0,80/0,76	0,74/0,59	0,78/0,70						
Depresión	Poco grave	0,52/0,64	0,55/0,72	0,53/0,67						
	Medio + muy grave	0,90/0,91	0,78/0,73	0,85/0,84	.12	.733	6.06	.015	.41	.524
	Total	0,69/0,79	0,67/0,73	0,68/0,77						
Desesperanza	Poco grave	0,21/0,40	0,28/0,59	0,24/0,47						
	Medio + muy grave	0,43/0,70	0,46/0,59	0,45/0,66	.30	.586	4.70	.032	.06	.813
	Total	0,31/0,56	0,37/0,59	0,33/0,57						
Síntomas psicossomáticos	Poco grave	0,89/0,67	0,88/0,70	0,89/0,67						
	Medio + muy grave	1,52/0,94	1,09/0,71	1,34/0,87	3.13	.079	11.06	.001	2.78	.097
	Total	1,17/0,85	0,99/0,70	1,10/0,80						
Conducta Opositorista	Poco grave	0,41/0,64	0,45/0,65	0,42/0,64						
	Medio + muy grave	0,60/0,77	0,51/0,50	0,56/0,67	.06	.804	1.35	.247	.39	.535
	Total	0,49/0,71	0,48/0,57	0,49/0,66						

III. RESULTADOS

Cont. Tabla 21. Gravedad de la enfermedad e IQ. La influencia del Género: chicos (N = 55) y chicas (N = 30) en el grupo no grave y chicos (N = 44) y chicas (N = 31) en el grupo de mayor gravedad

		Medias			Género		Gravedad		Género x Gravedad	
		Chicos	Chicas	Total	F	P	F	P	F	P
Hipervigilancia	Poco grave	0,62/0,59	0,67/0,55	0,64/0,58						
	Medio + muy grave	0,87/0,73	0,75/0,62	0,82/0,69	.11	.736	2.57	.111	.73	.395
	Total	0,73/0,67	0,71/0,58	0,72/0,64						
Disociación y Sueños	Poco grave	0,58/0,63	0,57/0,52	0,58/0,59						
	Medio + muy grave	0,99/0,89	0,84/0,67	0,93/0,80	.47	.493	8.75	.004	.38	.541
	Total	0,76/0,78	0,71/0,61	0,74/0,72						
Mal Ajuste General	Poco grave	0,24/0,30	0,27/0,32	0,25/0,31						
	Medio + muy grave	0,41/0,54	0,30/0,24	0,37/0,44	.54	.463	2.50	.116	1.36	.245
	Total	0,32/0,43	0,28/0,28	0,31/0,38						

Los resultados indican que:

- (i) La interacción del Género ha sido marginalmente significativa en Síntomas psicosomáticos ($F = 2,78$; $p = .097$), siendo la media superior en el grupo de chicos cuando la gravedad es media-alta, ($M = 1,52$), mientras que cuando la gravedad es baja no existen dichas diferencias.
- (ii) El nivel de gravedad de la enfermedad más que el género da lugar a efectos principales sobre todas las escalas, a excepción de tres. Concretamente los efectos que se registran son los siguientes: Impacto del estresor, ($F = 3.42$; $p = .006$), Reexperimentación ($F = 4.77$; $p = .030$), Evitación ($F = 7.31$; $p = .077$), Incremento del arousal ($F = 3.17$; $p = .077$), Depresión ($F = 6.06$; $p = .015$), Desesperanza ($F = 4.70$; $p = .032$), Síntomas psicosomáticos ($F = 11.06$; $p = .001$) y Disociación y sueños ($F = 8.75$; $p = .004$). Todos los resultados siguen

III. RESULTADOS

la misma tendencia: el grupo de poca gravedad ha obtenido una media inferior al grupo de gravedad media o muy grave.

En la Tabla 22 se encuentran los contrastes correspondientes a las comparaciones por pares.

Tabla 22. Contrastes entre los chicos (N = 55) y chicas (N = 30) del grupo poco grave y los chicos (N = 44) y chicas (N = 31) del grupo grave

	Poco- Medio+grave Chicos	Poco-Medio+grave Chicas	Poco Chicos-Chicas	Medio+grave Chicos - Chicas
Impacto del Estresor	-1.88	-.84	-.97	.17
Re-experimentación	-2.26*	-.94	-.63	.57
Evitación	-2.81**	-1.15	-.39	.78
Incremento del Arousal	-1.77	-.85	.04	.94
Depresión	-2.35*	-1.21	-.23	.64
Desesperanza	-1.87	-1.19	-.61	-.19
Síntomas Psicosomáticos	-3.71***	-1.15	.08	2.25*
Conducta Oposicionista	-1.32	-.39	-.27	.64
Hipervigilancia	-1.86	-.52	-.41	.79
Disociación y Sueños	-2.57*	-1.76	.07	.83
Mal Ajuste General	-1.86	-.35	-.37	1.27

Los resultados muestran lo siguiente:

- (i) Las comparaciones del grupo de poca gravedad y gravedad media-alta en el grupo de los chicos indican que los chicos con poca gravedad han experimentado menos estrés que los chicos con gravedad media-alta con efecto débil en Reexperimentación ($d = .47$), moderado para Evitación ($d = .59$), efecto débil para Depresión ($d = .49$), moderado para Síntomas psicosomáticos ($d = .78$) y Disociación y sueños ($d = .53$). Sin embargo, en el grupo de las chicas no se han hallado diferencias significativas en estrés entre las de poca gravedad y las de gravedad media-alta.
- (ii) En cuanto a las diferencias de género en cada grupo de gravedad, los chicos y las chicas presentan la misma ansiedad cuando la gravedad es menor, mientras que se ha encontrado una diferencia entre ambos géneros en la medida de Síntomas psicosomáticos cuando la gravedad es media-alta. En

III. RESULTADOS

este caso, los chicos presentan mayor nivel de Síntomas psicossomáticos ($M = 1,52$) que las chicas ($M = 1,09$). El tamaño del efecto es moderado ($d = .52$).

Estos resultados muestran que cuando se compara la gravedad de la enfermedad, es el grupo de los chicos el que muestra más diferencias en los síntomas de estrés y experimentan mayor cantidad de estrés cuando la enfermedad es grave. Cuando se mantiene constante el nivel de gravedad, el género no da lugar a diferencias en el nivel de menor gravedad y tampoco en el de mayor gravedad a excepción de la escala de Síntomas psicossomáticos, aunque con un efecto moderado.

Para analizar la influencia de la *edad* contamos con los siguientes grupos: 70 niños más pequeños y 15 más mayores en la condición de poco grave y 48 niños más pequeños y 27 más mayores en la condición de mayor gravedad. En la Tabla 23 se presentan los análisis de varianza y en la Tabla 24 los contrastes entre los pares de grupos.

Tabla 23. Gravedad de la enfermedad e IQ. La influencia de la edad: pequeños ($N = 70$) y mayores ($N = 15$) en el grupo no grave y pequeños ($N = 48$) y mayores ($N = 27$) en el grupo de mayor gravedad

		Medias			Edad		Gravedad		Edad x Gravedad	
		Pequeños	Mayores	Pequeños	F	P	F	P	F	P
Impacto del Estresor	Poco grave	0,89/0,87	0,83/0,65	0,88/0,83						
	Medio + muy grave	1,18/0,89	1,16/1,04	1,17/0,94	.05	.816	3.51	.63	.01	.934
	Total	1,01/0,89	1,04/0,93	1,02/0,89						
Re-experimentación	Poco grave	0,46/0,60	0,28/0,59	0,43/0,60						
	Medio + muy grave	0,74/0,72	0,60/0,71	0,69/0,72	1.78	.185	5.83	.017	.03	.860
	Total	0,58/0,66	0,48/0,68	0,55/0,67						
Evitación	Poco grave	0,42/0,62	0,37/0,50	0,41/0,59						
	Medio + muy grave	0,73/0,81	0,74/0,67	0,73/0,76	.03	.870	7.14	.008	.07	.793
	Total	0,55/0,71	0,61/0,64	0,56/0,69						

III. RESULTADOS

Cont. Tabla 23. Gravedad de la enfermedad e IQ. La influencia de la edad: pequeños (N = 70) y mayores (N = 15) en el grupo no grave y pequeños (N = 48) y mayores (N = 27) en el grupo de mayor gravedad

		Medias			Edad		Gravedad		Edad x Gravedad	
		Pequeños	Mayores	Pequeños	F	P	F	P	F	P
Incremento Aroausal	Poco grave	0,69/0,68	0,64/0,55	0,68/0,65						
	Medio + muy grave	0,90/0,76	0,88/0,69	0,89/0,73	.09	.763	3.06	.082	.01	.927
	Total	0,78/0,72	0,79/0,64	0,78/0,70						
Depresión	Poco grave	0,53/0,68	0,53/0,63	0,53/0,67						
	Medio + muy grave	0,87/0,87	0,82/0,78	0,85/0,84	.03	.860	4.99	.027	.02	.892
	Total	0,67/0,78	0,72/0,74	0,68/0,77						
Desesperanza	Poco grave	0,25/0,50	0,15/0,29	0,24/0,47						
	Medio + muy grave	0,51/0,75	0,34/0,43	0,45/0,66	1.65	.202	4.35	.039	.08	.773
	Total	0,36/0,63	0,27/0,39	0,33/0,57						
Síntomas psicósomáticos	Poco grave	0,93/0,71	0,70/0,41	0,89/0,67						
	Medio + muy grave	1,27/0,95	1,46/0,71	1,34/0,87	.01	.905	14.53	.000	2.06	.153
	Total	1,07/0,83	1,19/0,71	1,10/0,80						
Conducta Oposicionista	Poco grave	0,43/0,68	0,37/0,44	0,42/0,64						
	Medio + muy grave	0,58/0,71	0,52/0,60	0,56/0,67	.30	.587	1.52	.219	.00	.996
	Total	0,50/0,69	0,46/0,55	0,49/0,66						
Hipervigilancia	Poco grave	0,66/0,60	0,54/0,44	0,64/0,58						
	Medio + muy grave	0,80/0,71	0,86/0,65	0,82/0,69	.06	.807	3.76	.054	.52	.470
	Total	0,72/0,65	0,74/0,60	0,72/0,64						
Disociación y Sueños	Poco grave	0,61/0,59	0,43/0,58	0,58/0,59						
	Medio + muy grave	0,95/0,82	0,89/0,78	0,93/0,80	.88	.349	9.27	.003	.17	.681
	Total	0,75/0,71	0,72/0,74	0,74/0,72						
Mal Ajuste General	Poco grave	0,28/0,32	0,15/0,25	0,25/0,31						
	Medio + muy grave	0,37/0,51	0,35/0,30	0,37/0,44	1.22	.271	4.58	.034	.58	.448
	Total	0,32/0,41	0,28/0,30	0,31/0,38						

III. RESULTADOS

Los resultados señalan el importante papel de la gravedad de la enfermedad en las medidas de estrés, ya que en todas las pruebas realizadas, a excepción de Impacto del estresor y Conducta oposicionista se ha encontrado un efecto significativo del factor Gravedad. La tendencia de los resultados indica que, con independencia de la edad, los niños del grupo de gravedad media-alta manifiestan mayor ansiedad que los niños del grupo de baja gravedad. Los efectos correspondientes a Incremento del arousal ($F = 3.06$; $p = .082$) e Hipervigilancia ($M = 3.76$; $p = .054$) han sido marginalmente significativos.

Tabla 24. Contrastes entre los niños pequeños ($N = 70$) y mayores ($N = 15$) en el grupo no grave y pequeños ($N = 48$) y mayores ($N = 27$) en el grupo de mayor gravedad

	Poco-Medio+grave Pequeños	Poco-Medio+grave Mayores	Poco Pequeños-Mayores	Medio+grave Pequeños-Mayores
Impacto del Estresor	-1.80	173.5	513.5	.11
Re-experimentación	-2.16*	129.5*	345.5*	.82
Evitación	-2.21*	112.0*	500.0	-.07
Incremento del Arousal	-1.57	167.0	514.0	.16
Depresión	-2.23*	144.5	507.0	.23
Desesperanza	-2.02*	146.0	465.5	1.21
Síntomas Psicosomáticos	-2.11*	73.5**	459.5	-.98
Conducta Oposicionista	-1.15	181.5	445.0	.43
Hipervigilancia	-1.14	142.5	479.5	-.35
Disociación y Sueños	-2.48*	126.0*	380.0	.36
Mal Ajuste General	-1.18	112.5*	336.0*	.26

Los resultados muestran lo siguiente:

- (i) Las comparaciones por pares sugieren que, en el grupo de niños pequeños, los clasificados con gravedad baja muestran menor puntuación en las medidas de Reexperimentación, Evitación, Depresión, Desesperanza, Síntomas psicosomáticos y Disociación y sueños que los niños del grupo de gravedad media o alta. El tamaño del efecto ha sido débil en todos los casos, con un valor de la d que oscila entre $d = .42$ y $d = .48$.
- (ii) En el grupo de niños mayores, los sujetos con gravedad baja han obtenido una puntuación inferior a los del grupo con gravedad media o alta en

Reexperimentación, Evitación, Síntomas psicósomáticos, Disociación y sueños y Mal ajuste general. El tamaño del efecto ha sido moderado en todos los casos, con un valor que oscila entre $d = .51$ y $d = .74$, excepto para Síntomas Psicósomáticos, donde el efecto ha sido muy fuerte ($d = 1,35$).

- (iii) Cuando comparamos el grupo de niños pequeños con el grupo de niños mayores en el caso de que la gravedad de la enfermedad sea baja, encontramos que los niños pequeños presentan mayor nivel en Reexperimentación y Mal ajuste general que los niños mayores. Sin embargo, en el grupo de niños con gravedad media-alta se puede afirmar que las medidas de estrés son similares en los niños pequeños y en los mayores. El tamaño del efecto ha sido débil, con $d = .30$ para Reexperimentación y $d = .46$ para Mal ajuste general.

En resumen, la gravedad de la enfermedad influye provocando mayores síntomas de estrés con independencia de la edad que tengan los niños. Así, cuando se mantiene constante el nivel de gravedad (poco grave o media-alta), apenas existen diferencias significativas entre los niños más pequeños y los más mayores, representando las pocas diferencias encontradas efectos débiles.

Para analizar la influencia de la *procedencia* contamos con los siguientes grupos: 62 niños autóctonos y 23 emigrantes en el grupo poco grave y 58 autóctonos y 17 emigrantes en el grupo de mayor gravedad. En la Tabla 25 se presenta el análisis de varianza y en la Tabla 26 los contrastes por pares de grupos.

Los resultados muestran que:

- (i) De nuevo, se observa la importancia del efecto de la Gravedad sobre los niveles de estrés, ya que la prueba F para dicho efecto ha resultado estadísticamente significativa en todos los casos. La tendencia de las medias indica que los niños con gravedad media-alta presentan mayor nivel de estrés que los niños con gravedad baja. El efecto de la prueba F para la Conducta opositora ($F = 3.03$; $p = .084$) ha sido marginalmente significativo.

III. RESULTADOS

Tabla 25. Gravedad de la enfermedad e IQ. La influencia de la procedencia: autóctonos (N = 62) y emigrantes (N = 23) en el grupo no grave y autóctonos (N = 58) y emigrantes (N = 17) en el grupo de mayor gravedad

		Medias			Procedencia		Gravedad		Procedencia x Gravedad	
		Autóctonos	Emigrantes	Total	F	P	F	P	F	P
Impacto del Estresor	Poco grave	0,89/0,82	0,84/0,88	0,88/0,83						
	Medio + muy grave	1,08/0,73	1,50/1,42	1,17/0,94	1.29	.258	6.86	.010	2.16	.144
	Total	0,98/0,78	1,12/1,17	1,02/0,89						
Re-experimentación	Poco grave	0,40/0,49	0,53/0,82	0,43/0,60						
	Medio + muy grave	0,62/0,65	0,91/0,89	0,69/0,72	3.06	.082	6.44	.012	.45	.502
	Total	0,51/0,58	0,69/0,86	0,55/0,67						
Evitación	Poco grave	0,38/0,48	0,49/0,83	0,41/0,59						
	Medio + muy grave	0,69/0,72	0,87/0,90	0,73/0,76	1.42	.236	7.57	.007	.08	.784
	Total	0,53/0,63	0,66/0,87	0,56/0,69						
Incremento Arousal	Poco grave	0,68/0,61	0,67/0,77	0,68/0,65						
	Medio + muy grave	0,83/0,60	1,12/1,06	0,89/0,73	1.22	.271	5.51	.020	1.51	.222
	Total	0,75/0,61	0,86/0,92	0,78/0,70						
Depresión	Poco grave	0,51/0,56	0,60/0,90	0,53/0,67						
	Medio + muy grave	0,81/0,77	0,99/1,05	0,85/0,84	.92	.339	6.25	.013	.10	.752
	Total	0,65/0,68	0,76/0,98	0,68/0,77						
Desesperanza	Poco grave	0,20/0,35	0,34/0,70	0,24/0,47						
	Medio + muy grave	0,40/0,57	0,60/0,89	0,45/0,66	2.68	.104	4.91	.028	.07	.795
	Total	0,30/0,48	0,45/0,79	0,33/0,57						
Síntomas psicossomáticos	Poco grave	0,89/0,60	0,88/0,86	0,89/0,67						
	Medio + muy grave	1,18/0,76	1,89/1,01	1,34/0,87	6.33	.013	22.09	.000	7.01	.009
	Total	1,03/0,69	1,31/1,05	1,10/0,80						
Conducta Oposicionista	Poco grave	0,41/0,59	0,44/0,76	0,42/0,64						
	Medio + muy grave	0,50/0,56	0,78/0,95	0,56/0,67	1.67	.198	3.03	.084	1.11	.293
	Total	0,45/0,58	0,59/0,85	0,49/0,66						

III. RESULTADOS

Cont. Tabla 25. Gravedad de la enfermedad e IQ. La influencia de la procedencia: autóctonos (N = 62) y emigrantes (N = 23) en el grupo no grave y autóctonos (N = 58) y emigrantes (N = 17) en el grupo de mayor gravedad

		Medias			Procedencia		Gravedad		Procedencia x Gravedad	
		Autóctonos	Emigrantes	Total	F	P	F	P	F	P
Hipervigilancia	Poco grave	0,63/0,49	0,66/0,77	0,64/0,58						
	Medio + muy grave	0,77/0,61	1,00/0,89	0,82/0,69	1.30	.256	4.25	.041	.73	.396
	Total	0,70/0,56	0,81/0,83	0,72/0,64						
Disociación y Sueños	Poco grave	0,57/0,55	0,60/0,71	0,58/0,59						
	Medio + muy grave	0,83/0,68	1,25/1,09	0,93/0,80	3.15	.078	12.81	.000	2.26	.135
	Total	0,70/0,63	0,88/0,94	0,74/0,72						
Mal Ajuste General	Poco grave	0,24/0,28	0,30/0,38	0,25/0,31						
	Medio + muy grave	0,32/0,34	0,53/0,68	0,37/0,44	4.10	.045	5.04	.026	1.14	.287
	Total	0,28/0,31	0,40/0,53	0,31/0,38						

- (ii) De nuevo, se observa la importancia del efecto de la Gravedad sobre los niveles de estrés, ya que la prueba F para dicho efecto ha resultado estadísticamente significativa en todos los casos. La tendencia de las medias indica que los niños con gravedad media-alta presentan mayor nivel de estrés que los niños con gravedad baja. El efecto de la prueba F para la Conducta oposicionista ($F = 3.03$; $p = .084$) a sido marginalmente significativo.
- (iii) Respecto al papel de la Procedencia, se ha hallado un efecto significativo para Síntomas psicossomáticos ($F = 6.33$; $p = .013$) y Mal ajuste general ($F = 4.10$; $p = .045$), siendo marginalmente significativo para Reexperimentación ($F = 3.06$; $p = .082$) y Disociación y sueños ($F = 3.15$; $p = .078$). En todos estos casos, los niveles de estrés en los niños emigrantes han sido superiores a los niveles de los niños autóctonos.

III. RESULTADOS

- (iv) Por último, se ha encontrado un efecto de la interacción de la Gravedad con la Procedencia para la medida de Síntomas psicossomáticos ($F = 7.01$; $p = .009$). En este caso se observa que en el grupo de niños emigrantes las diferencias en esta medida entre los niños de gravedad baja ($M = 0,88$) y media-alta ($M = 1,89$) es mucho mayor que en el grupo de niños autóctonos ($M = 0,89$ y $M = 1,18$).

Tabla 26. Contrastes entre los niños autóctonos ($N = 62$) y emigrantes ($N = 23$) en el grupo no grave y autóctonos ($N = 58$) y emigrantes ($N = 17$) en el grupo de mayor gravedad

	Poco-Medio+grave Autóctonos	Poco-Medio+grave Emigrantes	Poco Autóc.-Emigr.	Medio+grave Autóc- Emigr.
Impacto del Estresor	-1.31	158.5	.26	464.0
Re-experimentación	-2.11*	146.5	-.71	438.0
Evitación	-2.75**	123.5*	-.62	455.5
Incremento del Arousal	-1.29	148.0	.09	470.5
Depresión	-2.45*	155.5	-.44	455.5
Desesperanza	-2.33*	173.0	-.93	477.5
Síntomas Psicossomáticos	-2.25	71.0***	.09	296.0*
Conducta Oposicionista	-.78	138.5	-.16	469.5
Hipervigilancia	-1.38	146.0	-.20	461.5
Disociación y Sueños	-2.34*	139.0	-.21	414.0
Mal Ajuste General	-1.43	165.5	-.76	436.0

Los resultados de los contrastes muestran que:

- (i) Entre los niños autóctonos, los de gravedad baja presentan menor nivel de síntomas en las escalas de Reexperimentación, Evitación, Depresión, Desesperanza y Disociación y sueños que los niños con gravedad media o alta. El tamaño ha sido débil en todos los casos, con valores que oscilan entre $d = .38$ y $d = .45$, excepto para evitación, cuyo efecto ha sido moderado ($d = .51$).
- (ii) Respecto al grupo de niños emigrantes, los de gravedad baja presentan menor nivel de Evitación y de Síntomas psicossomáticos que los de gravedad media-alta. El tamaño del efecto ha sido débil en evitación ($d = .44$) y fuerte en Síntomas psicossomáticos ($d = 1.08$).

La comparación de los niños autóctonos con emigrantes que presentan baja gravedad indica que ambos grupos son similares en las medidas de estrés evaluadas. Respecto al grupo de gravedad media-alta, se ha observado que existen diferencias entre autóctonos y emigrantes en Síntomas psicósomáticos, habiéndose hallado mayor nivel de dicha sintomatología entre los emigrantes. El tamaño del efecto ha sido fuerte ($d = .80$).

3.3.3. Preocupación por la cirugía y reacciones de estrés post-quirúrgicas

Hipótesis 5. Esta hipótesis establecía que “la cantidad de miedos y preocupación de los niños por la cirugía se espera que sea mayor a medida que aumenta la gravedad de su enfermedad. Además, los distintos tipos de miedos evaluados, funcionarán como predictores importantes de las reacciones de estrés post-quirúrgicas en el caso de aquellos niños con enfermedades más graves”. Para poner a prueba esta hipótesis, se presenta en primer lugar el análisis de medias entre los dos grupos formados en función de la gravedad de la enfermedad (poco grave y gravedad media-alta) en los factores y puntuación total del Cuestionario de Preocupaciones por la Cirugía Infantil (Tabla 27). En segundo lugar se presentan los análisis de regresión para el grupo con enfermedades poco graves (Tabla 28) y de mayor gravedad (Tabla 29), considerando como predictores los tipos de miedos ante la cirugía evaluados retrospectivamente y como variables criterio los síntomas evaluados por el Cuestionario MPE.

Tabla 27. Medias, desviaciones típicas y diferencias entre niños sometidos a IQ con Enfermedades Poco Graves (N = 85) y Graves (N = 75) en el Cuestionario de Preocupaciones sobre Cirugía Infantil

	1		2		t
	No grave (N=85)		Medio+Muy grave (N=75)		
	M	DT	M	DT	
PSH	17,72	9,02	19,91	8,18	-1.61
PPM	12,45	6,19	13,75	5,79	-1.37
PER	11,89	5,28	13,39	5,09	-1.82
Total	49,44	21,95	54,85	18,77	-1.68

Nota.- PSH: Preocupación por la Hospitalización. PPM: Preocupación por los Procedimientos Médicos. PER: Preocupación por la Enfermedad y sus Repercusiones.

III. RESULTADOS

Como muestra la tabla, las preocupaciones y miedos de los niños ante la cirugía son mayores cuando la gravedad de la enfermedad que padece el niño es mayor. No obstante, este análisis no da lugar a diferencia significativa alguna entre los grupos.

La Tabla 28 muestra los análisis de regresión realizados con los niños IQ que padecían enfermedades poco graves. Las variables criterio son las escalas del cuestionario MPE, mientras que se han tomado como variables predictoras las preocupaciones de los niños sobre la cirugía evaluadas retrospectivamente.

Tabla 28. Análisis de regresión: grupo de niños IQ con Enfermedades Poco Graves (N = 85)

	R ; R ² corregida (F _{gl} ; p)	Error típico	Variables predictoras	Coefficiente B estandarizado
Impacto del Estresor	-/-	-/-	-/-	-/-
Re-experimentación	-/-	-/-	-/-	-/-
Evitación	.375; .140 F1,84 = 4.405; p < .01	.56	PSH	.333*
Incremento Arousal	-/-	-/-	-/-	-/-
Depresión	-/-	-/-	-/-	-/-
Desesperanza	.341; .116 F1,84 = 3.549; p < .05	.45	PSH	.343*
Síntomas Psicosomáticos	.418; .174 F1,84 = 5.707; p < .01	.62	PSH	.411*
Conducta Oposicionista	-/-	-/-	-/-	-/-
Hipervigilancia	-/-	-/-	-/-	-/-
Disociación y Sueños	-/-	-/-	-/-	-/-
Mal Ajuste General	-/-	-/-	-/-	-/-

Nota.- PSH: Preocupación por la Hospitalización. PPM: Preocupación por los Procedimientos Médicos. PER: Preocupación por la Enfermedad y sus Repercusiones.

Lo más relevante sería lo siguiente:

- (i) De las tres variables del CPI, sólo la relativa a Preocupación por la Hospitalización (PSH) da lugar a la obtención de algún resultado significativo.

III. RESULTADOS

- (ii) Las relaciones significativas encontradas de mayor a menor importancia indican que la PSH predice un 17,4% de los Síntomas psicossomáticos, un 14% de los síntomas de Evitación y, aproximadamente, un 12% de los de Desesperanza. En suma, las mayores puntuaciones en PSH llevarían consigo un incremento en los síntomas mencionados. Los coeficientes Beta obtenidos fueron respectivamente de .41, .34 y .33, todos ellos significativos con un nivel $p < .05$.

El mismo análisis para el grupo de niños IQ con enfermedad grave se muestra en la tabla siguiente.

Tabla 29. Análisis de regresión: grupo de niños IQ con Enfermedades Graves (N = 75)

	R ; R ² corregida (F _{gl} ; p)	Error típico	Variables predictoras	Coefficiente B estandarizado
Impacto del Estresor	-/-	-/-	-/-	-/-
Re-experimentación	.474; .225 F _{2,73} = 8.678; p < .001	.64	PSH PPM	.320* .286*
Evitación	.438; .192 F _{1,74} = 5.625; p < .01	.70	PPM	.329*
Incremento Arousal	.374; .140 F _{1,74} = 3.848; p < .05	.69	PSH	.282*
Depresión	.440; .194 F _{2,73} = 5.682; p < .01	.77	PSH PPM	.271* .314*
Desesperanza	-/-	-/-	-/-	-/-
Síntomas Psicossomáticos	-/-	-/-	-/-	-/-
Conducta Oposicionista	.408; .167 F _{1,74} = 4.736; p < .01	.63	PPM	.293*
Hipervigilancia	-/-	-/-	-/-	-/-
Disociación y Sueños	.414; .171 F _{1,74} = 4.897; p < .01	.75	PSH	.303*
Mal Ajuste General	-/-	-/-	-/-	-/-

Nota.- PSH: Preocupación por la Hospitalización. PPM: Preocupación por los Procedimientos Médicos. PER: Preocupación por la Enfermedad y sus Repercusiones.

Los principales resultados encontrados mostrarían lo siguiente:

- (i) No solo la PSH sino también la Preocupación por los procedimientos médicos (PPM) representan variables que permiten explicar los síntomas de estrés de los niños. Así, PPM predice alrededor de un 19% de los síntomas de Evitación y cerca de un 17% de la Conducta oposicionista. Los coeficientes Beta obtenidos fueron positivos respectivamente de .33 y .29.
- (ii) Además, en los niños con enfermedad grave la PSH predice el 17% de los síntomas de Disociación y sueños y el 14% en los síntomas de Incremento de arousal. De nuevo, los coeficientes Beta son positivos: .30 y .28, respectivamente.
- (iii) PSH y PPM conjuntamente ofrecen los mejores resultados ya que predicen el 22% de los síntomas de Reexperimentación y el 19% de los de Depresión.

En conclusión puede señalarse que, aunque los resultados obtenidos en el caso de los niños con enfermedad grave son más interesantes que los que se obtienen en el caso de los niños con enfermedad poco grave, el peso de los coeficientes no es muy alto. No obstante, sugieren varias cosas. Por una parte parece claro que los niños con enfermedad grave son niños con un estrés crónico en el que la IQ exacerba simplemente esas reacciones previamente adquiridas. Realmente los niños más que Preocupación por la enfermedad y la repercusión que pueda tener (PER), más que una “conciencia sobre su propia enfermedad”, temen a los estresores externos que conllevan su condición de enfermos graves o, más precisamente, podríamos decir que en estos resultados aparecen aquellos temores que más tienen que ver con la explicación de los diversos síntomas de estrés (si bien es cierto que lo ideal hubiera sido una evaluación prospectiva de las preocupaciones y miedos de los niños). Además, por otra parte, merece llamar la atención sobre el siguiente aspecto: en el análisis de regresión de la condición grave, ninguno de los tres predictores mostró una relación significativa con los síntomas Psicossomáticos. Por comparación con los resultados obtenidos en la condición de

enfermedad poco grave, parece que la PPM representaría un área a cuidar especialmente en el caso de los niños más graves.

3.3.4. Preocupaciones por la cirugía, afrontamiento y reacciones post-quirúrgicas

Con el objeto de manejar un menor número de variables por lo que se refiere a las estrategias de afrontamiento practicadas por los niños, como mencionamos en el Capítulo II, se realizó un análisis factorial de segundo orden (varimax con componentes principales) a fin de determinar empíricamente las agrupaciones más adecuadas de estas estrategias en la muestra de niños con la que se ha trabajado. Los resultados se presentan en la Tabla 30.

Tabla 30. Análisis factorial de segundo orden de los 18 Factores del ACS (n = 160)

Matriz de Factores Rotados

	Componentes						h ²
	1	2	3	4	5	6	
Apoyo Social	-,090	,825	,129	,077	,015	,160	,738
Resolver Problema	-,180	,797	,044	,076	-,062	,230	,732
Esforzarse	-,080	,414	-,056	,200	-,012	,725	,747
Preocuparse	,171	,063	,387	,026	,091	,720	,710
Amigos Íntimos	,148	,065	,827	-,050	-,007	,264	,783
Pertenencia	-,018	,168	,799	,223	,007	-,015	,717
Hacerse Ilusiones	,569	-,181	,490	,103	,188	,039	,644
Falta de Afrontam.	,725	-,338	,032	,145	-,004	-,020	,663
Reducción Tensión	,779	,028	,001	,114	,140	,035	,641
Acción Social	,454	,500	,390	-,150	,051	-,143	,654
Ignorar Problema	,810	,041	,208	-,037	,028	,067	,707
Autoinculparse	,750	,026	,050	-,084	-,005	-,048	,576
Reservarlo para sí	,612	-,277	-,092	-,228	-,037	,107	,525
Apoyo Espiritual	,180	-,202	-,112	-,102	,764	,154	,704
Fijarse en lo Positivo	-,028	,174	,166	,114	,828	-,074	,762
Ayuda Profesional	-,393	,389	-,070	,329	,265	-,184	,522
Diversiones Relaj.	,010	-,025	,066	,871	,057	,070	,772
Distracción Física	,000	,125	,084	,759	-,040	,084	,608
Valor Propio	4,05	3,12	1,55	1,31	1,17	1,02	
% Varianza Total	19,70	12,42	11,10	9,44	7,87	7,28	67,81
% Var. Extra. Rot	29,05	18,31	16,36	13,92	11,60	10,73	99,97

III. RESULTADOS

Este análisis ha dado lugar a una estructura de seis factores con valores propios por encima de 1.00 que explican el 68% de la varianza.

El primer factor con un valor propio de 4,05 explica el 19,70 de la varianza total y un 29,05% de la extraída por la rotación. A este factor le hemos denominado *Huida Intrapunitiva*, tratándose claramente de un factor de afrontamiento negativo o de falta de afrontamiento (las saturaciones más altas de este factor corresponden a Hacerse Ilusiones (Hi), Falta de Afrontamiento (Na), Reducción de la Tensión (Rt), Ignorar el Problema (Ip), Autoinculparse (Cu) y Reservarlo para si (Re). Contiene 27 ítems en total.

El segundo factor denominado *Acción Social Positiva* con un valor propio de 3,12 explica un 12,42 de la varianza total y un 18,31 de la extraída por la rotación. Agrupa escalas de afrontamiento positivo con saturaciones altas de Apoyo social (As), Resolver el Problema (Rp) y Acción Social (As). En este factor incluiríamos Ayuda Profesional (Ap) dada su carga positiva y similar a la obtenida en el F1. Contiene 18 ítems en total.

El tercer factor denominado *Búsqueda de Apoyo en Personas Cercanas* tiene un valor propio de 1,55, explica un 11,10 de la varianza total y un 16,36 de la extraída por la rotación. Las saturaciones más altas se corresponden con escalas de marcado carácter social tales como la de Amigos Íntimos (Ai) y Pertenencia (Pe). Contiene 10 ítems en total.

El cuarto factor, con valor propio 1,31 explica 9,44 de la varianza total y 13,92 de la extraída por la rotación. A este factor le hemos denominado *Hedonismo*, las saturaciones más altas se corresponden con Diversiones Relajantes (Dr) y Distracción Física (Fi). Contiene 6 ítems en total.

El quinto factor denominado *Crecimiento Personal* tiene un valor propio de 1,17, explica el 7,87 de la varianza total y 11,60 de la extraída por rotación. Presenta mayor saturación en Apoyo Espiritual (Ae) y Fijarse en lo positivo (Po). Contiene 8 ítems en total.

Por último el sexto factor denominado *Acción Personal Positiva en la Solución del Problema*, tiene un valor propio de 1.02 y explica el 7,28 de la varianza total y 10,73 de

la extraída por rotación. Se trata de un factor de afrontamiento cuyas saturaciones más altas se dan en Esforzarse (Es) y Preocuparse (Pr.). Contiene 10 ítems en total.

Una vez establecidas las agrupaciones, pasamos a comentar los resultados relativos a la hipótesis 6.

Hipótesis 6. La hipótesis afirmaba que: *“teniendo en cuenta el volumen total de preocupaciones de los niños por la cirugía, se espera que las estrategias de afrontamiento medien de forma diferente en sus reacciones de estrés post-quirúrgicas en función de la gravedad de la enfermedad que padecen”*. Para poner a prueba esta hipótesis se ha empleado el análisis de mediación siguiendo el método de Preacher y Hayes (2008), que permite probar simultáneamente varias variables mediadoras a la vez. Estos análisis se han realizado para el grupo poco grave y para el grupo grave. En todos estos análisis se ha tomado como variable independiente el volumen total de miedos y preocupaciones de los niños ante la cirugía; como variables mediadoras los seis factores de afrontamiento; y como variables dependientes se han considerado, por una parte, el sumatorio de las puntuaciones de las cuatro escalas de estrés post-traumático del MPE (Impacto del estresor, Reexperimentación, Evitación e Incremento de arousal) y, por otra, el sumatorio de todas las escalas. A fin de no cargar el texto con exceso de figuras y tablas, los resultados de mediación cuando se utiliza cada una de las escalas de síntomas del MPE por separado, se presentan en el Anexo II. En todo caso los aspectos más destacables de esos últimos resultados serán comentados aquí.

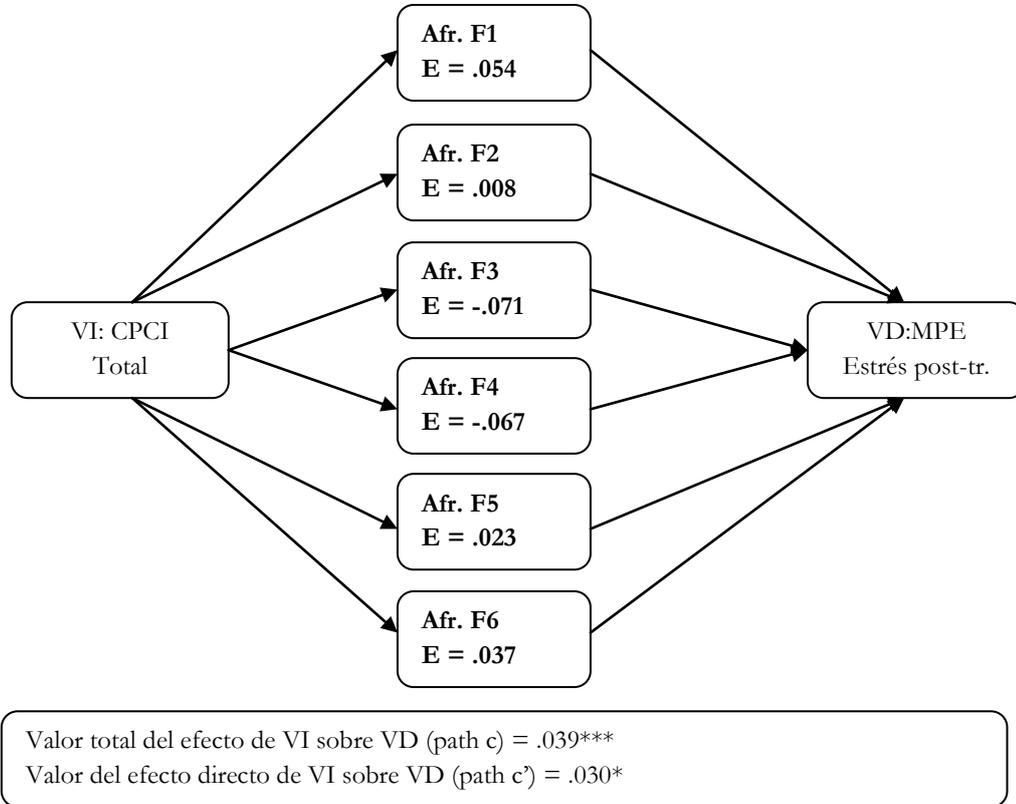
En la Figura 1 se presenta el análisis mediador del afrontamiento en relación con el total de síntomas post-traumáticos en el grupo poco grave. Los mismos resultados para el grupo grave se presentan en la Figura 2.

Lo más destacable sería lo siguiente:

- (i) En el grupo poco grave, el valor total del efecto de CPCI sobre el total de síntomas post-traumático (path c) ha resultado estadísticamente significativo ($p < .001$) y, además, el valor del efecto directo (path c') ha reducido su significación ($p < .05$), lo que indica la existencia de un efecto de

III. RESULTADOS

Figura 1. Efectos de los mediadores considerando la relación entre el volumen de Preocupaciones ante la Cirugía y la puntuación total en las escalas de estrés post-traumático: grupo poco grave (N = 85)

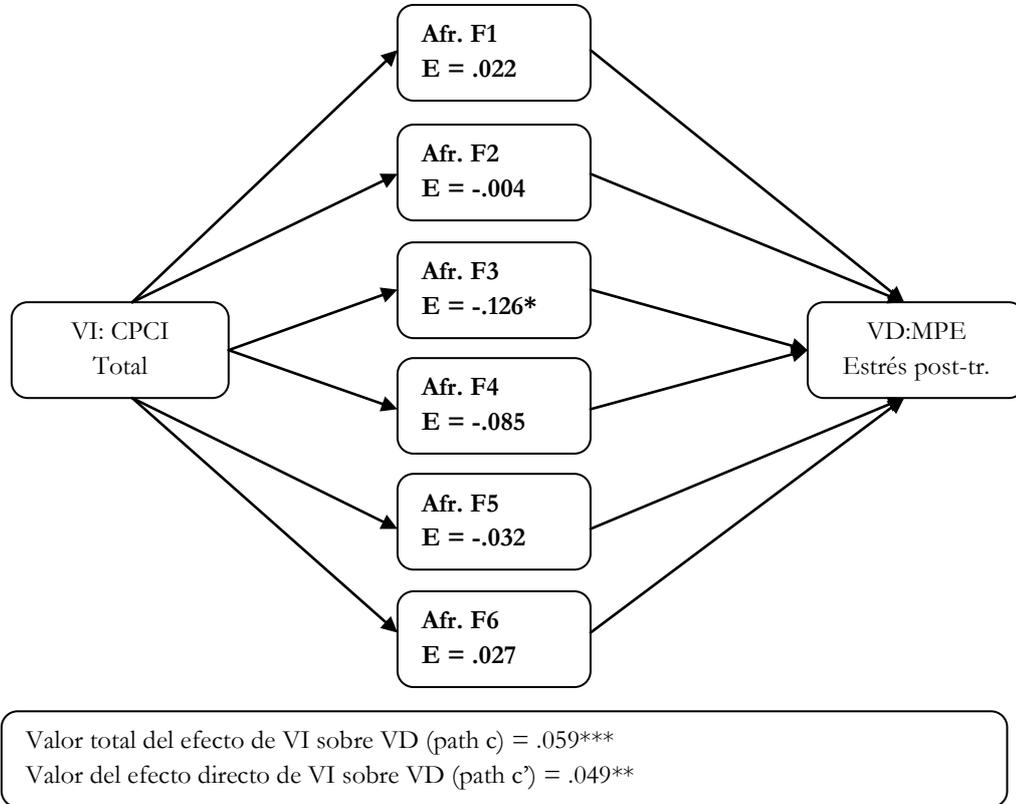


Variables de Mediación	Tamaño del Efecto	Error típico	Valor Z	95% Intervalo de confianza del BCA	
				bajo	Alto
Afr. F1	.0088	.0052	1.7106	.0009	.0206
Afr. F2	-.0007	.0025	-.2580	-.0084	.0033
Afr. F3	-.0008	.0019	-.4093	-.0090	.0023
Afr. F4	.0012	.0017	.6916	-.0011	.0089
Afr. F5	.0005	.0015	.3640	-.0024	.0070
Afr. F6	.0001	.0009	.0937	-.0035	.0043
Total	.0092	.0054	1.6832	-.0015	.0222

Nota: F1 = Huída intrapunitiva; F2 = Acción social positiva en la solución del problema; F3 = Búsqueda de apoyo en personas cercanas; F4 = Hedonismo; F5 = Crecimiento personal; F6 = Acción personal positiva en la solución del problema. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

III. RESULTADOS

Figura 2. Efectos de los mediadores considerando la relación entre el volumen de Preocupaciones ante la Cirugía y la puntuación total en las escalas de estrés post-traumático: grupo grave (N = 75)



Variables de Mediación	Tamaño del Efecto	Error típico	Valor Z	95% Intervalo de confianza del BCA	
				bajo	Alto
Afr. F1	.0016	.0024	.6345	-.0023	.0116
Afr. F2	.0006	.0049	.1199	-.0094	.0105
Afr. F3	.0043	.0054	.7937	-.0040	.0197
Afr. F4	.0047	.0047	.9886	-.0018	.0161
Afr. F5	.0003	.0012	.2795	-.0132	.0079
Afr. F6	-.0017	.0040	-.4240	-.0169	.0053
Total	.0098	.0083	1.1772	-.0084	.0299

Nota: F1 = Huída intrapunitiva; F2 = Acción social positiva en la solución del problema; F3 = Búsqueda de apoyo en personas cercanas; F4 = Hedonismo; F5 = Crecimiento personal; F6 = Acción personal positiva en la solución del problema. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

mediación parcial. Sin embargo, en este efecto mediador no sobresale ningún factor de afrontamiento en particular y, en su caso, la aportación total de todos ellos no da lugar a un efecto significativo.

- (ii) Un resultado algo diferente es el que se obtiene cuando nos centramos en los resultados obtenidos en el grupo grave. Aquí se observa también un efecto de mediación parcial, (path c' reduce su significación en relación con path c), aunque no tan fuerte como en el caso anterior. Sin embargo, lo destacable aquí es el hecho de que en este papel mediador emerge una variable de afrontamiento como la más importante, concretamente la Búsqueda de apoyo de personas cercanas ($E = -.126$, $p < .05$), de forma que aquellos niños que utilizan más esta estrategia presentarían un menor volumen de síntomas post-traumáticos.

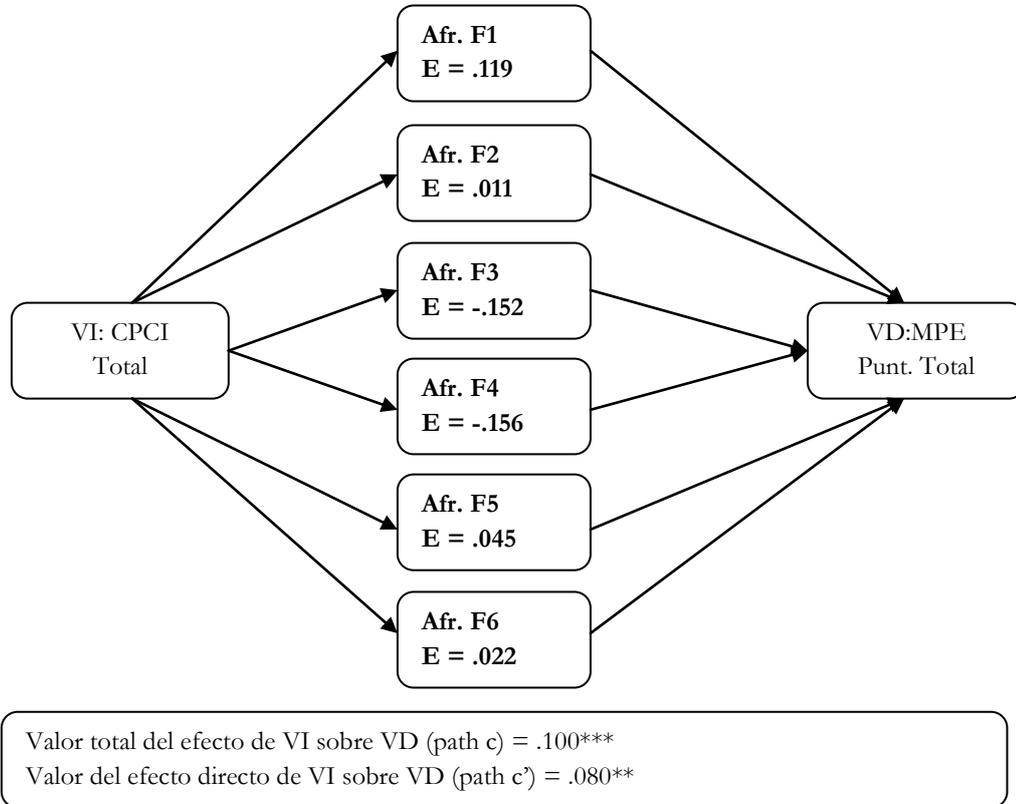
En las Figuras 3 y 4 se presentan los resultados relativos al total de síntomas del MPE.

Al respecto señalar que:

- (i) En el grupo poco grave se produce una mediación parcial (disminución de path c' en relación con path c), pero de nuevo, como ocurría con el total de síntomas post-traumáticos, no existe ningún factor de afrontamiento que sobresalga en su aportación a la mediación sobre el resto.
- (ii) En el caso del grupo grave, los efectos de mediación encontrados son semejantes a los obtenidos con el total de síntomas post-traumáticos. Así, es la variable de afrontamiento Búsqueda de apoyo en las personas cercanas, la única que produce un efecto significativo ($E = -.333$, $p < .05$). Pero, también, al igual que ocurría en el caso anterior, el efecto no es fuerte ya que el valor asociado de Z no es significativo.

III. RESULTADOS

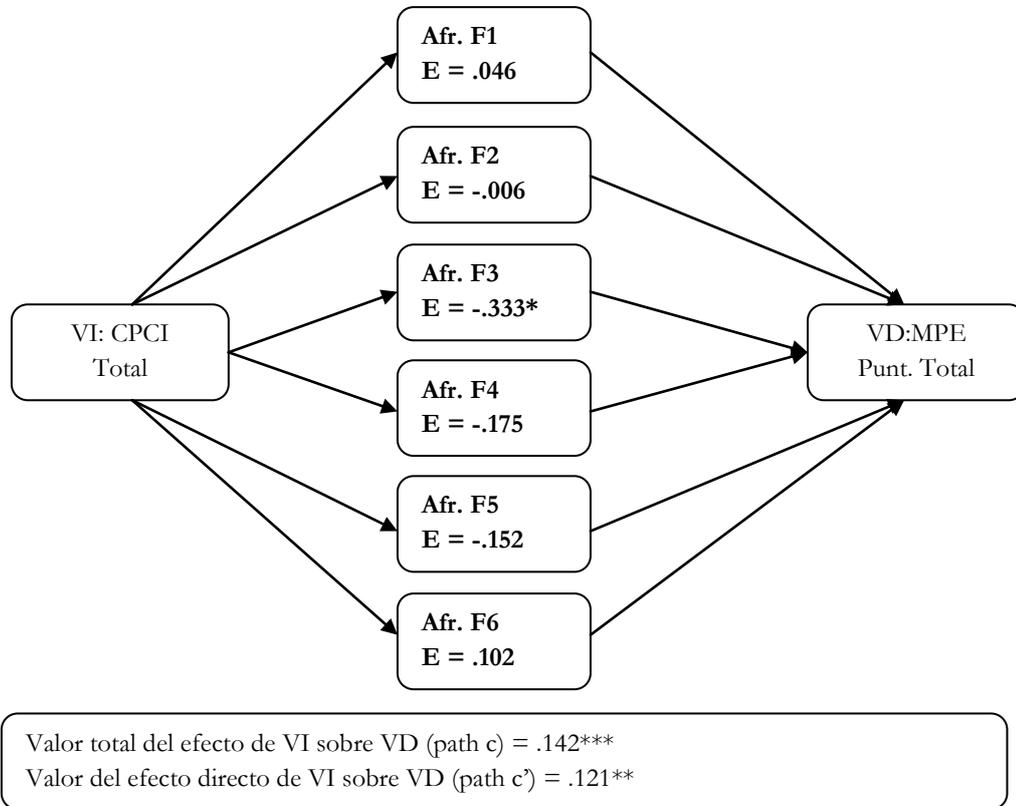
Figura 3. Efectos de los mediadores considerando la relación entre el volumen de Preocupaciones ante la Cirugía y la puntuación total en MPE: grupo poco grave (N = 85)



Variables de Mediación	Tamaño del Efecto	Error típico	Valor Z	95% Intervalo de confianza del BCA	
				bajo	Alto
Afr. F1	.0195	.0121	1.6038	.0041	.0544
Afr. F2	-.0010	.0061	-.1588	-.0162	.0104
Afr. F3	-.0017	.0042	-.4052	-.0307	.0055
Afr. F4	.0027	.0040	.6803	-.0032	.0223
Afr. F5	.0010	.0035	.2966	-.0053	.0137
Afr. F6	.0001	.0006	.0824	-.0111	.0059
Total	.0206	.0128	1.6080	-.0032	.0547

Nota: F1 = Huída intrapunitiva; F2 = Acción social positiva en la solución del problema; F3 = Búsqueda de apoyo en personas cercanas; F4 = Hedonismo; F5 = Crecimiento personal; F6 = Acción personal positiva en la solución del problema. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

Figura 4. Efectos de los mediadores considerando la relación entre el volumen de Preocupaciones ante la Cirugía y la puntuación total en MPE: grupo grave (N = 75)



Variables de Mediación	Tamaño del Efecto	Error típico	Valor Z	95% Intervalo de confianza del BCA	
				bajo	Alto
Afr. F1	.0032	.0056	.5697	-.0044	.0293
Afr. F2	.0009	.0122	.0728	-.0261	.0232
Afr. F3	.0113	.0142	.7986	-.0074	.0456
Afr. F4	.0097	.0114	.8504	-.0053	.0382
Afr. F5	.0016	.0051	.3084	-.0233	.0225
Afr. F6	-.0064	.0102	-.6309	-.0477	.0090
Total	.0203	.0212	.9594	-.0272	.0651

Nota: F1 = Huída intrapunitiva; F2 = Acción social positiva en la solución del problema; F3 = Búsqueda de apoyo en personas cercanas; F4 = Hedonismo; F5 = Crecimiento personal; F6 = Acción personal positiva en la solución del problema. * = p < .05; ** = p < .01; *** = p < .001

A modo de resumen, los resultados más sobresalientes cuando se estudian estos efectos de mediación considerando cada una de las escalas del MPE por separado (ver figuras Anexo II), serían los siguientes:

- (i) En el grupo poco grave se producen sobre todas las escalas efectos de mediación indirectos de CPCI a través de las variables de afrontamiento. Ahora bien, el valor de estos efectos de mediación del afrontamiento no es en todos los casos potente y/o significativo. Así, el efecto total del afrontamiento es significativo cuando se tienen en cuenta los síntomas de Evitación, Depresión, y Desesperanza. En estas tres escalas de síntomas el tamaño del efecto se asocia con un valor de z significativo ($p < .05$). Además, la variable de afrontamiento que posee un mayor peso es Huida intrapunitiva, especialmente en los síntomas de Evitación ($E = .015$, $p < .05$) y de Depresión ($E = .017$, $p < .05$), lo que sugiere que el mayor uso de este tipo de afrontamiento lleva consigo un mayor incremento de esos síntomas. No obstante, el tamaño del efecto por separado para esta única variable en uno y otro análisis no se asocia con un valor de z significativo.

- (ii) En el grupo grave, los resultados son un poco más complejos. En primer lugar, existen efectos de mediación de CPCI sobre las escalas de Impacto del estresor, Reexperimentación, Incremento de arousal y Disociación y sueños ya que el valor de path c' reduce su valor respecto a path c . En relación con todos estos síntomas el papel mediador significativo ($p = .05$), con signo negativo, se corresponde con la variable Búsqueda de apoyo en personas cercanas, aunque el tamaño del efecto asociado correspondiente no lo sea. En segundo lugar, aunque los efectos detectados no son de mediación ya que path c' no reduce su valor respecto a path c , sí que esta misma variable de afrontamiento tiene un efecto independiente con peso negativo ($p < .05$) en los síntomas de Evitación, Depresión, Somatización e Hipervigilancia. En el caso de los síntomas de Evitación un efecto independiente, también con peso negativo y significativo se encuentra para la variable de afrontamiento denominada Crecimiento personal ($E = -.031$, $p < .05$).

Por lo que se refiere a los diferentes análisis presentados en el Anexo II, cabe concluir que si bien los efectos mediadores detectados del afrontamiento entre el volumen de preocupaciones por la cirugía y diversos tipos de síntomas no han sido potentes, sin embargo sí que muestran ciertas tendencias que merecerían ser exploradas con más detenimiento. Por una parte, una cierta tendencia se observa en la línea sugerida por lo que se refiere al grupo de niños que fueron intervenidos quirúrgicamente aunque su enfermedad era poco grave. Así, la variable de afrontamiento que sobresale frente al resto es la Huida intrapunitiva, siendo sus efectos negativos, en el sentido de que se relaciona positivamente con la mayor presencia de algunos síntomas psicológicos post-quirúrgicos. Por otra parte, en el caso de los niños con una enfermedad grave, se detecta más claramente el efecto beneficioso de la Búsqueda de apoyo en personas cercanas, algo que mitiga las reacciones de estrés tras la operación de estos niños. De todos modos, una razón de peso del por qué estos resultados no son tan claros como desearíamos depende en gran medida del hecho de que las preocupaciones de los niños por la cirugía fueron evaluadas retrospectivamente. Es muy posible que si el momento de la evaluación de estas preocupaciones hubiera sido previo a la IQ, los efectos mediadores de las estrategias de afrontamiento sobre los síntomas hubiesen sido más significativos.

3.4. Gravedad de la enfermedad del niño IQ: correspondencia entre los síntomas y estado emocional de los padres con las reacciones de estrés/ansiedad y los temores por la cirugía de sus hijos

En este apartado pasamos a comentar las hipótesis 7, 8, 9 y 10 incluidas en el objetivo 3 que se dirigía al estudio de la correspondencia entre la sintomatología y estado emocional de los padres con la de sus hijos. Los distintos subapartados se irán dividiendo en función de la hipótesis que fueron planteadas.

3.4.1. Síntomas psicológicos generales y estado emocional de los padres considerando la gravedad de la enfermedad de sus hijos IQ

Hipótesis 7. Esta hipótesis establecía que *“la gravedad de la enfermedad del niño IQ se verá reflejada en la sintomatología clínica de sus progenitores, de manera que a medida que ésta aumente, también se incrementará la sintomatología de sus padres de modo*

III. RESULTADOS

general y de modo más particular en los síntomas relacionados con la ansiedad y depresión. Del mismo modo, aumentarán las emociones negativas y disminuirán las positivas en aquellos padres que tengan hijos con enfermedad más grave sometidos a IQ.”.

Para poner a prueba esta hipótesis se han dividido a los padres en tres grupos en función de la gravedad de la enfermedad que padecían sus hijos y calculadas las diferencias (t-test) en las diferentes escalas de síntomas evaluadas por la SCL-90. Del mismo modo se ha procedido con las 3 emociones negativas y las 3 emociones positivas (véase Cap. II) que fueron evaluadas en los padres tras la IQ de sus hijos. Los resultados se muestran respectivamente en las Tablas 31, 32, 33 y 34.

Tabla 31. Medias y desviaciones típicas de los progenitores en síntomas clínicos: padres de niños IQ con enfermedad poco grave (N = 85), medio grave (N = 45) y muy grave (N = 30)

	No grave (N=85)		Medio grave (N=45)		Muy grave (N=30)	
	M	DT	M	DT	M	DT
Somatización	0,82	0,66	0,97	0,80	1,20	0,75
Obsesiones /compulsiones	0,61	0,61	0,84	0,74	0,99	0,72
Susceptibilidad	0,47	0,54	0,60	0,62	0,81	0,72
Depresión	0,63	0,56	0,89	0,74	1,01	0,74
Ansiedad	0,65	0,58	0,85	0,75	1,00	0,73
Hostilidad	0,47	0,56	0,59	0,60	0,74	0,68
Ansiedad Fóbica	0,41	0,56	0,54	0,66	0,73	0,62
Ideación paranoide	0,40	0,53	0,49	0,59	0,67	0,77
Psicoticismo	0,27	0,40	0,38	0,54	0,52	0,55
Depresión Melancólica	0,70	0,65	1,00	0,63	1,12	0,77
Índice Global de Gravedad	0,56	0,49	0,74	0,59	0,90	0,62

Los resultados muestran que:

- (i) Cuando comparamos el grupo de padres de niños IQ con enfermedades no graves y de gravedad media, observamos que existen diferencias significativas en los síntomas de Depresión y Depresión melancólica obteniendo una puntuación más elevada los padres de los niños que presentan más gravedad en la enfermedad. Los resultados del efecto para las variables significativas son para Depresión ($d = .40$) y Depresión melancólica ($d = .46$), ambas muestran un efecto débil.

Cuando comparamos el grupo de padres de niños IQ con enfermedades no graves y graves los resultados muestran que existen diferencias significativas en todos los síntomas clínicos de los padres a excepción de Ideación Paranoide. Los padres de los niños con enfermedades más graves muestran mayor sintomatología que los no graves. Analizando el tamaño del efecto, observamos lo siguiente: existe un efecto moderado en Somatización ($d = .54$), Obsesiones-Compulsiones ($d = .57$), Susceptibilidad interpersonal ($d = .53$), Depresión ($d = .58$), Ansiedad ($d = .53$), Ansiedad fóbica ($d = .54$), Psicoticismo ($d = .53$), Depresión melancólica ($d = .59$), Índice global de gravedad ($d = .61$). En los síntomas de Hostilidad ($d = .43$) el tamaño del efecto es más débil.

De estos resultados se desprende que la gravedad de la enfermedad de los niños IQ influye en el aumento de la sintomatología clínica de los padres. A medida que aumenta la gravedad de la enfermedad de sus hijos, los padres presentan mayor cantidad de síntomas clínicos.

Por otra parte, en las tablas 33 y 34 se muestran las medias, desviaciones típicas y resultado de las comparaciones entre cada una de las tres emociones negativas y de las 3 positivas así como en el total respectivo para ambas.

III. RESULTADOS

Tabla 32. Comparaciones de medias (t-test) entre los tres grupos: padres de niños IQ con enfermedad poco grave (N = 85), medio grave (N = 45) y muy grave (N = 30)

	No grave-medio	No grave-grave	Medio-grave
Somatización	-1.08	-2.44*	-1.25
Obsesiones /compulsiones	-1.74	-2.57**	-.88
Susceptibilidad	-1.24	-2.44*	-1.34
Depresión	-2.02*	-2.53*	-.68
Ansiedad	-1.56	-2.38*	-.86
Hostilidad	-1.10	-2.02*	-1.05
Ansiedad Fóbica	-1.14	-2.51*	-1.28
Ideación paranoide	-.81	-1.74	-1.08
Psicoticismo	-1.18	-2.24*	-1.07
Depresión Melancólica	-2.57**	-2.64**	-.69
Índice Global de Gravedad	-1.72	-2.72**	-1.14

Tabla 33. Medias y desviaciones típicas en las emociones negativas y positivas informadas por los padres: padres de niños IQ con enfermedad poco grave (N = 85), medio grave (N = 45) y muy grave (N = 30)

	Poco grave (N = 85)		Medio grave (N = 45)		Grave (N = 30)	
	M	DT	M	DT	M	DT
Alegría	2,79	2,31	1,73	2,08	1,33	1,69
Esperanza	4,16	2,21	3,82	2,36	3,27	2,52
Tranquilidad	3,14	2,30	2,07	2,18	1,13	1,76
Emo. Pos.	10,09	4,96	7,62	4,74	5,73	4,76
Disgusto	2,52	2,07	3,78	2,14	4,37	2,66
Irritación	2,06	2,08	3,82	2,44	3,97	2,21
Temor	4,84	1,85	5,91	1,24	6,40	0,86
Emo. Neg.	9,41	4,84	13,51	4,61	14,73	4,54

III. RESULTADOS

Tabla 34. Comparaciones de medias (t-test) entre los tres grupos: padres de niños IQ con enfermedad poco grave (N = 85), medio grave (N = 45) y muy grave (N = 30)

	Poco grave - Medio	Poco grave - Grave	Medio - Grave
	t	t	t
Alegría	2.64**	3.66***	.91
Esperanza	.81	1.73	.96
Tranquilidad	2.63**	4.95***	2.05*
Emo. Pos.	2.78**	4.26***	1.69
Disgusto	-3.23**	-3.46***	-1.01
Irritación	-4.11***	-4.13***	-.27
Temor	-3.94***	-6.15***	-2.02*
Emo. Neg.	-4.74***	-5.43***	-1.14

Los resultados muestran lo siguiente:

- (i) Cuando comparamos las emociones de los padres de los niños IQ con enfermedad poco grave y de gravedad media, observamos diferencias significativas en todas las emociones (positivas y negativas) excepto en la emoción Esperanza. En los padres de los niños con enfermedades menos graves aparecen más emociones positivas y menos negativas y en los padres con hijos más graves existen más emociones negativas y menos positivas. El tamaño del efecto para las emociones de Alegría ($d = .48$) y Tranquilidad ($d = .48$) se muestra débil; para el total de Emociones Positivas ($d = .50$) moderado y para las Emociones Negativas, el efecto en general es moderado siendo el efecto para Disgusto ($d = .60$), Irritación ($d = .77$), Temor ($d = .69$) y el total de Emociones Negativas fuerte de ($d = .86$).
- (ii) Cuando comparamos el grupo de padres de niños IQ con enfermedades poco graves y graves observamos que existen diferencias significativas en ambos grupos de padres en todas las emociones, excepto en Esperanza donde no se aprecian diferencias significativas. Las

diferencias encontradas en este caso dan lugar a tamaños de los efectos entre moderados y fuertes: Alegría ($d = .73$) Tranquilidad ($d = .99$), Emociones Positivas ($d = .89$), Disgusto ($d = .78$), Irritación ($d = .89$), Temor ($d = 1.15$) y Emociones Negativas ($d = 1.13$). En general, los tamaños del efecto son más fuertes cuando se trata de las emociones negativas.

- (iii) Por último, respecto al grupo de padres con hijos de gravedad media y gravedad alta, cuando analizamos las diferencias entre ambos grupos vemos que aparecen sobre todo, en dos tipos de emociones: Tranquilidad y Temor, más alta y más baja respectivamente en el grupo de mediana gravedad. El efecto de la gravedad de la enfermedad sería débil para Tranquilidad ($d = .47$) y para Temor ($d = .46$).

Los resultados anteriores muestran la influencia de la gravedad de la enfermedad en las emociones de los padres. Los padres con hijos con enfermedades graves tienen más emociones negativas y menos positivas, menos alegría y tranquilidad y más disgusto, irritación y temor, lo cual se explica lógicamente por el tipo de enfermedad, la gravedad se asocia a la preocupación por el pronóstico y el desenlace final para la vida del niño.

Por otro lado, los padres de niños con enfermedad medio grave y grave tendrían pocas diferencias en las emociones, dado que sus hijos se encuentran sometidos a una IQ que tiene gravedad en sí misma, aun así, los padres de los niños con enfermedades graves tendrían menos tranquilidad y más temor dadas las características de la enfermedad.

Respecto a la emoción de Esperanza, no se observan diferencias significativas pero es lógico pensar que la esperanza frente a una IQ del hijo siempre está presente, en el sentido de que “todo salga bien”. No podemos olvidar que todos estos niños han necesitado anestesia general y hospitalización y por ello todos los padres, independientemente de la gravedad de la enfermedad han tenido la esperanza de que no existiera ningún problema.

Por otra parte, a fin de simplificar lo que sigue, al igual que se hizo en algunos de los resultados que fueron presentados anteriormente, se han formado dos grupos de

padres: los padres de niños con enfermedad poco grave que son sometidos a una IQ (N = 85) y los padres de los niños con enfermedad de gravedad media alta (N = 75).

3.4.2. Gravedad de la enfermedad del hijo, variables sociodemográficas y síntomas clínicos en los padres

Hipótesis 8. Esta hipótesis sugiere que “el nivel de síntomas será mayor en las madres que en los padres, en los progenitores de niños más pequeños que en los más mayores y en los progenitores emigrantes que en los padres autóctonos. Se espera que el tono emocional más negativo y menos positivo de los padres se encuentre en consonancia con sus síntomas clínicos”.

Para analizar la influencia del género de los progenitores contamos con los siguientes grupos: 17 padres y 68 madres en la condición de poco grave y 23 padres y 52 madres en la condición de mayor gravedad. En la Tabla 35 se presenta el análisis de varianza y en la Tabla 36 los contrastes entre los pares de grupos cuando las variables dependientes se corresponden con los síntomas evaluados por la SCL-90. Los mismos análisis para las emociones positivas y negativas se presentan en las tablas 37 y 38.

Tabla 35. Gravedad de la enfermedad del hijo IQ. La influencia del género de los progenitores en sus síntomas psicológicos: padres (N = 17) y madres (N = 68) en el grupo no grave y padres (N = 23) y madres (N = 52) del grupo grave

		Medias			Género		Grupo		Género x Grupo	
		Padres	Madres	Total	F	P	F	P	F	P
Somatización	Poco grave	0,83/0,69	0,82/0,66	0,82/0,66						
	Grave	1,00/0,84	1,09/0,77	1,06/0,79	.09	.759	2.69	.103	.15	.698
	Total	0,93/0,77	0,94/0,72	0,93/0,73						
Obsesivo	Poco grave	0,69/0,74	0,59/0,57	0,61/0,61						
	Grave	0,78/0,67	0,95/0,76	0,90/0,73	.06	.811	3.24	.074	1.17	.280
	Total	0,75/0,70	0,74/0,68	0,74/0,68						
Susceptibilidad	Poco grave	0,60/0,64	0,43/0,51	0,47/0,54						
	Grave	0,68/0,67	0,69/0,67	0,69/0,66	.54	.463	2.31	.131	.64	.426
	Total	0,65/0,65	0,54/0,59	0,57/0,61						

III. RESULTADOS

Cont. Tabla 35. Gravedad de la enfermedad del hijo IQ. La influencia del género de los progenitores en sus síntomas psicológicos: padres (N = 17) y madres (N = 68) en el grupo no grave y padres (N = 23) y madres (N = 52) del grupo grave

		Medias			Género		Grupo		Género x Grupo	
		Padres	Madres	Total	F	P	F	P	F	P
Depresión	Poco grave	0,79/0,67	0,60/0,53	0,63/0,56						
	Grave	0,90/0,73	0,96/0,76	0,94/0,74	.31	.576	3.83	.052	1.05	.307
	Total	0,85/0,69	0,75/0,66	0,78/0,67						
Ansiedad	Poco grave	0,82/0,68	0,61/0,55	0,65/0,58						
	Grave	0,83/0,75	0,95/0,73	0,91/0,74	.14	.706	2.06	.153	1.77	.185
	Total	0,83/0,71	0,76/0,65	0,77/0,67						
Hostilidad	Poco grave	0,73/0,72	0,40/0,49	0,47/0,56						
	Grave	0,67/0,70	0,64/0,60	0,65/0,63	2.58	.110	.69	.408	1.88	.173
	Total	0,69/0,70	0,51/0,56	0,55/0,60						
Ansiedad Fóbica	Poco grave	0,60/0,73	0,37/0,51	0,41/0,56						
	Grave	0,66/0,61	0,60/0,66	0,62/0,64	1.68	.197	1.80	.182	.62	.434
	Total	0,63/0,66	0,47/0,59	0,51/0,61						
Ideación Paranoide	Poco grave	0,46/0,65	0,39/0,51	0,40/0,53						
	Grave	0,60/0,74	0,54/0,64	0,56/0,67	.35	.557	1.73	.190	.00	.960
	Total	0,54/0,69	0,46/0,57	0,48/0,60						
Psicoticismo	Poco grave	0,42/0,56	0,24/0,34	0,27/0,40						
	Grave	0,50/0,68	0,41/0,47	0,43/0,54	2.40	.124	2.06	.154	.29	.593
	Total	0,46/0,63	0,31/0,41	0,35/0,48						
Depr. Melancólica	Poco grave	0,86/0,79	0,66/0,61	0,70/0,65						
	Grave	0,86/0,71	1,13/0,66	1,05/0,68	.12	.731	3.70	.056	3.70	.056
	Total	0,86/0,74	0,87/0,67	0,87/0,69						
I. Global Gravedad	Poco grave	0,69/0,60	0,53/0,46	0,56/0,49						
	Grave	0,77/0,67	0,82/0,58	0,81/0,60	.28	.600	3.30	.071	1.12	.292
	Total	0,74/0,63	0,66/0,53	0,68/0,56						

III. RESULTADOS

Cabe mencionar que este análisis no aporta ningún efecto significativo, ni de interacción, ni principal. Sin embargo, los contrastes entre los grupos nos permiten apreciar una cierta tendencia, como muestra la Tabla 36.

Estos resultados muestran que:

- (i) Los hombres que tienen hijos que son sometidos a una IQ muestran el mismo nivel de síntomas clínicos con independencia de la gravedad de la enfermedad de estos.

Tabla 36. Contrastes entre los padres (N = 17) y madres (N = 68) del grupo poco grave y los padres (N = 23) y madres (N = 52) del grupo grave

	Padres poco - grave	Madres poco - grave	Poco P - M	Grave P - M
	U	t	U	t
Somatización	177.5	-2.04*	575.5	-.46
Obsesiones /compulsiones	180.5	-2.83**	554.5	-.93
Susceptibilidad	188.0	-2.31*	474.0	-.04
Depresión	180.5	-2.93**	470.0	-.30
Ansiedad	192.0	-2.76**	499.0	-.62
Hostilidad	179.5	-2.32*	408.5	.15
Ansiedad Fóbica	183.5	-2.13*	450.0	.36
Ideación Paranoide	187.0	-1.41	527.0	.34
Psicoticismo	190.5	-2.21*	440.5	.56
Depresión Melancólica	193.0	-3.99***	498.0	-1.59
Índice Global de Gravedad	193.0	-2.98**	499.0	-.34

III. RESULTADOS

- (ii) Las madres que tienen hijos que son sometidos a una IQ difieren en el nivel de síntomas clínicos que presentan en función de la gravedad de la enfermedad de estos. Así, la mayor gravedad se asocia con mayor cantidad de síntomas clínicos. El tamaño del efecto es débil en los

Tabla 37. Gravedad de la enfermedad del hijo IQ. La influencia del género de los progenitores en sus emociones positivas y negativas: padres (N = 17) y madres (N = 68) en el grupo no grave y padres (N = 23) y madres (N = 52) en el grupo de mayor gravedad

		Medias			Género		Grupo		Género x Grupo	
		Padres	Madres	Total	F	P	F	P	F	P
Alegría	Poco grave	2,82/2,60	2,78/2,25	2,79/2,31						
	Grave	1,17/2,02	1,75/1,89	1,57/1,93	.45	.503	11.43	.001	.61	.435
	Total	1,88/2,40	2,33/2,16	2,22/2,22						
Esperanza	Poco grave	4,41/1,97	4,10/2,28	4,16/2,21						
	Grave	3,39/2,52	3,69/2,40	3,60/2,42	.00	.993	2.78	.098	.51	.478
	Total	3,83/2,33	3,93/2,33	3,90/2,32						
Tranquilidad	Poco grave	2,00/2,45	3,43/2,18	3,14/2,30						
	Grave	2,00/2,39	1,56/1,90	1,69/2,06	1.53	.218	5.51	.020	5.51	.020
	Total	2,00/2,39	2,62/2,26	2,46/2,30						
Emo. positivas	Poco grave	9,24/5,40	10,31/4,86	10,09/4,96						
	Grave	6,57/5,32	7,00/4,61	6,87/4,81	.69	.406	10.89	.001	.12	.725
	Total	7,70/5,45	8,88/5,01	8,58/5,14						
Disgusto	Poco grave	2,71/2,29	2,47/2,03	2,52/2,07						
	Grave	4,43/2,35	3,83/2,37	4,01/2,36	1.06	.304	14.24	.000	.21	.649
	Total	3,70/2,45	3,06/2,27	3,22/2,33						
Irritación	Poco grave	3,00/2,69	1,82/1,85	2,06/2,08						
	Grave	4,61/2,08	3,56/2,39	3,88/2,34	7.76	.006	17.48	.000	.03	.876
	Total	3,92/2,46	2,58/2,26	2,91/2,38						
Temor	Poco grave	5,65/0,93	4,63/1,97	4,84/1,85						
	Grave	6,13/1,29	6,10/1,05	6,11/1,12	3.44	.066	11.84	.001	3.00	.085
	Total	5,92/1,16	5,27/1,79	5,43/1,67						
Emo. negativas	Poco grave	11,35/5,28	8,93/4,63	9,41/4,84						
	Grave	15,17/4,88	13,48/4,41	14,00/4,59	5.72	.018	23.63	.000	.18	.671
	Total	13,55/5,34	10,90/5,05	11,56/5,24						

síntomas de Somatización ($d = .38$), Susceptibilidad interpersonal ($d = .44$), Hostilidad ($d = .44$), Ansiedad fóbica ($d = .44$) y Psicoticismo ($d = .42$). Los efectos son moderados en los síntomas de Obsesiones-compulsiones ($d = .54$), Depresión ($d = .56$), Ansiedad ($d = .53$), Depresión melancólica ($d = .74$) e Índice global de gravedad ($d = .55$).

Los resultados indican que:

- (i) El género tiene efectos principales significativos sobre dos variables: Irritación ($F = 7.6$; $p = .006$) y Emociones negativas ($F = 5.72$; $p = .018$). Estos efectos más fuertes para la primera emoción, sugieren que son los padres frente a las madres los que muestran mayor nivel de irritación y en su conjunto, mayor nivel de emociones negativas.
- (ii) La gravedad tiene efectos principales sobre casi todas las emociones, excepto la esperanza cuyos resultados son muy similares para el grupo de padres y madres. En esencia es la influencia de la gravedad de la enfermedad de los hijos más que el género de sus progenitores la variable que más influye en los resultados obtenidos.
- (iii) La Tranquilidad da lugar a un efecto de interacción significativo ($F = 5.51$; $p = .020$), de manera que los padres de los niños de enfermedades graves muestran más tranquilidad que las madres, mientras que en la condición de poca gravedad se observa el resultado contrario.

En la Tabla 38 se presentan los contrastes por pares.

Estos resultados nos permiten matizar algo de lo visto anteriormente.

- (i) Entre los hombres, la gravedad de la enfermedad de su hijo sometido a IQ influye particularmente en las siguientes emociones: menor Alegría ($d = .71$), mayor Disgusto ($d = .74$) y mayor cantidad de Emociones negativas ($d = .75$).

III. RESULTADOS

Tabla 38. Contrastes entre los padres (N = 17) y madres (N = 68) del grupo poco grave y los padres (N = 23) y madres (N = 52) del grupo grave

	Padres poco - grave	Madres poco - grave	Poco P - M	Grave P - M
	U	t	U	t
Alegría	122.0*	2.72**	577.0	-1.16
Esperanza	147.5	.95	550.0	-.48
Tranquilidad	187.5	5.00***	357.5*	.78
Emo. Posit.	134.0	3.80***	507.5	-.34
Disgusto	111.0*	-3.31**	546.0	1.03
Irritación	131.5	-4.33***	444.0	1.92
Temor	130.5	-5.23***	422.5	.11
Emo. Neg.	107.0*	-5.49***	444.5	1.42

- (ii) Entre las madres las diferencias son todas significativas a excepción de la Esperanza. Los resultados muestran que existen mayor cantidad de emociones positivas si la enfermedad es poco grave siendo el efecto débil para Alegría ($d = .49$), fuerte para Tranquilidad ($d = .91$) y moderado para las Emociones positivas ($d = .69$).
- (iii) Respecto a las Emociones negativas, observamos un efecto moderado para Disgusto ($d = .61$) y un efecto fuerte de la gravedad de la enfermedad en Irritación ($d = .82$), Temor ($d = .97$) y Emociones negativas ($d = 1.00$).
- (iv) Por último, cuando comparamos los padres y madres de niños con enfermedad poco grave, observamos que existen diferencias significativas en la emoción de Tranquilidad, siendo las madres las que mostrarían una mayor tranquilidad al enfrentarse a una enfermedad no grave del hijo. El tamaño del efecto para Tranquilidad es moderado ($d = .61$).

En resumen, los resultados en este apartado sugieren que mientras que cierto tono emocional negativo es evidente entre los hombres cuando sus hijos con una

enfermedad grave han sido sometidos a una IQ, esas emociones no se traducen en mayor cantidad de síntomas clínicos. Entre las mujeres, la gravedad de la enfermedad de sus hijos tiene un peso considerable. Así, la mayor cantidad de emociones negativas y la menor cantidad de emociones positivas se acompaña de forma concomitante con una mayor presencia de síntomas clínicos. No obstante las tendencias registradas en este apartado deben considerarse como tales, ya que el escaso número de padres, tanto en la condición de menor como de mayor gravedad, puede estar influyendo en los resultados obtenidos.

Para analizar la influencia de la *edad del niño* IQ en los síntomas y emociones de sus progenitores contamos con los siguientes grupos: 70 padres de niños más pequeños y 15 más mayores en la condición de poco grave y 48 padres de niños más pequeños y 27 más mayores en la condición de mayor gravedad. En la Tabla 39 se presenta el análisis de varianza y en la Tabla 40 los contrastes entre los pares de grupos cuando las variables dependientes se corresponden con los síntomas evaluados por la SCL-90. Los mismos análisis para las emociones positivas y negativas se presentan en las tablas 41 y 42.

Los resultados muestran que:

- (i) Los efectos principales que se registran se deben a la gravedad de la enfermedad que posee el niño, de forma que los padres que tienen hijos con enfermedades más graves que se someten a una IQ muestran mayor cantidad de síntomas de Obsesiones-Compulsiones ($F = 5.01$; $p = .027$), Ansiedad ($F = 3.91$; $p = .050$), Depresión melancólica ($F = 5.12$; $p = .025$) e Índice global de gravedad ($F = 3.96$; $p = .048$).
- (ii) Otras tendencias significativas se registran en Ansiedad fóbica ($F = 2.91$; $p = .090$) y Psicoticismo ($F = 3.60$; $p = .060$).

III. RESULTADOS

Tabla 39. Gravedad de la enfermedad del hijo IQ. La influencia de la edad del niño en los síntomas psicológicos de los progenitores: progenitores de niños pequeños (N = 70) y progenitores de niños mayores (N = 15) en el grupo no grave y progenitores de niños pequeños (N = 48) y progenitores de niños mayores (N = 27) en el grupo de mayor gravedad

		Medias			Edad		Grupo		Edad x Grupo	
		Pequeños	Mayores	Total	F	P	F	P	F	P
Somatización	Poco grave	0,80/0,65	0,90/0,72	0,82/0,66						
	Grave	1,09/0,83	1,02/0,72	1,06/0,79	.01	.923	2.18	.142	.39	.534
	Total	0,92/0,74	0,97/0,71	0,93/0,73						
Obsesivo-Comp.	Poco grave	0,61/0,61	0,61/0,64	0,61/0,61						
	Grave	0,91/0,71	0,87/0,78	0,90/0,73	.04	.840	5.01	.027	.03	.870
	Total	0,73/0,66	0,77/0,73	0,74/0,68						
Susceptibilidad	Poco grave	0,42/0,50	0,67/0,64	0,47/0,54						
	Grave	0,72/0,68	0,63/0,64	0,69/0,66	.55	.458	1.29	.258	2.35	.127
	Total	0,54/0,60	0,65/0,63	0,57/0,61						
Depresión	Poco grave	0,60/0,52	0,79/0,73	0,63/0,56						
	Grave	1,01/0,75	0,81/0,72	0,94/0,74	.00	.970	3.16	.078	2.54	.113
	Total	0,77/0,65	0,80/0,71	0,78/0,67						
Ansiedad	Poco grave	0,64/0,57	0,69/0,63	0,65/0,58						
	Grave	0,91/0,74	0,90/0,75	0,91/0,74	.02	.898	3.91	.050	.05	.829
	Total	0,75/0,66	0,83/0,71	0,77/0,67						
Hostilidad	Poco grave	0,45/0,54	0,53/0,64	0,47/0,56						
	Grave	0,67/0,63	0,60/0,65	0,65/0,63	.00	.956	1.74	.189	.45	.501
	Total	0,54/0,59	0,58/0,64	0,55/0,60						
Ansiedad Fóbica	Poco grave	0,39/0,55	0,50/0,62	0,41/0,56						
	Grave	0,57/0,63	0,70/0,67	0,62/0,64	1.00	.318	2.91	.090	.01	.920
	Total	0,47/0,59	0,63/0,66	0,51/0,61						
Ideación Paranoide	Poco grave	0,40/0,54	0,42/0,52	0,40/0,53						
	Grave	0,57/0,68	0,55/0,66	0,56/0,67	.00	.980	1.70	.194	.03	.863
	Total	0,47/0,60	0,50/0,61	0,48/0,60						
Psicoticismo	Poco grave	0,28/0,42	0,25/0,31	0,27/0,40						
	Grave	0,44/0,57	0,43/0,49	0,43/0,54	.05	.832	3.60	.060	.00	.954
	Total	0,34/0,49	0,36/0,44	0,35/0,48						
Depr. Melancólica	Poco grave	0,68/0,61	0,83/0,84	0,70/0,65						
	Grave	1,09/0,68	0,98/0,71	1,05/0,68	.03	.865	5.12	.025	1.12	.292
	Total	0,84/0,67	0,93/0,75	0,87/0,69						
I. Global Gravedad	Poco grave	0,55/0,47	0,64/0,57	0,56/0,49						
	Grave	0,83/0,60	0,77/0,31	0,81/0,60	.03	.866	3.96	.048	.56	.456
	Total	0,66/0,55	0,72/0,60	0,68/0,56						

III. RESULTADOS

Tabla 40. Contrastes entre los progenitores de niños más pequeños (N = 70) y más mayores (N = 15) del grupo poco grave y los progenitores de niños más pequeños (N = 48) y más mayores (N = 27) del grupo grave

	Pequeños poco - grave	Mayores poco - grave	Poco P - M	Grave P - M
	t	U	U	t
Somatización	-1.99*	182.0	485.0	.39
Obsesiones /compulsiones	-2.40*	161.5	522.0	.25
Susceptibilidad	-2.58**	185.5	396.0	.56
Depresión	-3.27**	192.5	474.5	1.12
Ansiedad	-2.13*	166.5	506.0	.06
Hostilidad	-1.99*	190.0	509.5	.45
Ansiedad Fóbica	-1.61	178.5	454.5	-.78
Ideación Paranoide	-1.42	174.5	504.0	.10
Psicoticismo	-1.68	163.0	508.0	.11
Depresión Melancólica	-3.40***	171.0	495.0	.66
Índice Global de Gravedad	-2.69**	175.0	493.5	.40

Estos resultados nos permiten matizar algo de lo visto anteriormente:

- (i) El efecto principal de la gravedad de la enfermedad del hijo IQ en los síntomas de los padres ocurre únicamente cuando se trata de niños pequeños. Así, el tamaño de los efectos para las diferencias significativas que se registran en los síntomas de los padres de niños con enfermedad poco grave vs grave es como sigue: Somatización (d = .39), Obsesiones – Compulsiones (d = .45), Susceptibilidad (d = .11), Depresión (d = .65),

III. RESULTADOS

Ansiedad ($d = .41$), Hostilidad ($d = .37$), Depresión melancólica ($d = .64$) e Índice global de gravedad ($d = .52$). En suma, la edad (edad menor) y la mayor gravedad de la enfermedad producirían más ansiedad en los padres.

Tabla 41. Gravedad de la enfermedad del hijo IQ. La influencia de la edad del niño en las emociones positivas y negativas de sus progenitores: progenitores de niños pequeños ($N = 70$) y progenitores de niños mayores ($N = 15$) en el grupo no grave y progenitores de niños pequeños ($N = 48$) y progenitores de niños mayores ($N = 27$) en el grupo de mayor gravedad

		Medias			Edad		Grupo		Edad x Grupo	
		Pequeños	Mayores	Total	F	P	F	P	F	P
Alegría	Poco grave	2,90/2,29	2,27/2,43	2,79/2,31						
	Grave	1,52/1,85	1,67/2,11	1,57/1,93	.37	.543	6.12	.014	.95	.332
	Total	2,34/2,22	1,88/2,22	2,22/2,22						
Esperanza	Poco grave	4,39/2,15	3,13/2,30	4,16/2,21						
	Grave	3,58/2,47	3,63/2,37	3,60/2,42	1.98	.162	.13	.722	2.29	.132
	Total	4,06/2,31	3,45/2,33	3,90/2,32						
Tranquilidad	Poco grave	3,04/2,33	3,60/2,17	3,14/2,30						
	Grave	1,73/2,02	1,63/2,17	1,69/2,06	.31	.577	16.11	.000	.64	.423
	Total	2,51/2,29	2,33/2,34	2,46/2,30						
Emo. Positivas	Poco grave	10,33/4,91	9,00/5,24	10,09/4,96						
	Grave	6,83/4,94	6,93/4,67	6,87/4,81	.46	.500	9.28	.003	.60	.438
	Total	8,91/5,19	7,67/4,92	8,58/5,14						
Disgusto	Poco grave	2,41/2,12	3,00/1,77	2,52/2,07						
	Grave	3,85/2,34	4,30/2,42	4,01/2,36	1.55	.215	11.00	.001	.03	.862
	Total	3,00/2,32	3,83/2,27	3,22/2,33						
Irritación	Poco grave	2,00/2,14	2,33/1,84	2,06/2,08						
	Grave	3,81/2,30	4,00/2,43	3,88/2,34	.40	.529	17.74	.000	.03	.860
	Total	2,74/2,37	3,40/2,36	2,91/2,38						
Temor	Poco grave	4,90/1,84	4,53/1,96	4,84/1,85						
	Grave	6,04/1,20	6,22/0,97	6,11/1,12	.10	.749	23.78	.000	.89	.347
	Total	5,36/1,70	5,62/1,61	5,43/1,67						
Emo. Negativas	Poco grave	9,31/4,97	9,87/4,29	9,41/4,84						
	Grave	13,71/4,66	14,52/4,51	14,00/4,59	.59	.442	26.20	.000	.02	.884
	Total	11,10/5,29	12,86/4,93	11,56/5,24						

Estos resultados indican que:

- (i) Acorde al mayor malestar subjetivo general que presentan los padres de niños con enfermedad grave que son IQ, sus emociones positivas son menos intensas ($F = 9.28$; $p = .003$) y sus emociones negativas más predominantes ($F = 26.20$; $p = .000$), siendo la distancia considerable entre unas y otras. Así, la media de Emociones negativas en los padres del grupo poco grave ($M = 9,41$) es inferior al grupo grave ($M = 14$) y la de Emociones positivas del grupo poco grave ($M = 10,09$) superior al grupo grave ($M = 6,87$). En el caso de estas últimas, la única variable en la que no se registran efectos principales de la gravedad es en Esperanza. A continuación, los contrastes entre los grupos de los progenitores de ambos grupos de edad nos permitirán matizar estos resultados.

Tabla 42. Contrastes entre los progenitores de niños más pequeños ($N = 70$) y más mayores ($N = 15$) del grupo poco grave y los progenitores de niños más pequeños ($N = 48$) y más mayores ($N = 27$) del grupo grave

	Pequeños poco - grave	Mayores poco - grave	Poco P - M	Grave P - M
	t	U	U	t
Alegría	3.62***	171.5	435.5	-.30
Esperanza	1.82	178.5	357.5	-.08
Tranquilidad	3.26**	104.5**	447.5	.20
Emo. Posit.	3.79***	146.5	451.0	-.08
Disgusto	-3.41***	129.0	425.5	-.77
Irritación	-4.32***	119.5*	454.5	-.33
Temor	-4.08***	73.5***	466.5	-.71
Emo. Neg.	-4.90***	97.0**	465.0	-.74

En relación con lo visto anteriormente cabe señalar que:

- (i) En consonancia con lo anterior, las diferencias más amplias en el tono emocional de los padres se obtienen cuando los niños son pequeños, con menor intensidad de emociones positivas y mayor intensidad de emociones negativas. El tamaño de los efectos para las diferencias significativas encontradas sería como sigue: Alegría ($d = .66$), Tranquilidad ($d = .60$) y Emociones positivas ($d = .71$), todas de carácter moderado, siendo en el caso de las emociones negativas los efectos más fuertes: Disgusto ($d = .64$), Irritación ($d = .81$), Temor ($d = .75$) y Emociones negativas ($d = .91$). En general las emociones negativas de los progenitores, se ven fuertemente afectadas por la gravedad de la enfermedad cuando los niños son pequeños.
- (ii) Pero, también, cuando los niños son mayores. Así los contrastes por pares sugieren que los padres de niños mayores con enfermedad grave presentan una menor tranquilidad ($d = .90$) y una mayor Irritación ($d = .78$), Temor ($d = .105$) y, en suma, mayor cantidad de Emociones negativas ($d = .105$), todas ellas con fuerte efecto.

En conclusión, posee más peso la gravedad de la enfermedad del hijo que la edad de este a la hora de rastrear efectos sobre el bienestar emocional de los padres.

Para analizar la influencia de la *procedencia familiar* (autóctono vs emigrante) contamos con los siguientes grupos: 62 progenitores autóctonos y 23 progenitores emigrantes en el grupo poco grave y 58 progenitores autóctonos y 17 progenitores emigrantes en el grupo de mayor gravedad. En la Tabla 43 se presenta el análisis de varianza y en la Tabla 44 los contrastes entre los pares de grupos cuando las variables dependientes se corresponden con los síntomas evaluados por la SCL-90. Los mismos análisis para las emociones positivas y negativas se presentan en las tablas 45 y 46.

Los resultados muestran lo siguiente:

- (i) Un efecto principal significativo del grupo sobre la variable de Depresión ($F = 4.92$; $p = .028$), observándose que en las familias autóctonas, cuando la

III. RESULTADOS

Tabla 43. Gravedad de la enfermedad del hijo IQ. La influencia de la procedencia familiar en los síntomas de sus progenitores: progenitores autóctonos (N = 62) y progenitores emigrantes (N = 23) en el grupo no grave y progenitores autóctonos (N = 58) y progenitores emigrantes (N = 17) en el grupo de mayor gravedad

		Medias			Procedencia		Grupo		Procedencia x Grupo	
		Autóctonos	Emigrantes	Total	F	P	F	P	F	P
Somatización	Poco grave	0,84/0,66	0,78/0,70	0,82/0,66						
	Grave	1,12/0,78	0,86/0,78	1,06/0,79	1.42	.236	1.93	.166	.54	.464
	Total	0,97/0,73	0,81/0,72	0,93/0,73						
Obsesivo-Comp.	Poco grave	0,60/0,58	0,63/0,70	0,61/0,61						
	Grave	0,99/0,76	0,59/0,56	0,90/0,73	2.31	.131	1.95	.165	3.03	.084
	Total	0,79/0,69	0,61/0,63	0,74/0,68						
Susceptibilidad	Poco grave	0,45/0,52	0,50/0,59	0,47/0,54						
	Grave	0,76/0,69	0,44/0,52	0,69/0,66	1.42	.235	1.27	.261	2.74	.100
	Total	0,60/0,62	0,48/0,56	0,57/0,61						
Depresión	Poco grave	0,64/0,55	0,63/0,60	0,63/0,56						
	Grave	0,97/0,73	0,83/0,81	0,94/0,74	.34	.562	4.92	.028	.31	.580
	Total	0,80/0,66	0,72/0,69	0,78/0,67						
Ansiedad	Poco grave	0,63/0,56	0,72/0,64	0,65/0,58						
	Grave	1,00/0,74	0,62/0,67	0,91/0,74	1.45	.231	1.26	.264	3.82	.053
	Total	0,81/0,67	0,68/0,65	0,77/0,67						
Hostilidad	Poco grave	0,41/0,49	0,61/0,70	0,47/0,56						
	Grave	0,73/0,65	0,38/0,50	0,65/0,63	.48	.488	.16	.688	6.27	.013
	Total	0,57/0,59	0,51/0,62	0,55/0,60						
Ansiedad Fóbica	Poco grave	0,39/0,49	0,48/0,74	0,41/0,56						
	Grave	0,69/0,67	0,37/0,47	0,62/0,64	1.10	.296	.80	.374	3.53	.062
	Total	0,53/0,60	0,43/0,63	0,51/0,61						
Ideación Paranoide	Poco grave	0,36/0,44	0,52/0,73	0,40/0,53						
	Grave	0,61/0,71	0,39/0,49	0,56/0,67	.06	.801	.29	.588	2.96	.087
	Total	0,48/0,59	0,47/0,64	0,48/0,60						
Psicoticismo	Poco grave	0,24/0,32	0,36/0,55	0,27/0,40						
	Grave	0,50/0,58	0,21/0,26	0,43/0,54	1.05	.307	.39	.535	5.92	.016
	Total	0,37/0,48	0,30/0,46	0,35/0,48						
Depr. Melancólica	Poco grave	0,71/0,66	0,67/0,63	0,70/0,65						
	Grave	1,15/0,70	0,71/0,52	1,05/0,68	4.04	.046	3.77	.054	2.73	.101
	Total	0,93/0,71	0,69/0,58	0,87/0,69						
I. Global Gravedad	Poco grave	0,55/0,44	0,60/0,61	0,56/0,49						
	Grave	0,87/0,62	0,57/0,49	0,81/0,60	1.58	.211	2.20	.140	3.09	.081
	Total	0,71/0,56	0,59/0,56	0,68/0,56						

enfermedad es grave, el nivel de Depresión es mayor que en las familias emigrantes, siendo la media para el grupo de familias autóctonas (M = 0.97) superior al grupo de familias emigrantes (M = 0.83).

III. RESULTADOS

- (ii) Más interesantes son los efectos de interacción registrados, de forma que los más potentes según este análisis recaen en las variables de Hostilidad ($F = 6.27$; $p = .013$) y Psicoticismo ($F = 5.92$; $P = .016$). Así, la Hostilidad es menor en los padres autóctonos que en los emigrantes cuando la enfermedad del hijo es poco grave, pero es menor en los emigrantes que en los autóctonos cuando la enfermedad reviste más gravedad. El mismo tipo de interacción se registra en el caso de Psicoticismo. Más aún, podemos añadir que las tendencias significativas en los efectos de interacción, siguen la misma pauta para las siguientes variables: Obsesiones-compulsiones ($F = 3.03$; $p = .084$), Ansiedad ($F = 3.82$; $p = .053$), Ansiedad fóbica ($F = 3.53$; $p = .062$), Ideación paranoide ($F = 2.96$, $p = .087$) e Índice global de gravedad ($F = 3.09$; $p = 0.81$).

Tabla 44. Contrastes entre los progenitores autóctonos ($N = 62$) y progenitores emigrantes ($N = 23$) en el grupo no grave y progenitores autóctonos ($N = 58$) y progenitores emigrantes ($N = 17$) en el grupo de mayor gravedad

	Autóctonos poco - grave	Emigrantes poco - grave	Poco A - E	Grave A - E
	t	U	t	U
Somatización	.36	181.5	.36	385.5
Obsesivo - Compulsivo	-.17	190.0	-.17	345.0
Susceptibilidad	-.36	191.0	-.36	362.0
Depresión	.02	174.0	.02	422.5
Ansiedad	-.59	163.5	-.59	327.0*
Hostilidad	-1.23	153.5	-1.23	342.0
Ansiedad Fóbica	-.55	190.0	-.55	350.0
Ideación Paranoide	-.99	185.5	-.99	419.5
Psicoticismo	-.98	183.5	-.98	330.5*
Depresión Melancólica	.28	181.0	.28	316.0*
Índice Global de Gravedad	-.36	190.5	-.36	345.0

III. RESULTADOS

Los resultados de la comparación por pares nos permiten señalar que:

- (i) Los síntomas de Ansiedad ($d = .88$), Psicoticismo ($d = .69$) y Depresión melancólica ($d = .72$) son significativamente mayores en los padres autóctonos que en los padres emigrantes cuando la enfermedad del hijo sometido a una IQ es grave.

El análisis de medias, aunque no se vea acompañado por la existencia de diferencias significativas entre el resto de comparaciones por pares, parece sugerir que, en términos generales, los padres emigrantes parten de un nivel de síntomas psicológicos más elevado que los autóctonos y que mientras que la gravedad de la enfermedad del hijo no eleva entre los emigrantes sustancialmente el nivel de síntomas, sí que los eleva de modo notorio en los autóctonos.

Tabla 45. Gravedad de la enfermedad del hijo IQ. La influencia de la procedencia familiar en las emociones positivas y negativas de sus progenitores: progenitores de niños pequeños ($N = 62$) y progenitores de niños mayores ($N = 23$) en el grupo no grave y progenitores de niños pequeños ($N = 58$) y progenitores de niños mayores ($N = 17$) en el grupo de mayor gravedad

		Medias			Procedencia		Grupo		Procedencia x Grupo	
		Autóctonos	Emigrantes	Total	F	P	F	P	F	P
Alegría	Poco grave	2,77/2,32	2,83/2,35	2,79/2,31						
	Grave	1,76/2,01	0,94/1,52	1,57/1,93	.94	.333	13.52	.000	1.21	.272
	Total	2,28/2,22	2,02/2,22	2,22/2,22						
Esperanza	Poco grave	4,42/2,12	3,48/2,37	4,16/2,21						
	Grave	3,78/2,36	3,00/2,62	3,60/2,42	4.12	.044	1.76	.187	.04	.845
	Total	4,11/2,25	3,28/2,46	3,90/2,32						
Tranquilidad	Poco grave	3,35/2,26	2,57/2,35	3,14/2,30						
	Grave	1,78/2,10	1,41/1,94	1,69/2,06	2.06	.154	11.54	.001	.28	.598
	Total	2,59/2,31	2,07/2,24	2,46/2,30						
Emo. Positivas	Poco grave	10,55/4,74	8,87/5,44	10,09/4,96						
	Grave	7,31/4,80	5,35/4,66	6,87/4,81	4.13	.044	14.26	.000	.02	.876
	Total	8,98/5,02	7,38/5,36	8,58/5,14						
Disgusto	Poco grave	2,55/2,02	2,43/2,23	2,52/2,07						
	Grave	3,79/2,40	4,76/2,14	4,01/2,36	1.11	.293	19.34	.000	1.78	.184
	Total	3,15/2,29	3,43/2,46	3,22/2,33						

III. RESULTADOS

Cont. Tabla 45. Gravedad de la enfermedad del hijo IQ. La influencia de la procedencia familiar en las emociones positivas y negativas de sus progenitores: progenitores de niños pequeños (N = 62) y progenitores de niños mayores (N = 23) en el grupo no grave y progenitores de niños pequeños (N = 58) y progenitores de niños mayores (N = 17) en el grupo de mayor gravedad

		Medias			Procedencia		Grupo		Procedencia x Grupo	
		Autóctonos	Emigrantes	Total	F	P	F	P	F	P
Irritación	Poco grave	1,92/1,99	2,43/2,31	2,06/2,08						
	Grave	3,66/2,34	4,65/2,21	3,88/2,34	3.48	.064	23.86	.000	.35	.556
	Total	2,76/2,33	3,38/2,50	2,91/2,38						
Temor	Poco grave	4,85/1,84	4,78/1,93	4,84/1,85						
	Grave	6,00/1,14	6,47/1,01	6,11/1,12	.48	.488	24.43	.000	.90	.345
	Total	5,41/1,64	5,50/1,80	5,43/1,67						
Emo. Negativas	Poco grave	9,32/4,44	9,65/5,87	9,41/4,84						
	Grave	13,45/4,62	15,88/4,06	14,00/4,59	2.55	.112	35.80	.000	1.48	.226
	Total	11,32/4,96	12,30/6,00	11,56/5,24						

Los resultados indican que:

- (i) La procedencia tiene efectos significativos en las variables de Esperanza ($F = 4.12$; $p = .044$) y Emociones positivas ($F = 4.13$; $p = .044$). Estos efectos sugieren que los padres autóctonos muestran un tono emocional más positivo que los padres emigrantes con independencia del nivel de gravedad de la enfermedad. Una tendencia significativa se observa asimismo en Irritación ($F = 3.48$; $p = .064$), de forma que es una emoción negativa más típica entre los emigrantes que entre los autóctonos.
- (ii) No obstante la gravedad de la enfermedad del hijo pesa considerablemente más que la procedencia, de forma que se registran efectos principales sobre todas las variables a excepción de la emoción de Esperanza.

Tabla 46. Contrastes entre los progenitores de niños autóctonos (N = 62) y emigrantes (N = 23) del grupo poco grave y los progenitores de niños más pequeños (N = 58) y más mayores (N = 17) del grupo grave

	Autóctonos poco - grave	Emigrantes poco - grave	Poco A - E	Grave A - E
	t	U	t	U
Alegría	-.09	101.5**	-.09	374.5
Esperanza	1.67	177.0	1.67	398.5
Tranquilidad	1.39	129.5	1.39	431.5
Emo. Posit.	1.31	125.0	1.31	392.0
Disgusto	.21	87.5**	.21	377.0
Irritación	-.95	94.5**	-.95	376.0
Temor	.16	77.0**	.16	357.5
Emo. Neg.	-.24	73.5**	-.24	341.0

Los contrastes por pares nos permiten añadir que:

- (i) El nivel de gravedad de la enfermedad de los hijos influye en el tono emocional de los padres cuando son emigrantes. Así, entre estos, cuando la enfermedad del hijo es más grave, la Alegría ($d = .97$) es mucho menor y el Disgusto ($d = .106$), Irritación ($d = 1.78$), Temor ($d = 1.14$) y en su conjunto las Emociones negativas ($d = 1.25$) se incrementan.

En suma, cierta disparidad se observa entre los progenitores emigrantes por lo que se refiere a las repercusiones que tiene la gravedad de la enfermedad de su hijo IQ sobre su bienestar emocional. Así, mientras que los síntomas psicológicos generales no se elevan significativamente en función de la mayor gravedad de la enfermedad de su hijo sí que ésta influye en la presencia de un tono emocional negativo más intenso. En el caso de los autóctonos, la mayor gravedad de la enfermedad “dispara” algún tipo de

síntomas específicos en los padres, permaneciendo sin embargo el tono emocional más estable.

3.4.3. La correspondencia entre las reacciones de estrés/ansiedad de los padres y de sus hijos

Hipótesis 9. Esta hipótesis sugería que: *“las relaciones entre los síntomas de los padres y los síntomas de sus hijos serán más fuertes cuando mayor sea la gravedad de la enfermedad que padecen los niños, particularmente en aquellas escalas que evalúen más propiamente los niveles de ansiedad/depresión. La misma pauta se espera encontrar en relación con la ansiedad rasgo y las preocupaciones y temores por la cirugía infantil evaluadas en los niños”.*

Para poner a prueba esta hipótesis se presentan los coeficientes de correlación (Pearson) obtenidos para cada grupo de gravedad (poco grave y grave) entre las escalas de síntomas de los padres (SCL-90) con los síntomas de sus hijos (MPE), su nivel de ansiedad rasgo (N y E) y los temores de los niños por la cirugía (CPCI). Los resultados para el grupo poco grave se presentan en la Tabla 47 y los del grupo grave en la Tabla 48.

En líneas generales el valor absoluto de los coeficientes de correlación aumenta entre los padres-hijos cuando la enfermedad es más grave. Sin embargo, de toda la matriz es importante detenerse en aquellos aspectos que nos interesan más en nuestro estudio y que comprometen, particularmente, los niveles de ansiedad/depresión de los padres y las reacciones de estrés ansiedad/depresión parejas de sus hijos.

Cuando se tiene en cuenta la ansiedad:

- (i) Mientras que los síntomas de ansiedad de los padres correlacionan significativamente con el impacto que la intervención quirúrgica tiene para el niño en el caso de padecer una enfermedad poco grave ($r = 0,47$; $p < .001$), esta relación es inexistente en el caso de que la enfermedad del hijo sea grave. Ello puede deberse al hecho de que la IQ como tal representa un estresor más inesperado en el caso de los niños en la condición de poco grave que en la condición de mayor gravedad. En este último caso, la IQ es algo esperado tanto en los padres como en los hijos.

III. RESULTADOS

Tabla 47. Relaciones entre los síntomas de los padres y de sus hijos: grupo de padres-hijos poco grave (N = 85)

	Somatización	Obses./ Compulsiones	Susceptibilidad	Depresión	Ansiedad	Hostilidad	Ansiedad Fob	Ideación Paranoide	Psicoticismo	Depresión. Melancólica	Índice Global Gravedad
Poco grave											
Impacto del Estresor	.37**	.31**	.36**	.44***	.47***	.39***	.35**	.29**	.41***	.38***	.44***
Reexperimentac.	.30**	.41***	.42***	.44***	.35**	.42***	.49***	.45***	.52***	.36**	.47***
Evitación	.30**	.37**	.41***	.44***	.36**	.41***	.47***	.43***	.52***	.37***	.46***
Incremento del Arousal	.22*	.29**	.34**	.41***	.41***	.39***	.35**	.32**	.41***	.30**	.39***
Depresión	.30**	.37***	.42***	.46***	.39***	.42***	.46***	.40***	.50***	.38***	.46***
Desesperanza	.23*	.35**	.40***	.40***	.34**	.42***	.48***	.46***	.56***	.30**	.43***
Síntomas Psicosomáticos	.41***	.34**	.38***	.43***	.45***	.33**	.40***	.42***	.52***	.31**	.46***
Conducta Oposicionista	.23*	.29**	.35**	.37**	.32**	.35**	.40***	.38***	.46***	.29**	.38***
Hipervigilancia	.31**	.39***	.40***	.46***	.40***	.42***	.47***	.42***	.52***	.35**	.47***
Disociación y Sueños	.19	.30**	.31**	.37**	.29**	.33**	.38***	.33**	.39***	.27*	.35**
Mal Ajuste Gener.	.24*	.33**	.25*	.30**	.28**	.31**	.37**	.27*	.36**	.28**	.34**
Preocup. Hospital.	.10	.06	.09	.18	.24*	.10	.08	.17	.13	.11	.15
Preocup. Proced. Médicos	.00	.05	.03	.11	.16	.09	.03	.07	.10	.17	.09
Preocup. Reperc. de la Enfermedad	.07	.09	.08	.20	.24*	.11	.02	.15	.12	.20	.15
Total Preoc. Cirug.	.08	.08	.09	.19	.25*	.13	.06	.16	.14	.17	.15
Extraversión	-.06	-.07	-.19	-.11	-.06	-.16	-.14	-.10	-.13	-.13	-.12
Neuroticismo	.11	.04	.05	.10	.19	.07	.04	.07	.07	.22*	.11

III. RESULTADOS

Tabla 48. Relaciones entre los síntomas de los padres y de sus hijos: grupo de padres-hijos graves (N = 75)

	Somatización	Obses./ Compulsiones	Susceptibilidad	Depresión	Ansiedad	Hostilidad	Ansiedad Fob.	Ideación Paranoide	Psicoticismo	Depresión. Melancólica	Índice Global Gravedad
Grave											
Impacto del Estresor	.28*	.25*	.35**	.25*	.20	.26*	.29*	.22	.17	.16	.28*
Reexperimentac.	.55***	.47***	.63***	.54***	.44***	.47***	.48***	.51***	.46***	.40***	.58***
Evitación	.55***	.50***	.65***	.57***	.45***	.49***	.52***	.54***	.49***	.42***	.60***
Incremento del Arousal	.46***	.41***	.53***	.48***	.38**	.42***	.45***	.44***	.40***	.36**	.50***
Depresión	.53***	.49***	.63***	.50***	.42***	.47***	.50***	.50***	.44***	.41***	.56***
Desesperanza	.52***	.44***	.59***	.50***	.42***	.48***	.50***	.54***	.48***	.37**	.55***
Síntomas Psicosomáticos	.38**	.25*	.28*	.44***	.36**	.25*	.32**	.32**	.26*	.17	.37**
Conducta Oposicionista	.43***	.33**	.49***	.43***	.33**	.36**	.38**	.40***	.37**	.31**	.45***
Hipervigilancia	.50***	.46***	.58***	.51***	.41***	.44***	.50***	.48***	.43***	.39**	.54***
Disociación y Sueños	.50***	.37**	.53***	.55***	.44***	.36**	.41***	.41***	.36**	.34**	.51***
Mal Ajuste Gener.	.41***	.29*	.42***	.37**	.31**	.37**	.37**	.34**	.33**	.28*	.40***
Preocup. Hospital.	.37**	.39**	.42***	.40***	.33**	.39**	.31**	.42***	.37**	.28*	.43***
Preocup. Proced. Médicos	.17	.25*	.23	.20	.06	.18	.14	.28*	.30**	-.05	.20
Preocup. Reperc. de la Enfermedad	.18	.29*	.19	.18	.12	.24*	.11	.30**	.30**	.16	.23*
Total Preoc. Cirug.	.32**	.39**	.37**	.36**	.24*	.35**	.26*	.44***	.40***	.18	.38**
Extraversión	-.29*	-.30**	-.33**	-.19	-.23*	-.29*	-.28*	-.27*	-.28*	-.16	-.30**
Neuroticismo	.37**	.40***	.43***	.30**	.33**	.38**	.42***	.43***	.44***	.32**	.43***

- (ii) Considerando en su conjunto los síntomas de estrés post-traumático de los niños y los síntomas de ansiedad de sus padres, encontramos que tras la IQ la media de los coeficientes de esta variable con Reexperimentación, Evitación e Incremento de arousal es de 0,37 en el grupo poco grave, apenas indistinguible de la media obtenida para el grupo grave (Media de $r = 0,42$).
- (iii) La ansiedad de los padres y el total de las preocupaciones por la cirugía de sus hijos evaluadas retrospectivamente correlaciona de modo similar en ambos grupos (correlaciones en tono a 0,24-0,25). En todo caso en el grupo con enfermedad más grave el coeficiente de correlación es ligeramente más alto entre ansiedad y Preocupación por la hospitalización ($r = 0,33$; $p < .01$) que en el grupo poco grave ($r = 0,24$; $p < .05$). En este último grupo el coeficiente entre ansiedad y Preocupación por la repercusión de la enfermedad, también es significativo, aunque el valor del coeficiente tampoco es alto ($r = 0,24$; $p < .05$).
- (iv) Un patrón diferente en los dos grupos se detecta entre los síntomas de ansiedad de los progenitores y el nivel de ansiedad-rasgo de los hijos, de forma que en el grupo grave la correlación es negativa con Extraversión ($r = -0,23$; $p < .05$) y positiva con Neuroticismo ($r = 0,33$; $p < .01$). En el caso del grupo poco grave estos coeficientes no son significativos.

Por lo que se refiere a depresión:

- (i) La pauta de los síntomas de depresión en los progenitores y sus hijos es indistinguible entre el grupo poco grave ($r = 0,46$; $p < .001$) y el grupo grave ($r = 0,50$; $p < .001$).
- (ii) Los síntomas de depresión de los progenitores y las preocupaciones de los hijos por la cirugía evaluadas retrospectivamente ofrecen una pauta de covariación diferente. Mientras que existe asociación significativa en el grupo con enfermedad grave ($r = 0,36$; $p < .01$), en el grupo poco grave la correlación es débil y no significativa ($r = 0,19$). Pero, sobre todo, lo más relevante es la covariación en el grupo grave entre los síntomas de

Depresión de los progenitores y la Preocupación por la hospitalización de los hijos, con un coeficiente de 0,40 ($p < .001$). El mismo valor para el grupo poco grave es de 0,18.

- (iii) Por último, en el grupo con enfermedad grave, el coeficiente entre los síntomas de depresión de los progenitores y el nivel de inestabilidad emocional (Neuroticismo) de sus hijos es significativa ($r = 0,30$; $p < .01$), algo que no sucede en el grupo poco grave ($r = 0,10$).

En último lugar, pero no menos relevante, podríamos destacar los siguientes dos aspectos pertinentes para nuestra investigación:

- (i) Una pauta de covariación sensiblemente diferente en uno y otro grupo es la que involucra los síntomas psicológicos generales de los padres con la Preocupación por la hospitalización que informan sus hijos. Así, en el grupo poco grave la media de los coeficientes de correlación de esta variable con los síntomas de los padres arroja un valor de 0,13, mientras que en el caso del grupo grave el valor alcanzado sería de 0,37 (un valor que sería significativo con $p < .01$).
- (ii) Una segunda pauta relevante es la que se detecta entre los síntomas psicológicos generales de los padres y el nivel de ansiedad-rasgo de sus hijos (Extraversión y Neuroticismo). Sin duda, existe una correspondencia entre estas variables clara y significativa en el grupo grave con coeficientes negativos y significativos con Extraversión y positivos y significativos con Neuroticismo. A modo de resumen de esta pauta, señalar que el malestar subjetivo general (IGG) de los padres da lugar a una $r = -0,30$ ($p < .01$) con Extraversión y a una $r = 0,43$ ($p < .001$) con Neuroticismo. Estos valores para el grupo de padres cuya enfermedad de los hijos era poco grave fueron respectivamente de $r = -0,12$ y $r = 0,11$.

En conclusión, podría afirmarse en líneas generales, que los síntomas de los padres y de los hijos tienden a covariar positivamente de forma moderada con independencia de la gravedad de la enfermedad del hijo que ha sido IQ. Sin embargo, la gravedad de la enfermedad sí que arroja un patrón diferente de covariación cuando lo que se evalúa es

el nivel de psicopatología que presentan los padres con la Preocupación por la hospitalización y el nivel de ansiedad-rasgo (E- y N+) de sus hijos.

3.4.4. La correspondencia entre el estado emocional de los padres y los síntomas de sus hijos

Hipótesis 10. En este apartado se presentan los resultados relativos a la hipótesis 10, a saber que: *“el estado emocional negativo de los progenitores tenderá a correlacionar positivamente con los síntomas, la ansiedad rasgo y los temores por la cirugía de los niños, mientras que el tono emocional positivo será independiente o, en todo caso, dará lugar a la obtención de coeficientes negativos”.*

Para poner a prueba esta hipótesis se presentan los coeficientes de correlación (Pearson) obtenidos para cada grupo de gravedad (poco grave y grave) entre las emociones informadas por los padres con los síntomas de sus hijos (MPE), su nivel de ansiedad rasgo (N y E) y los temores de los niños por la cirugía (CPCI). Los resultados para el grupo poco grave se presentan en la Tabla 49 y los del grupo grave en la Tabla 50.

En líneas generales vemos que los coeficientes de correlación entre el estado emocional de los progenitores y las reacciones de estrés de los niños afecta sobre todo a emociones positivas de los padres (Tranquilidad y Esperanza), observándose una relación negativa entre las emociones positivas y el estrés de los niños, independientemente del nivel de gravedad. En síntesis cabe decir que:

- (i) Cuando la enfermedad es poco grave, considerando en su conjunto las emociones de los padres y los síntomas de estrés de los niños vemos que la Tranquilidad de los padres se ve influida por el estrés de los niños.
- (ii) Cuando consideramos los temores a la cirugía infantil vemos que las Repercusiones de la enfermedad correlacionan significativamente con las Emociones negativas de los padres aunque con baja significación ($r = .22$, $p = < .05$) y de forma inversa con la Tranquilidad, es decir los padres de los niños IQ mostrarían mayor disgusto, irritación y temor cuando el niño se muestra

III. RESULTADOS

más preocupado por las Repercusiones de la enfermedad y también menor tranquilidad.

Tabla 49. Relaciones entre el tono emocional de los padres y los síntomas de sus hijos: grupo de padres-hijos poco grave (N = 85)

	Alegría	Esperanza	Tranquilidad	Emo. Pos.	Disgusto	Irritación	Temor	Emo. Neg.
Poco grave								
Impacto del Estresor	-.06	.13	-.29**	-.10	-.09	.01	.10	.00
Reexperimentación	-.15	-.02	-.33**	-.23*	-.05	.03	.16	.06
Evitación	-.12	.03	-.30**	-.18	-.06	.00	.13	.03
Incremento del Arousal	-.13	.03	-.32**	-.19	.04	.12	.17	.13
Depresión	-.15	.02	-.31**	-.20	-.05	.04	.16	.06
Desesperanza	-.16	.05	-.25*	-.17	-.10	.02	.15	.02
Síntomas Psicósomáticos	-.07	-.02	-.31**	-.19	-.14	-.07	.02	-.08
Conducta Oposicionista	-.12	.03	-.30**	-.18	-.03	.02	.17	.06
Hipervigilancia	-.12	.02	-.32**	-.19	-.03	.06	.18	.08
Disociación y Sueños	-.09	-.05	-.25*	-.18	.02	.07	.15	.09
Mal Ajuste General	-.06	.04	-.33**	-.16	-.04	.13	.24*	.13
Preocupaciones por la Hospitalización	-.07	-.21	-.13	-.19	.05	.12	.12	.12
Preocup. Procedimientos Médicos	.10	-.02	-.13	-.02	.02	.17	.31**	.20
Preocup. Repercusión de la Enfermedad	-.02	-.14	-.25*	-.19	.20	.14	.20	.22*
Total Preocupaciones Cirugía	-.00	-.16	-.18	-.15	.09	.17	.22*	.20
Extraversión	-.00	.09	.20	.13	-.03	-.05	-.07	-.06
Neuroticismo	-.07	.09	-.11	-.04	.22*	.16	.11	.20

III. RESULTADOS

Tabla 50. Relaciones entre el tono emocional de los padres y los síntomas de sus hijos: grupo de padres-hijos graves (N = 75)

	Alegría	Esperanza	Tranquilidad	Emo. Pos.	Disgusto	Irritación	Temor	Emo. Neg.
Grave								
Impacto del Estresor	-.08	-.02	-.14	-.10	-.13	-.07	-.06	-.12
Re-experimentación	-.08	-.33**	-.14	-.26*	.02	.11	.07	.08
Evitación	-.11	-.28*	-.20	-.27*	-.01	.10	.06	.06
Incremento del Arousal	-.08	-.20	-.14	-.20	-.10	.07	.06	.00
Depresión	-.09	-.26*	-.14	-.22	-.02	.07	.01	.03
Desesperanza	-.15	-.31**	-.20	-.30**	-.12	.09	.03	-.01
Síntomas Psicósomáticos	-.17	-.05	-.34**	-.24*	.14	.08	.21	.16
Conducta Oposicionista	-.14	-.25*	-.17	-.26*	-.09	.09	.04	.01
Hipervigilancia	-.07	-.18	-.11	-.17	-.09	.09	.03	.01
Disociación y Sueños	-.08	-.33**	-.22	-.29*	-.00	.08	.12	.07
Mal Ajuste General	-.19	-.19	-.14	-.23*	-.22	.03	-.04	-.11
Preocupaciones por la Hospitalización	-.02	-.16	-.03	-.10	.12	.13	.07	.15
Preocup. Procedimientos Médicos	-.02	-.20	.04	-.09	.11	.20	-.02	.16
Preocup. Repercusión de la Enfermedad	-.05	-.15	.07	-.07	.18	.20	.04	.20
Total Preocupaciones Cirugía	-.03	-.21	.02	-.11	.16	.22	.05	.20
Extraversión	-.04	.24*	.03	.12	-.12	-.10	.17	-.07
Neuroticismo	-.03	-.17	-.13	-.16	.13	.02	-.13	.05

- (iii) Cuando la enfermedad es grave, las emociones de los padres correlacionan significativamente con el estrés de los niños y aparece una relación significativa inversa entre las Emociones Positivas de los padres y el estrés de los niños en las siguientes escalas: Reexperimentación ($r = -.26, p < .05$), Evitación ($r = -.27, p < .05$), Desesperanza ($r = -.30, p < .01$), Síntomas Psicosomáticos ($r = -.24, p < .05$), Conducta opositora ($r = -.26, p < .05$), Disociación y Sueños ($r = -.29, p < .05$), y Mal Ajuste General ($r = -.23, p < .05$), todos ellos con relación poco significativa, excepto Desesperanza. El total de Emociones positivas covaria inversamente con los síntomas de Desesperanza cuando la enfermedad del hijo es grave.
- (iv) Cuando la enfermedad es grave, al analizar las escalas de estrés de los niños observamos que no muestran una relación significativa con las Emociones Negativas de los padres en ninguna de las variables estudiadas. Es posible que ello se deba a que los padres traten de no mostrar a sus hijos sus preocupaciones y temores frente a la gravedad de la enfermedad.

Por lo que se refiere a la Ansiedad-rasgo (N y E):

- (i) Tanto en las enfermedades poco graves como graves existe una covariación escasa con las emociones de los padres, aunque cabe destacar la relación entre Disgusto y Neuroticismo ($r = .22, p < .001$) en enfermedades poco graves y Esperanza y Extraversión ($r = .24, p < .001$) en enfermedades graves.

En conclusión podría afirmarse en líneas generales, que la gravedad de la enfermedad afecta al tono emocional de los padres y que tiende a covariar con el estrés de los niños, siendo esta de tipo inverso, ya que se aprecia que el estrés de los niños se relaciona negativamente con las emociones positivas de los padres, es decir menos tranquilidad, menos alegría y esperanza en los padres cuando los niños están más estresados y tienen una enfermedad grave en comparación a los padres con hijos con enfermedades poco graves.

Como resumen de este bloque de resultados se desprende que la gravedad de la enfermedad de los niños IQ influye en el aumento de la sintomatología clínica de los

padres. A medida que aumenta la gravedad de la enfermedad de sus hijos, los padres presentan mayor cantidad de síntomas clínicos de ansiedad y más emociones negativas. La gravedad, como es lógico produce incertidumbre y temor y hace pensar en un posible desenlace negativo para la salud del niño IQ.

Respecto a las diferencias de género entre padres y madres, las madres, cuando la enfermedad es grave, tienen más síntomas clínicos (Obsesiones-Compulsiones, Depresión, Ansiedad, Depresión melancólica e Índice general de gravedad). Por otra parte, los padres, se diferencian de las madres por tener más emociones negativas cuando la enfermedad es grave (mayor Irritabilidad y mayor cantidad de Emociones negativas). Por último podríamos decir que las madres muestran menor tranquilidad cuando la enfermedad del hijo es grave mientras que los padres dicen sentir un nivel de tranquilidad semejante, sea la enfermedad no grave o grave.

Respecto a la edad, cuando los niños son pequeños y padecen una enfermedad grave, los padres se preocupan más que cuando son mayores y presentan mayor sintomatología clínica, más depresión y síntomas generales de ansiedad. La edad (edad menor) y la gravedad de la enfermedad producirían más ansiedad en los padres. Respecto a las emociones, cuando la enfermedad no es grave, los padres de los niños mayores se sienten más tranquilos y aunque la enfermedad sea grave, tienen menos emociones negativas cuando son mayores que cuando son pequeños.

Cuando analizamos la procedencia y la gravedad de la enfermedad vemos que influyen en el nivel de ansiedad de los padres. Cuando comparamos la Depresión Melancólica de los padres autóctonos frente a los emigrantes, los padres autóctonos con hijos con enfermedades graves sufrirían mayor cantidad de síntomas depresivos melancólicos que los emigrantes, lo mismo ocurriría con la Depresión que en el grupo de las enfermedades graves afectaría más a los autóctonos que a los emigrantes.

Cuando la enfermedad no es grave, observamos que los padres de niños emigrantes sufren más Hostilidad y Psicoticismo que los padres de niños autóctonos, no siendo así en la enfermedad grave donde los padres autóctonos sienten más Hostilidad y Psicoticismo. Recordemos que la Hostilidad se refería a pensamientos, sentimientos y conductas propias de estados de agresividad, ira, irritabilidad, rabia y resentimiento y

que Psicoticismo estaba relacionada con sentimientos de alienación social como por ejemplo “la idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos”, “oír voces que otras personas no oyen” “sentirse solo aunque esté con más gente”.

La gravedad de la enfermedad tiene gran influencia y afecta a las emociones de los progenitores ya sean autóctonos o emigrantes, en los emigrantes aunque sea leve la enfermedad, las emociones negativas aparecen igualmente. Tanto en el caso de los autóctonos como en el de los emigrantes existe una relación entre el nivel de las emociones positivas (medias más elevadas para la enfermedad poco grave) y las emociones negativas (medias más elevadas para la enfermedad grave).

Respecto a los resultados de la relación de los síntomas de estrés /ansiedad entre padres e hijos, observamos que con independencia de la gravedad de la enfermedad, los síntomas de ambos grupos se relacionan significativamente. En el caso de niños con enfermedades graves, la Preocupación por la hospitalización y la cirugía infantil, así como la ansiedad-rasgo muestran mayor relación con los síntomas de Ansiedad, Depresión y Gravedad Global de los padres que en el caso de los poco graves, y en el caso de la Extraversión hay una relación inversa, cuando el niño es más extravertido existe menor relación con los síntomas de Depresión y Ansiedad y el Índice Global de Gravedad, en comparación con los padres de niños menos graves.

Aunque de forma no significativa, la relación entre las reacciones de estrés de los niños y las emociones de los padres con enfermedades poco graves, sugiere que existe un efecto de relación negativa entre las emociones positivas y el estrés de los niños, sobre todo en la emoción de Tranquilidad. La Tranquilidad se relaciona inversamente con el estrés de los niños, es decir a mayor estrés en los niños menor tranquilidad en los padres, la Re-experimentación se relaciona inversamente con las Emociones Positivas de los padres. Respecto a los temores de la Cirugía Infantil, la preocupación de las Repercusiones de la Enfermedad que experimentan los niños, se relacionan con las Emociones Negativas de los padres.

En el caso de mayor gravedad, el estrés de los niños se relaciona de forma más significativa con las emociones de los padres; en este sentido se aprecia que el estrés de los niños se relaciona negativamente con las Emociones Positivas de los padres, es decir

menos tranquilidad, menos alegría y esperanza en los padres cuando los niños están más estresados y tienen una enfermedad grave en comparación a los padres con hijos con enfermedades poco graves.

El hecho de que las emociones negativas de los padres no se relacionen con el estrés que sufren los niños, podría explicarse porque en la infancia, los padres, con el fin de proteger a sus hijos del sufrimiento, guardarían para sí emociones negativas intensas como las que se han valorado en este estudio (Disgusto, Irritación y Temor). Otra valoración que nos permite hablar de este resultado es que la enfermedad afectaría a las emociones positivas disminuyéndolas y afectándolas negativamente, de manera que el impacto de la enfermedad e IQ se manifestaría más en tener menos alegría, tranquilidad o esperanza y las emociones positivas se verían afectadas por la enfermedad, sobre todo cuando los niños son pequeños y la enfermedad es grave.

Para resumir lo anterior, podemos decir que la sintomatología clínica en los padres se ve influida por la gravedad de la enfermedad, sobre la cual recaen los efectos de la edad del hijo IQ (más ansiedad cuando el niño tiene menor edad), ser mujer (las madres tienen más ansiedad que los padres cuando la enfermedad es grave). Ser emigrante parece que aumenta la sintomatología ansiosa incluso con independencia de la gravedad de la IQ. Estos resultados indicarían que ser emigrante (según los estudios que citamos en el punto I), desencadena mayores síntomas y mayor vulnerabilidad.

IV. Conclusiones y Discusión

4.1 Discusión

4.1.1. Objetivo 1: Hipótesis

4.1.2. Objetivo 2: Hipótesis

4.1.3. Objetivo 3: Hipótesis

4.2. Conclusiones

4.3. Limitaciones

4.4. Sugerencias

IV. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

4.1. Discusión

El objetivo general de este estudio ha sido determinar si el haber sido sometido a una IQ puede producir en los niños sintomatología de estrés agudo y establecer la relación con la sintomatología clínica de los progenitores. Un elemento central a la hora de estudiar los efectos que a nivel psicológico produce una IQ en los niños y sus progenitores es la propia gravedad de la enfermedad que padecen los primeros. No deja de ser obvio que aquellos niños que padecen una enfermedad grave puedan describirse más propiamente como un grupo en condiciones de “estrés crónico”, y que sus reacciones a corto plazo ante un estresor tal como una IQ sean diferentes a las de aquellos otros niños que no se encuentran en esa condición de gravedad. Es así como los tipos de miedos frente a la cirugía y las características temperamentales y cognitivas de la personalidad representan aspectos importantes a considerar en la explicación de esas reacciones, aspectos todos ellos abordados en esta investigación. Además, se ha estudiado también la influencia de variables sociodemográficas como el género, la edad de los niños y la procedencia de los padres (autóctono - emigrante) en el desarrollo de estrés en los niños IQ y en los síntomas clínicos de los progenitores.

En la realización de la investigación se ha contado con un grupo de 160 niños IQ y un grupo control compuesto por 130 niños que nunca habían sido sometidos a una IQ, todos ellos con una edad de entre 9 y 16 años. También han participado un grupo de 160 padres de niños IQ.

A continuación exponemos las hipótesis correspondientes a cada uno de los objetivos que fueron formulados en la investigación y a una discusión de los resultados obtenidos en relación con cada una de ellas.

4.1.1. Objetivo 1: Hipótesis

El primero de nuestros objetivos abordaba las reacciones de estrés post-quirúrgicas de los niños y el papel modulador desempeñado por diferentes variables sociodemográficas. Como sabemos, normalmente, la IQ requiere de hospitalización. Según los estudios que hemos comentado a lo largo del Cap. I y tal como mencionan Sandín, (2003) y Serras (2002) resulta en ocasiones difícil separar el estrés derivado de la enfermedad del que genera la propia hospitalización y las circunstancias asociadas a ella, más aún si consideramos la gran diversidad de fuentes de estrés posibles. Es por ello que los estudios consultados hablan más de hospitalización que de IQ (Benavides y col., 2000; Carvallo, 2005; Méndez y col., 2000; Ortigosa y col., 2000; Schiff, 1998) y, en la misma línea se plantea que una de las principales repercusiones que la hospitalización del niño causa en los padres es la ansiedad y estrés (Carroble y col., 1999; Sierra, 1999).

En nuestro estudio, cuando analizamos los resultados respecto a la Intervención quirúrgica y las reacciones de estrés de los niños IQ comparándolas con los niños del grupo control, encontramos en relación con la **hipótesis 1** (*“Se espera un mayor nivel de estrés en los niños IQ en comparación con los niños no IQ”*) que del total de síntomas evaluados, solo los Síntomas Psicossomáticos y Disociación y sueños daban lugar a diferencias significativas, siendo patentes en el grupo IQ. A pesar de ello, de estas dos variables, la que rozaba un tamaño del efecto moderado fueron los Síntomas Psicossomáticos. En principio este resultado no debería sorprendernos ya que este tipo de síntomas se incrementan lógicamente cuando hay razones médicas y, en este caso las hay, puesto que los niños tienen que pasar necesariamente por una IQ “para resolver su problema de salud”. Por tanto a este nivel de análisis más global podemos concluir que la hipótesis 1 no se cumple, no apreciándose que ser sometido a una IQ *per se* sea un estresor tan importante como esperábamos. Como veremos más adelante, serán más bien las consecuencias del estrés ocasionado por la hospitalización más característica de los niños que padecen una enfermedad grave, lo que explique aquí la ausencia de diferencias.

También podría argumentarse que ser sometido a una IQ no es una fuente de estrés a priori tan grave para el niño como otro tipo de situaciones interpersonales en las que puede verse envuelto. Así, existen síntomas (Evitación, Depresión, Conducta

oposicionista) donde los niños del grupo control presentan medias ligeramente más altas que el grupo IQ. Esto nos hace pensar que los chicos y chicas que se encuentran en periodos de edad entre los 9 y los 16 años (pubertad y adolescencia) muestran cierto nivel de estrés y ansiedad. Como sabemos la adolescencia es una etapa en que se define la personalidad, el joven ha de responder a expectativas personales, familiares y sociales, y se produce la transición a la vida adulta. Suele ser una transición que genera estrés debido a que se han de poner en marcha recursos afectivos o relacionados con la seguridad en el desarrollo del autoconcepto y la autoestima. Es un periodo de incertidumbre donde se fraguan amistades y vínculos de carácter afectivo-sexual importantes para la vida de la persona y una etapa donde se abandona la seguridad de la niñez para enfrentarse a la responsabilidad del adulto. La mayoría de los adolescentes sufren estrés por diversas causas, la autoimagen, los vínculos familiares (que cambian en la adolescencia), las necesidades materiales. El adolescente padece inestabilidad y necesidad de cambiar el entorno que les rodea, todo ello, como es lógico puede generar estrés. En suma, esas otras fuentes de estrés podrían ser más pertinentes que ser sometido a una IQ.

Por otra parte, desde esta perspectiva más general de análisis planteábamos si determinadas variables sociodemográficas desempeñaban algún papel modulador en los resultados obtenidos, de forma que la **hipótesis 2** establecía que *“se espera que los niveles de estrés serán superiores en las chicas que en los chicos, en los niños más mayores que en los más pequeños, y en los niños emigrantes frente a los autóctonos”*.

Los resultados muestran que cuando analizamos el **género**, sorprendentemente encontramos que son los chicos IQ los que obtienen puntuaciones especialmente elevadas en Síntomas Psicosomáticos y también en Disociación y Sueños, aunque en este último caso el efecto es débil. Estos resultados son opuestos a diferentes estudios que señalan que en cualquier categoría de síntomas psicosomáticos, las mujeres informan de un mayor número de éstos (Orejudo y col., 2005). Lo anterior nos hace plantear en qué medida el género puede haber influido en las respuestas de estrés ante un estresor como la IQ ya que de acuerdo con otras investigaciones como la de Wolfer y col. (1975) esperábamos encontrar más síntomas en las chicas (posiblemente más síntomas psicosomáticos), pero los análisis en nuestro estudio han mostrado lo contrario. En

suma, ante una IQ los chicos muestran más síntomas psicosomáticos (pérdida de apetito, dolor en zonas del cuerpo sin dolor aparente, dolor de estómago) y mayor cantidad de síntomas de disociación y sueños (miedo de estar solos, pesadillas, no poder recordar cosas sobre lo que había pasado).

Hay que insistir en que los Síntomas Psicosomáticos, son muy frecuentes en la infancia y en la adolescencia. Existe la tendencia a buscar la causa orgánica cuando el niño se queja de dolor o malestar y en ese caso la búsqueda para descartar la organicidad del trastorno se hace necesaria sobre todo cuando es muy recurrente. No obstante en el caso que nos ocupa, sabemos que el niño puede presentar trastornos psicosomáticos cuando está sometido a una situación estresante y en el caso de la IQ esto ocurre. Sin embargo, así como podemos decir que la escala de Disociación y sueños está asociada a un estrés post-quirúrgico, en el caso de los Síntomas Psicosomáticos nos queda la duda lógica de que posiblemente algunos de ellos no sean dolores psicológicos sino reales debido a la IQ. Los procedimientos médicos causan dolor y el postoperatorio puede resultar doloroso y molesto. Así pues, es difícil diferenciar el estrés que producen los síntomas psicosomáticos y el dolor real que siente el niño después de la IQ. Para diferenciarlo hubiera sido conveniente pasar las pruebas por lo menos varios días antes de la intervención, ello nos hubiera permitido constatar la existencia de somatización por estrés psicológico, es decir sintomatología psicosomática causada por el temor a la situación de la IQ y la hospitalización.

Respecto a **la edad**, los resultados muestran que los niveles de estrés/ansiedad son más elevados en los niños más mayores que en los más pequeños y que por ello las diferencias en estrés debidas a la IQ emergen más claramente cuando en las comparaciones con el GC están involucrados los niños más pequeños. Estos resultados coinciden con los de Meneghello, (2001) y Quiles y col. (1999) y sugieren que los niños mayores tendrían más conciencia de la enfermedad de los procedimientos médicos e incluso mayor conciencia sobre la relación entre la enfermedad que padecen y la muerte. Sin embargo, no apoyan a aquellos otros que indican que los niños más pequeños manifiestan mayores niveles de distrés que los de mayor edad, especialmente a través de apego hacia el adulto y lloros, no observándose además diferencias respecto al género (Montoya y col., 2005).

Respecto a la influencia de **la procedencia**, los resultados indican indirectamente que la emigración (todo lo que ella comporta) representa un estresor más potente para los niños a la hora de generar efectos psicológicos adversos que el ser sometido a una IQ. En este sentido, existe coincidencia con otros al afirmar que las diferencias entre emigrantes y autóctonos son sobre todo derivadas del estatus económico y el entorno laboral y social (Cuadrado y col., 1999; Sánchez, 2003).

En conclusión, podemos afirmar que la hipótesis 2 ha sido parcialmente confirmada: se encuentran los efectos esperados en relación con la edad, pero no con el género. Y, en el caso de la procedencia, los posibles efectos se encuentran enmascarados doblemente, no solo debido a la influencia desempeñada por la gravedad de la enfermedad que pueda padecer el niño (ver a continuación), sino también por los riesgos psicosociales asociados con la condición de familia emigrante.

4.1.2. Objetivo 2: Hipótesis

El segundo objetivo de la investigación planteaba la relevancia de la gravedad de la enfermedad en las reacciones de estrés post-quirúrgicas de los niños, pudiendo interpretarse más los resultados desde la óptica de la mayor hospitalización que lógicamente se asocia con las enfermedades más graves. Es así que en nuestra investigación nos hemos inclinado más por asociar la mayor gravedad con una mayor “sensibilización” que “habituaación” en los efectos esperados. Las dos primeras hipótesis incluidas en este objetivo suponen un reanálisis de las hipótesis 1 y 2 vistas en el apartado anterior, mientras que las dos restantes se plantean el papel que desempeñan las preocupaciones y miedos de los niños por la cirugía así como sus características temperamentales y cognitivas.

La **hipótesis 3** afirmaba que *“el nivel de gravedad de la enfermedad influirá en las reacciones de estrés post-quirúrgicas de los niños, de manera que a medida que esta aumente, la presencia de estrés y otros síntomas también se incrementará, a su vez, ello debería traducirse en mayores puntuaciones en ansiedad rasgo (N + y E-)”*

Los resultados obtenidos en relación con esta hipótesis son iluminadores. Por una parte muestran que el grupo de niños que se sometió a una IQ y que padecía una enfermedad poco grave, es indistinguible del GC. Teniendo en cuenta que los niños con enfermedad

poco grave representan más del 50% de los niños IQ, se entiende claramente el papel enmascarador de esta variable. Por otra, a medida que se incrementa la gravedad de la enfermedad del niño, se incrementan sus reacciones de estrés/ansiedad postquirúrgicas. Así, el grupo de niños con enfermedad grave sometido a IQ se diferencia en su nivel de síntomas tanto del GC como del grupo de niños IQ con enfermedad poco grave. En la enfermedad grave, los síntomas con un efecto más fuerte han sido Síntomas Psicosomáticos y Disociación y sueños, pero también efectos moderados importantes se encontraron en la tripleta de síntomas que identifican las reacciones de estrés post-traumático (Reexperimentación, Evitación e Incremento de Arousal). Estos resultados, confirman nuestra hipótesis y concuerdan con los obtenidos por Trianes (2002) quien argumentaba que la aplicación de procedimientos médicos percibidos como amenazantes, dolorosos o peligrosos, unida al propio malestar causado por la enfermedad, podrían originar consecuencias inmediatas durante el tiempo de estancia en el hospital, así como después de la misma. Algunas de estas manifestaciones, además de estrés, incluirían pesadillas, trastornos de sueño, cambios de conducta o temores y miedos. De estos resultados podemos señalar que es lógico que la enfermedad grave vivida como un peligro y una amenaza para la vida aumente el estrés. Respecto a las dos escalas sobre las que se detecta un efecto más fuerte (Síntomas Psicosomáticos y Disociación y sueños) los comentarios irían en la misma línea que muestran los estudios de Trianes (2002). A ello puede añadirse que la disociación también puede entenderse no como un síntoma o conjunto de síntomas sino como un mecanismo de defensa/estrategia de afrontamiento. No es sorprendente que en el caso de los niños y adolescentes en situación de estrés inescapable (con enfermedad grave), la disociación esté funcionando como tal.

Además, la hipótesis señalaba que *la mayor gravedad de la enfermedad se acompañaría con niveles de ansiedad-rasgo más elevadas (E- y N+)*. Los resultados obtenidos apoyan esta afirmación, de acuerdo con Spilberg (1973) que habla de la diferencia entre ansiedad estado-rasgo, es decir, la ansiedad que se experimenta transitoriamente ante una situación concreta, y la ansiedad-rasgo, asumida como rasgo de la personalidad. Ante la situación de estar hospitalizado, la intensidad y la duración del estrés se relaciona con el estrés experimentado, los agentes estresantes como el ambiente del hospital, los procedimientos médicos, las inyecciones, las personas nuevas, el dolor, la

separación de familiares, entre otros, finalmente pueden influir en que se genere una reacción de ansiedad. En este sentido comprobamos que debido a las anteriores circunstancias la ansiedad-rasgo se incrementa. Por otro lado la extraversión, un factor de la personalidad protector de la ansiedad, en esta situación estresante (enfermedad grave) tiende a disminuir.

La **hipótesis 4** sugería que: *“los efectos de la mayor hospitalización característica de los niños que padecen enfermedades más graves se traducirán en reacciones de estrés post-quirúrgicas más acusadas en las chicas que en los chicos, en los niños más mayores frente a los más pequeños y en los emigrantes frente a los autóctonos”*.

De acuerdo con González-Simancas y col. (1990) los niños susceptibles a repetidas hospitalizaciones, se enfrentan no sólo con el dolor y el temor que conlleva la enfermedad, sino también al fenómeno de la hospitalización y a la ausencia de una vida normal, lo que influye también sobre la familia. En este sentido, los resultados de esta hipótesis apuntan a que cuando se tiene en cuenta el **género** y se compara la gravedad de la enfermedad, es el grupo de los chicos el que muestra más diferencias en los síntomas de estrés y experimentan mayor cantidad de estrés cuando la enfermedad es grave, mientras que entre las chicas, la gravedad de la enfermedad aunque produce un incremento de los síntomas no da lugar a ninguna diferencia significativa. Cuando se mantiene constante el nivel de gravedad, el género no da lugar a diferencias en el nivel de menor gravedad y tampoco en el de mayor gravedad, a excepción de los Síntomas Psicosomáticos, vistos más arriba, que son más elevados en los chicos.

Respecto a la **edad**, con independencia de la que tengan los niños, la gravedad de la enfermedad es lo que provoca mayor estrés. Aunque en la condición de menor gravedad los niños más pequeños muestran más Reexperimentación y Mal ajuste general tras la IQ que los más mayores, los efectos son débiles.

En cuanto a la **procedencia**, aunque la gravedad de la enfermedad produce un incremento de los síntomas tras la IQ tanto en los autóctonos como en los emigrantes, las diferencias registradas son mayores entre los primeros que entre los segundos, lo que puede significar entre estos últimos que someterse a una IQ es simplemente un estresor más de entre los que habitualmente están expuestos. De todos modos es precisamente

en la condición de mayor gravedad solo cuando los niños emigrantes se diferencian de los autóctonos por su mayor nivel de Síntomas Psicosomáticos.

Los resultados anteriores muestran que respecto al género los resultados son opuestos a los que se observan en otras investigaciones (ver hipótesis 1). La edad cuando la gravedad de la enfermedad está en juego no influye para generar diferencias; más bien es la gravedad de la enfermedad la que produce más síntomas de estrés con independencia de la edad que tenga el niño. Y, la procedencia, tampoco ha dado lugar a diferencias sustanciales. En suma, no se confirman las hipótesis sobre las variables moduladoras tenidas en cuenta. Mientras que en el caso de la edad y la procedencia, ello puede deberse a la descompensación existente en el número de niños que componen cada uno de los subgrupos (los mayores y los emigrantes son pocos en cada condición de gravedad), algo diferente puede argumentarse en relación al género, pero que tiene que ver con la edad. Así, las comparaciones entre chicos y chicas implican comparaciones donde en cada categoría hay muchos niños pequeños y pocos mayores. Es posible que al tratarse sobre todo de niños más pequeños que mayores, los estereotipos de género no se encuentren suficientemente consolidados en unos y en otras y que ello justifique la no emergencia de diferencias cuando se tiene en cuenta el género o incluso, efectos opuestos a los previstos como ocurre en el caso de los Síntomas Psicosomáticos.

La **hipótesis 5** establecía que *“la cantidad de miedos y preocupación de los niños por la cirugía se espera que sea mayor a medida que aumenta la gravedad de su enfermedad. Además, los distintos tipos de miedos evaluados funcionarán como predictores importantes de las reacciones de estrés post-quirúrgicas en el caso de aquellos niños con enfermedades más graves”*.

Los resultados muestran que los niños obtienen puntuaciones más elevadas en los distintos factores del CPI cuando la enfermedad que padecen es más grave, aunque las diferencias que se obtuvieron en el análisis de medias no resultaron estadísticamente significativas. Más interesantes son los resultados obtenidos en los análisis de regresión. Así, la Preocupación por la Hospitalización emerge como predictor importante de las reacciones de estrés de los niños IQ con independencia del nivel de gravedad de su enfermedad. Como muestran otras investigaciones el impacto de la hospitalización y sus

consecuencias, tiene una influencia decisiva a la hora de estudiar los miedos hacia la cirugía infantil y la ansiedad en los niños y en sus progenitores (López-Naranjo y col., 2004; Méndez y col., 1997; Small, 2002). En nuestro estudio explican las respuestas psicosomáticas principalmente así como los síntomas de Evitación y Desesperanza tras la IQ cuando la enfermedad es poco grave; y cuando es grave, bien como única variable, bien junto con las Preocupaciones por los Procedimientos Médicos, explican un rango más amplio de las reacciones de estrés a corto plazo que presentan los niños. Aunque nuestra hipótesis se confirma en el sentido de que las preocupaciones de los niños predicen mucho mejor la diversidad de síntomas tras la IQ en la condición de mayor gravedad, hubiera sido de esperar que en este grupo de niños la Preocupación por la Enfermedad padecida desempeñase un papel predictor importante, algo que no ha sido así. En suma, podemos concluir que lo que produce mayor ansiedad y preocupación en los niños es sobre todo la hospitalización que conlleva separarse de los padres antes de la operación, miedo sobre que sentirán durante la misma, si les quedaran señales, si los padres podrán permanecer con ellos durante la estancia en el hospital o cuando podrán abandonarlo.

La **hipótesis 6** afirmaba que: *“teniendo en cuenta el volumen total de preocupaciones de los niños por la cirugía, se espera que las estrategias de afrontamiento medien de forma diferente en sus reacciones de estrés post-quirúrgicas en función de la gravedad de la enfermedad que padecen”*.

Los resultados muestran ciertas tendencias de interés por lo que se refiere a los efectos mediadores del afrontamiento entre el volumen total de preocupaciones por la cirugía y las reacciones de estrés de los niños tras la IQ. Por una parte, una cierta tendencia se observa por lo que se refiere al grupo de niños que fueron intervenidos quirúrgicamente aunque su enfermedad era poco grave. Así, la variable de afrontamiento que sobresale frente al resto es la Huida intrapunitiva, siendo sus efectos negativos, en el sentido de que se relaciona positivamente con la mayor presencia de algunos síntomas psicológicos post-quirúrgicos tales como la Evitación o la Depresión. Por otra parte, en el caso de los niños con una enfermedad grave, se detecta más claramente el efecto beneficioso de la Búsqueda de apoyo en personas cercanas, algo que mitiga las reacciones de estrés tras la operación de estos niños. La relevancia de la búsqueda de Apoyo social es coherente

con los resultados que aportan múltiples estudios, los cuales exponen sus efectos positivos y la influencia de los recursos sociales en la forma de afrontar sucesos críticos de la vida, en especial, enfermedades de carácter crónico (Desmond y MacLachlan, 2006; Meijer, Sinnema, Bijtra, Mellenbergh y Wolters, 2002). La búsqueda de Apoyo social es considerada como un predictor importante para el ajuste psicológico y social en enfermedades crónicas, que impacta positivamente en el nivel de distrés percibido, en respuestas emocionales como la depresión, y en la calidad de vida en sentido general. Lazarus y col. (1986) señalan que la búsqueda de apoyo social actúa como factor protector para prevenir experiencias dañinas o amenazantes así como para proporcionar recursos valiosos para el manejo de la situación, dando información, contención emocional, y apoyo instrumental. Si bien estos autores postulan que esta estrategia suele estar influida por factores contextuales y transaccionales lo que hace que no haya una asociación clara entre esta estrategia y el proceso de salud enfermedad de las personas, podemos decir que en el caso de nuestra investigación muestra poseer efectos positivos sobre las reacciones de estrés de los niños tras una IQ.

De todos modos, cabía esperar que otros factores de afrontamiento hubieran desempeñado un papel mediador más relevante. Una posible explicación de que esto no haya sido así puede deberse a que las preocupaciones de los niños por la cirugía fueron evaluadas retrospectivamente. Como señalo anteriormente, es muy posible que si el momento de la evaluación de estas preocupaciones hubiera sido previo a la IQ, los efectos mediadores de las estrategias de afrontamiento sobre los síntomas hubiesen sido más significativos.

4.1.3. Objetivo 3: Hipótesis

El tercer objetivo de la investigación se dirigía a explorar la correspondencia existente entre el estado emocional y los síntomas de los niños con los de sus progenitores. La presencia de alteraciones emocionales, sobre todo miedo, estrés y ansiedad durante el proceso de ingreso hospitalario infantil se ha estudiado con frecuencia. Esta alteración emocional, se encuentra tanto en padres como en hijos, existiendo incluso una cierta transmisión de emociones entre ambos como sugieren diversos estudios correlacionales (Fernández-Castillo y col., 2006; Ochoa y col., 1999; Polaino-Lorente y col.,1997; Kain y

col, 1996 y 2000; Rossen y col., 1999; Turner y col., 2003; Voepel y col., 2000). Cuatro son las hipótesis que cubría este objetivo y que pasamos a revisar.

La **hipótesis 7** establecía que *“la gravedad de la enfermedad del niño IQ se reflejará en la sintomatología clínica de sus progenitores, de manera que a medida que esta aumente, la presencia de síntomas en los padres también se incrementará de modo general y de modo más particular en los síntomas relacionados con la ansiedad y depresión. Del mismo modo, aumentarán las emociones negativas y disminuirán las positivas en aquellos padres que tengan hijos con enfermedad más grave sometidos a IQ”*.

Los resultados sobre esta hipótesis han mostrado que la gravedad de la enfermedad de los niños IQ influye en el aumento de la sintomatología clínica de los padres. A medida que aumenta la gravedad de la enfermedad de sus hijos, los padres presentan mayor cantidad de síntomas clínicos y también más emociones negativas y menos positivas. Estos resultados se muestran lógicos dadas las circunstancias que viven los padres de los niños IQ, el temor a la enfermedad, al desenlace, el cambio repentino en las rutinas familiares afectarían al estado emocional global de los padres.

Cuando comparamos los resultados de los síntomas clínicos de los progenitores con el baremo de la prueba SCL-90 encontramos que en todas las escalas la media normativa es inferior a los resultados obtenidos con nuestro grupo de padres. A continuación en la hipótesis ocho estableceremos detalladamente la media por género de los padres y las madres y la media normativa de la escala SCL-90 en las escalas de Depresión y Ansiedad. Ello aportará diferencias sustanciales, sobre todo en relación a la gravedad de la enfermedad.

La **hipótesis 8** sugería, en paralelo a los análisis realizados con los niños, la posible influencia de diversas variables sociodemográficas, de forma que considerando el nivel de gravedad de la enfermedad que padece el hijo IQ, se esperaba que *“el nivel de síntomas será mayor en las madres que en los padres, en los progenitores de niños más pequeños que en los más mayores y en los progenitores emigrantes que en los padres autóctonos ... Se espera que el tono emocional más negativo y menos positivo de los padres se encuentre en consonancia con sus síntomas clínicos”*

Por lo que se refiere al **género** de los progenitores, la gravedad de la enfermedad del hijo altera considerablemente el estado emocional de las madres con hijos IQ, observándose en ellas un incremento considerable de los síntomas clínicos, particularmente ansiedad y depresión, cuando se las compara con aquellas madres de niños con enfermedades poco graves. En el caso de los padres, la gravedad de la enfermedad del hijo que es sometido a una IQ conduce a un estado emocional general negativo, pero ese malestar no se traduce en un incremento de síntomas clínicos. Sin embargo, es importante no perder de vista que cuando se comparaban a padres y madres con hijos con enfermedades graves, no existían diferencias en el nivel de síntomas clínicos entre unos y otras. En suma, nuestros resultados sugieren un mayor impacto de la IQ en las madres de hijos graves que en los padres de hijos graves. De hecho, a los padres parece preocuparles más el hecho de que su hijo tenga que ser sometido a una IQ *per se* que la enfermedad que le lleva a esa IQ. No en vano cuando se comparan a los padres y madres de niños IQ con enfermedades poco graves, aunque no había diferencias significativas, los padres obtenían medias más altas en todas las escalas de síntomas de la SCL-90 que las madres. Con todo, es necesario subrayar el escaso número de padres frente a madres, tanto en la condición de menor como mayor gravedad, que han participado en el estudio.

Cuando comparamos los síntomas clínicos de los padres y madres con los baremos del SCL-90 observamos lo siguiente: *Depresión, padres*: MN (Media Normativa) = .59, ME (Media del estudio) = .79 cuando la enfermedad no es grave y ME = .90 cuando la enfermedad es grave; *Ansiedad padres* MN = .44, ME = .82 (no grave) y ME = .83 (grave). En el grupo de madres, *Depresión*: MN (Media Normativa) = .84, ME (Media del estudio) = .60 cuando la enfermedad no es grave y ME = .96 cuando la enfermedad es grave; *Ansiedad madres* MN = .59, ME = .61 (no grave) y ME = .95 (grave). Estos resultados coinciden con lo descrito anteriormente y como vemos los padres de los niños IQ muestran una media más elevada en síntomas de depresión y ansiedad que el grupo normativo sea o no la enfermedad grave y las madres, en cambio, cuando la enfermedad no es grave puntúan por debajo de la media normativa en Depresión. En ambos grupos (padres y madres) cuando la enfermedad es grave los medias se sitúan por encima de la media normativa del SCL-90.

Respecto a la **edad** del niño IQ, el efecto principal de la gravedad de la enfermedad del hijo IQ en los síntomas de los padres, ocurre únicamente cuando se trata de niños pequeños. Así, la edad (edad menor) y la mayor gravedad de la enfermedad producirían más ansiedad en los progenitores, especialmente depresión y ansiedad. En el caso de los niños IQ más mayores, aunque el malestar emocional de los progenitores se incrementa, el nivel de síntomas psicológicos general no se ve afectado.

En cuanto a la **procedencia familiar**, se observa cierta disparidad entre los progenitores emigrantes por lo que se refiere a las repercusiones que tiene la gravedad de la enfermedad de su hijo IQ sobre su bienestar emocional. Así, mientras que los síntomas psicológicos generales no se elevan significativamente en función de la mayor gravedad de la enfermedad de su hijo sí que ésta influye en la presencia de un tono emocional negativo más intenso. En el caso de los autóctonos, la mayor gravedad de la enfermedad “dispara” algún tipo de síntomas específicos en los padres, permaneciendo sin embargo el tono emocional más estable.

En conclusión, en este apartado, los resultados confirman parcialmente la hipótesis relativa a las variables sociodemográficas. Así, a las madres les afecta más que a los padres la IQ de un hijo con enfermedad grave, a los progenitores les preocupa más cuando el niño es pequeño y la enfermedad es grave, y los progenitores de familias emigrantes no ven sensiblemente incrementados sus síntomas en función de la gravedad de la enfermedad que padece su hijo IQ, entre otras cosas porque ya de por sí son más elevados que las de los padres autóctonos.

La **hipótesis 9** sugería que: *“las relaciones entre los síntomas de los padres y los síntomas de sus hijos serán más fuertes cuando mayor sea la gravedad de la enfermedad que padecen los niños, particularmente entre aquellas escalas que evalúen más propiamente los niveles de ansiedad/depresión. La misma pauta se espera encontrar en relación con la ansiedad rasgo y las preocupaciones y temores por la cirugía infantil evaluadas en los niños”*.

Los resultados sobre esta hipótesis se centran más exclusivamente sobre la correspondencia entre los niveles de ansiedad y depresión de los padres y los de sus hijos. En principio, la pauta de covariación que se observa entre los síntomas de

ansiedad de los padres y las reacciones de estrés de sus hijos evaluadas por el MPE así como con los temores y preocupaciones evaluados por el CPI son bastante similares (coeficientes positivos y moderados). Sin embargo, el resultado más relevante y que va en la línea de lo esperado es la correspondencia existente entre los síntomas de ansiedad de los padres y el nivel de ansiedad rasgo de sus hijos cuando estos tienen una enfermedad grave. Si la enfermedad del niño IQ no es grave, tal correspondencia entre los síntomas de ansiedad de los padres tras la operación y el nivel de ansiedad general de sus hijos, también tras la misma, no se encuentra.

Por lo que se refiere a la Depresión, la gravedad de la enfermedad no da lugar a una pauta de covariación diferente cuando se consideran los coeficientes obtenidos respectivamente entre la escala de depresión de la SCL-90 y la escala de depresión del MPE. Lo más relevante es que la Depresión de los padres sobre todo correlaciona de modo positivo y significativo con los miedos y Preocupaciones por la Cirugía cuando la enfermedad es grave, pero no cuando no lo es. Y, sobre todo, es la Preocupación por la Hospitalización de los hijos lo que más tiene que ver con la Depresión “post-quirúrgica de los padres”. También, tal como cabía esperar considerando el instrumento de evaluación empleado para E y N, la Depresión de los padres muestra una pauta de covariación similar a la de ansiedad con esas variables.

En suma estos resultados son acordes con Ochoa y col. (1999) que estudiaron el estrés que se producía en los padres como consecuencia de la hospitalización de sus hijos y la sintomatología de depresión y ansiedad.

Finalmente, la **hipótesis 10** señalaba que: *“el estado emocional negativo de los progenitores tenderá a correlacionar positivamente con los síntomas, la ansiedad rasgo y los temores por la cirugía de los niños, mientras que el tono emocional positivo será independiente o, en todo caso, dará lugar a la obtención de coeficientes negativos”*.

Los resultados muestran que la gravedad de la enfermedad afecta al tono emocional de los padres y que tiende a relacionarse con el estrés de los niños, siendo esta de tipo inverso, ya que se aprecia que el estrés de los niños se relaciona negativamente con las emociones positivas de los padres, es decir menos tranquilidad, menos alegría y esperanza en los padres cuando los niños están más estresados y tienen una

enfermedad grave en comparación a los padres con hijos con enfermedades poco graves. En línea con esto, La Montagne y col. (2001) relacionaron la variable optimismo en los padres con la recuperación y los comportamientos del niño, antes y después de la experiencia quirúrgica y concluyeron que el estado emocional de los padres, sus comportamientos ansiosos y la calidad de la relación paternal son factores que influyen en el estado emocional y estabilidad en el niño durante su periodo pre y pos-hospitalario. Por ello nuestros resultados sugieren que los padres que participaron en el estudio, presentaban un tono emocional menos alegre y optimista en función de la gravedad de la enfermedad del hijo y que ello podría ahondar en el nerviosismo de niño (aumentando el estrés).

4.2. Conclusiones

En este estudio se ha analizado el impacto psicológico que puede producir en un niño y su familia la IQ, además y de manera inseparable, se han tenido en cuenta las circunstancias asociadas al ingreso y permanencia en un centro hospitalario ya que suelen incrementar la exposición a una amplia gama de estresores a los que se han de enfrentar las personas durante dicha experiencia. Algunas de estas circunstancias se relacionan con la propia estancia en un entorno desconocido y con normas de funcionamiento particulares, la separación del contexto familiar, la ruptura del ritmo cotidiano de vida, la pérdida de autonomía e intimidad o el temor a la separación de los padres, además de las inherentes a la propia enfermedad que se padece, entre otras. (López - Naranjo y col. 2004).

En cuanto a los síntomas de estrés agudo que presentaban los niños debido a la IQ, (se ha comparado un grupo de niños IQ con otro que nunca ha sido sometido a IQ), los resultados han mostrado que son mucho menos intensos de lo que cabría esperar y solo los síntomas psicósomáticos y la disociación y sueños han mostrado diferencias entre los dos grupos. También nos ha sorprendido que en el grupo control existieran síntomas de estrés (Reexperimentación, Evitación, Depresión, Conducta oposicionista), aunque por otro lado entendemos que las características de la edad (pubertad y adolescencia) traen consigo algunas de los síntomas de estrés manifestados.

En cuanto a las diferencias de género en los progenitores, los resultados no se muestran muy concluyentes, las madres podrían sufrir mayores síntomas de estrés que los padres y mayor emocionalidad negativa. Aunque observamos que el neuroticismo de los niños se relaciona con los síntomas clínicos maternos es difícil de valorar si es debido a la situación de IQ y hospitalización o bien son características intrínsecas de la personalidad de los niños y ello podría estudiarse en posteriores investigaciones.

En cuanto a la asociación de la edad con la percepción de estrés, de acuerdo con las investigaciones de Quiles y col. (2000), Meneghello, (2001), Quiles y col. (1999), que obtuvieron que, a mayor edad, más preocupaciones sobre las intervenciones quirúrgicas y la hospitalización, nosotros pensábamos que se iba a confirmar dicha afirmación, pero no ha sido así, y no se observan diferencias de estrés en los niños IQ debido a la edad, lo que si aparece en el grupo control es que a mayor edad mayor ansiedad, entendemos que ello está asociado a la etapa de la adolescencia, la ansiedad sería más alta que en los niños más pequeños.

En cuanto a la gravedad de la enfermedad, es la variable que mejores resultados ha ofrecido en cuanto que predice el desarrollo de síntomas de ansiedad tanto en los niños como en sus padres. Los niños que padecen enfermedades más graves, presentan mayores rasgos de neuroticismo, utilizan más estrategias de afrontamiento, tienen más síntomas de estrés, sobre todo Reexperimentación, Síntomas psicósomáticos y Disociación y sueños, y además tienen mayor cantidad de temores asociados a la cirugía. Este resultado concuerda con las conclusiones de Méndez (2002), quién destaca que la naturaleza y severidad de la enfermedad que padece el niño puede ser para él un acontecimiento especialmente traumático. Los padres de los niños que padecen enfermedades graves tienen mayor cantidad de síntomas clínicos de ansiedad, depresión y somatización, además los padres de los niños de gravedad media están más deprimidos y tendrían más malestar psicológico en general que los padres de los niños con enfermedad no grave.

En cuanto a la relación con los factores de miedo infantil hacia la cirugía y la percepción de estrés en los niños, los resultados han mostrado que sobre todo la Hospitalización ha sido el temor que más se ha relacionado con la ansiedad de los niños y sus padres, el

afrontamiento positivo ha mejorado los temores hacia la cirugía y los niños IQ que mostraban mayor extraversión presentaban menos preocupaciones respecto a ella.

Como conclusión podemos decir que el simple hecho de ingresar en el hospital se relaciona con la aparición de estrés, se puede relacionar con el miedo al dolor y a la muerte y la sensación de miedo aumenta si nos atenemos a la gravedad. El miedo que sienten los progenitores y sus hijos cuando la enfermedad es grave, se relaciona con una mayor sensación de amenaza tanto en el propio niño como en los padres, y por lo tanto con mayores niveles de ansiedad y estrés.

A continuación presentamos una síntesis de las principales conclusiones a las que hemos llegado:

1. No se ha podido demostrar que la IQ produzca efectos de TEA en los niños estudiados. Solo las escalas de Síntomas Psicosomáticos y Disociación y sueños han diferenciado al grupo IQ del grupo control.
2. El mejor predictor para evaluar el estrés en los niños y la sintomatología clínica en los progenitores ha sido la gravedad de la enfermedad.
3. Las variables demográficas relacionadas con el género, la edad y la procedencia (autóctonos-emigrantes) no se han mostrado altamente diferenciadoras entre los grupos IQ y control.
4. El temor a la hospitalización ha sido respecto a los temores de la cirugía infantil el más significativo seguido del temor a los procedimientos médicos.
5. La gravedad de la enfermedad de los niños IQ ha tenido efectos significativos sobre la ansiedad-rasgo (N+ y E-) y las emociones positivas-negativas de los padres.
6. Las estrategias de afrontamiento más eficaces para reducir el estrés en los niños han sido “Búsqueda de apoyo en personas cercana” y la menos eficaz “Huida Intrapunitiva”.

4.3. Limitaciones

Tres son las limitaciones que posee este estudio. La primera y principal ha sido que partimos de un diseño incompleto. Hubiera sido útil para reafirmar algunos de los resultados o tendencias obtenidas en este estudio el haber dispuesto de un GC que no solo hubiera cumplimentado el MPE, sino también el resto de pruebas que hicieron los niños que fueron IQ. Si bien es cierto que nuestro interés se ha centrado en el estudio de las reacciones de estrés que mostraban niños sometidos a una IQ frente a otros que no habían pasado por esa experiencia, focalizándonos en la gravedad de la enfermedad del niño y correlatos observados en los padres, no es menos cierto que estudiar los posibles miedos y preocupaciones ante la cirugía de esos niños que no han pasado por tal experiencia, hubiera sido revelador. Igualmente podría añadirse respecto al conocimiento de las estrategias de afrontamiento usuales de esos niños ante “situaciones de estrés”.

La segunda limitación importante que podemos añadir afecta a algunos resultados obtenidos en esta investigación. Concretamente nos referimos a la influencia moduladora de las variables sociodemográficas. Sucede que en algunas comparaciones, particularmente las que involucran la edad de los niños y la procedencia familiar (además del género en los progenitores), los subgrupos formados se encontraban bastante descompensados. En algunos no llegaban a 20 y aunque se ha intentado en los análisis utilizar el estadístico de comparación adecuado, somos conscientes que la generalización de algunos de estos resultados queda aún por demostrar.

Y, la tercera limitación importante de nuestro estudio, se refiere al momento concreto de evaluación. Las pruebas se realizaron con posterioridad a la IQ y aunque la mayoría de niños que pasaron las pruebas estaban en la cama sometidos a procedimientos médicos (aguja en el brazo, gotero), otros ya no estaban sometidos a tales procedimientos. Quizá, los resultados serían diferentes si las pruebas se hubieran pasado no solo en el momento después de la IQ, sino algunas de ellas en el momento de ingreso hospitalario o en el momento de la comunicación a la familia de la necesidad de IQ. Al menos en los niños IQ hubiera sido importante disponer de sus preocupaciones y miedos previos por la cirugía antes de la IQ y no como en nuestro estudio que fueron evaluadas retrospectivamente.

4.4. Sugerencias

Respecto a los progenitores, los resultados han mostrado que la gravedad de la enfermedad del hijo asociada en la mayoría de los casos a la cronicidad, estaría influyendo en un mayor desarrollo de síntomas clínicos. En este sentido, respecto a la prueba SCL-90 (Derogatis, 1998), cuando seguimos las normas planteadas en el manual para la corrección y la interpretación de los resultados, vemos que confirman la mayor cantidad de síntomas clínicos en depresión y ansiedad en nuestro grupo de padres. Ello pone en manifiesto la necesidad de abordar estas situaciones psicológicas que por otro lado influyen el desarrollo del estrés de los niños IQ.

Los programas de preparación psicológica para reducir la ansiedad quirúrgica en los niños y sus progenitores (descritos en el punto 3.2 del apartado I), están centrados en trabajar sobre todo con la preparación del niño y su familia para la hospitalización y los procedimientos médicos específicos (cirugía). También se dirigen a la preparación para las enfermedades crónicas severas (cáncer) y para los tratamientos específicos de dichas enfermedades, (quimioterapia). Dados los resultados del estudio sobre sintomatología clínica en los padres, las sugerencias de este estudio se refieren a la conveniencia de su aplicación.

Por otro lado, las posteriores investigaciones podrían ahondar en estudiar cuales son las características más relevante en el caso de la enfermedad crónica del niño que afectan al desarrollo de los síntomas clínicos (personalidad de los padres, ansiedad situacional o estrés crónico de los padres con independencia de la hospitalización del hijo).

En cuanto a los niños, como hemos visto a lo largo de la investigación, aquellos que presentaban enfermedades graves utilizaron el afrontamiento positivo de Búsqueda de apoyo en personas cercanas, ello sirvió para mitigar la ansiedad ante una situación de IQ. En el caso de los niños poco graves, la estrategia de afrontamiento Huida intrapunitiva ha favorecido mayores niveles de depresión y ansiedad y ello a pesar de tener menos síntomas de estrés que los niños graves. Esto nos hace pensar que la IQ en sí misma provoca ansiedad y reacciones posquirúrgicas relacionadas con mecanismos defensivos que se asocian a autoinculpación o no afrontamiento entre otros. Es por ello que los programas de intervención psicológica y educativa en la cirugía y hospitalización

deberían ser considerados como necesarios para neutralizar los efectos de esta situación (Ortigosa y col., 2009).

Al insistir en la importancia de la atención psicológica a los pacientes pediátricos y sus familiares consideramos la repercusión positiva sobre la mejora de la salud mental y física en general, el estrés se reduce durante la estancia hospitalaria y ello también repercute en una mejora de la salud del niño. La atención psicológica en contextos hospitalarios debe dirigirse a reducir la ansiedad en los pacientes, a mejorar las estrategias de afrontamiento y a conseguir que la estancia hospitalaria afecte lo menos posible a los niños que necesitan cuidados médicos dentro del hospital. En este sentido Ortigosa y col. (2005) aportan información sobre la eficacia de los programas psicológicos durante la hospitalización y concluyen que el abordaje psicológico de los temores relacionados con la IQ y la hospitalización mejoran sustancialmente la sintomatología clínica de los niños y sus padres cuando han recibido atención psicológica.

V. Referencias Bibliográficas

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A

Adams, M.A. (1976). A hospital play program: helping children with serious illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 46(3): 416-424.

Aho, A. y Erickson, M. (1985). Effects of grade, gender and hospitalization on children's medical fears. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 6(3): 146-153.

Ajuriaguerra, J. (1977). *Manual de Psiquiatría Infantil*. Barcelona: Masson. Reimpresión 2000.

Aláez, M., Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes en relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12(4): 525-532.

Alves, M., Ortiz, C. y Serradas, M. (2004). El método eduterapéutico como estrategia de apoyo al niño hospitalizado. *Revista de Educación*, 335: 229-246.

Arnoso, A. (2011). El poco apoyo de la población autóctona y la dificultad para llevar una vida autónoma causan estrés a los inmigrantes. *XIX Curso de Actualización Psiquiatría*. UPV. EHU. Victoria.

Atala, K., Carter, B. (1992). Pediatric limb amputation: Aspects of coping and psychotherapeutic intervention. *Child Psychiatry and Human Development*, 32 (2): 117-130.

Auerbach, S., Martinelli, M. y Mercuri, L. (1983). Anxiety information, interpersonal impacts, and adjustment to a stressful health care situation. *Journal of Personality Social Psychology*, 44(6): 1284-1296.

Azarnoff, P. y Woody, P. (1981). Preparation of children for hospitalization in acute care hospitals in the United States. *Pediatrics*, 68: 361-368.

B

Báguena, M.J., y Chisbert, M.J. (1998). El género como modulador de la evolución psicológica de los miedos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24: 329-431.

Baraibar, R. (1997). *Enfoques en pediatría, aspectos psicosociales*. Montevideo: Oficina del libro.

Basilui, C. y Sepúlveda, C. (1993). *Juego Psicoterapéutico en niños hospitalizados de 8 a 11 años*. Disertación de título no publicada, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.

Bates, T.A. y Broome, M. (1986). Preparation of children for hospitalization and surgery: A review of the literatura. *Journal of Pediatric Nursing*, 1(4): 230-239.

Benavides, G., Montoya, I. y González, R. (2000). La experiencia de la hospitalización en la infancia. En: Costa M. *El juego y el juguete en la hospitalización infantil*, pp. 35-62. Valencia: Nau Llibres.

Berenbaum, J. y Hatcher, J. (1992). Emotional distress of mothers of hospitalized children. *Journal of Pediatric Psychology*, 17(3): 359-372.

Billace, R. y Walsh, M.E. (1981). *New directions for child development: children's conceptions of health, illness and bodily functions*. San Francisco: Jossey-Bass

Blanco, J.M., Cano-Vindel, A., Camuñas, N., Miguel-Tobal, J.J., Salayero, M.T. y Pérez-Nieto, M.A (2001). La ansiedad , la ira y el estrés asistencial en el ámbito hospitalario: Un estudio sobre sus relaciones y la eficacia del tratamiento. *Ansiedad y estrés*, 7(2-3): 247-257.

Blankfield, R.P. (1991). Suggestion, relaxation, and hypnosis as adjuncts in the care of surgery patients: a review of the literature. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 33(3): 172-185.

Bolig, R., Brown, R.T. y Kuo, J.H. (1992). A comparison of never-hospitalized and previously hospitalized adolescents: Self-esteem and locus of control. *Adolescence*, 27(105): 227-234.

Bowlby, J. (1982). *Los cuidados maternos y la salud Mental*. (4ª ed.). Buenos Aires: Hvmánitas.

Bowlby J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires : Paidós.

Brennan, A. (1994). Caring for children during procedures: a review of the literature. *Pediatric nursing*, 20(5): 451-458.

Brewster, A.B. (1982). Chronically ill hospitalized children's conceptions of their illness. *Pediatrics*, 69: 355-362.

Brió, M.C. (2007). *Psicofarmacología y Neurociencia en Pediatría*. Bs As : Sciens Editorial.

Brodie, B. (1974). Views of healthy children toward illness. *American Journal of Public Health*, 64(12): 1156-1159.

Brophy, C.J. y Erickson, M.T. (1990). Children's self-statement and adjustment to elective outpatient surgery. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 11(1): 13-16.

Brotman, E. y Weisz, J.R (1988). How to feel better when it feels bad: Children's perspectives on coping with everyday stress. *Developmental Psychology*, 24(2): 247-253.

Burney, E., Hammen, C., Minasian, G. y Jones, M. (1993). Communication styles of children and mothers with effective disorders, chronic medical illness and normal controls: A contextual perspective. *Journal of abnormal Child Psychology*, 21(1): 51-63.

C

Campbell , LA., Kirkpatrick, SE., Berry, ChC. y Lamberti, JJ. (1995). Preparing children with congenital heart disease for cardiac surgery. *Journal of Pediatric Psychology*, 20(3): 313-328.

Carrobes, J.A. y Pérez-Pareja, J. (1999). *Escuela de padres. Guía práctica para evitar problemas de conducta y mejorar el desarrollo infantil*. Madrid: Pirámide.

Carvallo,Y. (2005). Causas y alteraciones del desarrollo y afectaciones de las alteraciones del desarrollo infantil en el área psicológica. En *El desarrollo del aprendizaje y lenguaje en la infancia (cap. IV)*. Recuperado el 15 de Abril de 2007, de <http://www.educacioninicial.com/ei/contenidos/00/0500/508.ASP>.

Castro, E.K y Moreno-Jiménez, B. (2007). Resiliencia en niños enfermos crónicos: aspectos teóricos. *Psicología em Estudio*, 12(1): 81-86.

CIE-10. (1993). *Clasificación Internacional de enfermedades, OMS*. Madrid: Panamericana.

Cohen, LL., Bernard, R., Greco, L. y McClellan C. (2002). A child- focused intervention for coping with procedural pain: Are parent and nurse coaches necessary?. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(8): 749-57.

Cruz, M. (1999). Fundamentos actuales de la terapéutica del dolor en Pediatría. Conferencia. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León*, 39(169): 186-196.

Cuadrado, S.P., Avalora, N.M., Sánchez, A.R., Fernández, Y.S., Alonso, C.R.P. Y Bertolo, J.D. (1999). *Características cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis, 177-224.

D

D'Antonio, I.J. (1984). Therapeutic use of play in hospitals. *Nursing clinics of North America*, 19(2): 351-359.

Daniels, D.S. (1987). Psychosocial risk and resistance factors among children with chronic illness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 259-308.

Deasy, P. (1993). School Issues and the child with cancer. *Cáncer*, 71(10): 3261-3264.

Del Barrio, V. (1994). Preparación de sujetos para intervenciones médicas estresantes. *Apuntes de Psicología*, 40: 7-20.

Del Barrio, V. (2003). Estrés y salud. En J.M. Ortigosa-Quiles, M.J. Quiles-Sebastián, F.X. Méndez-Carrillo [Coordinadores]. *Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia*. España: Pirámide.

Del Barrio, V. y Mestre, V. (1989). Evaluación psicológica en niños hospitalizados. *Revista de Psicología de la Salud*, 1(2): 83-103.

Denholm, C.J. (1988). Positive and negative experiences of hospitalized adolescents. *Adolescence*, 23(89): 115-126.

Derogatis, L.R. (1983). *SCL-90-R: Administration, scoring, and procedures manual II*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.

Desmond, D. y MacLachlan, M. (2006). Coping strategies as predictors of psychosocial adaptation in a sample of elderly veterans with acquired lower limb amputations. *Social Science and Medicine*, 62(1): 208-16.

Devine, E.C. y Cook, T.D. (1986). Clinical and Cost-Saving effects of psychoeducational interventions with surgical patients: a meta-analysis. *Research Nursing and Health*, 9(2): 89-105.

Díe-Trill, M. (1993). *Efectos psicosociales del cáncer en el enfermo pediátrico y su familia*. I Jornadas Internacionales de Atención Multidisciplinar al Niño con Cáncer. Valencia. España.

Dobbs, B. y Poletti, R. (1981). *Vivir el hospital*. Barcelona: Rol.

Dong, Q., Xia, Y., Lin, L., Yang, B. y Ollendick, T.H. (1995). The stability and prediction of fears in chinese children and adolescents: A one year follow up. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(5), 819-831.

DSM-IV-R. (2005). TR. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Texto Revisado. Barcelona: Masson .

E

Edwinson, M., Arnjörnson, E. y Ekman, R. (1988). Psychologic preparation program for children undergoing acute appendectomy. *Pediatrics*, 82(1): 30-36.

Ellerton, ML. y Merriam, C. (1994). Preparing children and families psychologically for day surgery: an evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6): 1057-1062.

Erikson, S.J. y Steiner, H. (2001). Trauma and personality correlates in long term paediatric cancer survivors. *Child Psychiatric and Human Development*, 31(3): 195-213.

Eysenck H.J. y Eysenck S.B.G. (1978). *Cuestionario de personalidad EPQ-J*. Madrid: TEA.

F

Fernández-Castillo, A. (1998). Diseño ambiental y funcional de un servicio de urgencias sanitarias: aportaciones de la Psicología Social. En M.J. Vilchez, A. Fernández-Castillo, F. Jiménez, J. Martínez y A. Hermoso (Eds). *Manual de Urgencias* (pp. 1-12). Barcelona: Masson.

Fernández-Castillo, A. y Arco Tirado, J. L. (2004). Dificultades ligadas a problemas motóricos y de salud. En J.L. Arco Tirado y A. Fernandez Castillo (eds.). *Manual de evaluación e intervención psicológica en necesidades educativas especiales*, pp. 223-276. Madrid: McGraw Hill / Interamericana.

Fernández-Castillo, A. y López-Naranjo, I. (2006). Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización / Transmission of emotions, fear, and infantile stress in hospitalization. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3): 631-645.

Fernández-Castillo, A. y López-Naranjo, I. (2006). Estrés en padres e hijos en la hospitalización infantil. *Infocoponline: Revista de Psicología*. Recuperado el 10 de Mayo 2007 de: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=686&cat=38

Fernández-Castillo, A., López-Naranjo, I. y Vilchez-Lara M.J. (2009). Alteraciones emocionales y hospitalización infantil: contagio entre padres e hijos. *Revista de Psicología general y aplicada*, 62:(4), 253-264.

Fernandez-Castillo, A. y Vilchez-Lara, M.J. (2009). Necesidades percibidas en la atención hospitalaria pediátrica a inmigrante según la opinión profesional: Estudio Cualitativo. *Intervención Psicosocial*, 18(2): 153-164.

Field, T., Alpert, B., Vega-Lahr, N., Goldstein, L. y Perry, S. (1988). Hospitalization stress in children: Sensitizer and repressor coping styles. *Journal Health Psychology*, 7(5): 433-445.

Flórez, J.A y Valdés, C. (1989). Ambiente hospitalario y ansiedad infantil. *Revista de Pediatría*, 57: 11-13.

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.

Fredrickson, B.L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2(3): 300-319.

Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotion in positive psychology: The broaden and build theory of positive emotion. *American Psychologist*, 56(3): 218-226.

Fredrickson, B.L. y Branigan, C. (2000). Positive emotions. En: T. J. Mayne y G. A. Bonanno (Eds.). *Emotion: current issues and future directions*, pp. 123- 151. Nueva York; Guilford Press.

Frydenberg, E., y Lewis, R. (1990). How Adolescents Cope with Different Concerns: The Development of the Adolescent Coping Checklist (ACC). *Psychological Test Bulletin*, 3(2): 63-73.

Frydenberg, E., y Lewis, R. (1997). *ACS Escalas de afrontamiento para adolescentes*. Adaptación española de Jaime Pereña y Nicolás Seisdedos. Madrid: TEA Ediciones.

G

Gallar, M. (2002). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Madrid: Thomson.

Gálvez, A.B., Méndez, J. y Martínez, C. (2005). Preparación psicológica basada en la información: manejo de la ansiedad en pediatría oncológica. *Acta pediatría México*, 26(1): 35-43.

García, R. y Barra, F. (2005). Hospitalización de niños y adolescentes [versión electrónica]. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 16(4), 236-241.

Garmezy, N. y Rutter, M. (1985). Acute reactions to stress. En M. Rutter y L. Hersov Editores. *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches*, 2: 152-176. Oxford Blackwell Scientific Publications.

Giacomantone, E. y Mejía, E. (1999). *Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico*. Buenos Aires: Paidós

Gil-Monte, P., Peiró, J.M. y Valcárcel, M.P. (1996). Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de burnout: un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de psicología Social Aplicada*, 2(6): 43-63.

Glocer, F.S. (1971). Psicoprofilaxis quirúrgica y neurosis quirúrgica en adultos. *Revista Argentina de Psicología*, 2(9): 71-89.

Goble, L.A. (2004). El impacto de la enfermedad crónica de los niños en los padres. *Pediatric Nursing*, 27(3): 153-62.

Goldberg, D. y Rinaldi, G. (1973). Psicoprofilaxis quirúrgica en cirugía del niño. *Revista de Psicoanálisis (A.P.A.)*, 30(34): 957-975.

Goldman, R. (1993). Pain management. *Archives of Disease in Childhood*, 68(3): 423-5

González, R., Calvo, A.J., Benavides, G. y Sifre, S. (1998). Pain reactions to medical procedures in hospitalized children with cáncer. Presentado en la 12th Conference of Health Psychology Society. Viena. Austria

González-Carrión, P. (2005). Experiencias y necesidades percibidas por los niños y adolescentes con cáncer y por sus familias. *Nure investigación*, 16, 1-15.

González-Gil, F. y Jenaro, C. (2007). Impacto de la hospitalización en la calidad de vida infantil. INICO-Universidad de Salamanca en *Educación y Diversidad: anuario internacional de investigación sobre discapacidad e interculturalidad*, pp. 237-256. Zaragoza: Mira Editores.

González-Simancas, J.L. y Polaino-Lorente, A. (1990). *Introducción a la Pedagogía Hospitalaria*, en González-Simancas y Polaino-Lorente, (eds.): *Pedagogía Hospitalaria*, pp.158-182. Madrid: Narcea.

Grau, C. (1990). *La atención educativa integral del niño enfermo de cáncer en la escuela inclusiva*. III Jornadas de Pedagogía Hospitalaria. Barcelona.

Grau, C. (1993). *La integración escolar del niño con neoplasias*. Barcelona. CEAC

Grau, C. y Fernández, M. (2010). Familia y enfermedad crónica pediátrica. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(2): 203-12

Grau, C. y Ortiz, M.C. (2001). *La pedagogía hospitalaria en el marco de una educación inclusiva*. Málaga: Aljibe.

Guillén, M. y Mejía, A. (2002). *Actuaciones educativas en Aulas Hospitalarias. Atención escolar al niño enfermo*. Madrid: Narcea.

Gurevich, M., Devins, G.M. y Rodin, G.M. (2002). Stress response syndromes and cancer: Conceptual and assessment issues. *Psychosomatics*, 43(4): 259-281

H

Hall, D. (1987). Social and psychological care before and during hospitalisation. Tenth International Conference of the Social Sciences and Medicine. *Social Science and Medicine*, 25(6): 721-732.

Herranz, G. (2006). Algunos aspectos del no dañar en el hospital de hoy. *Revista médica Universidad de Navarra*. 50(1): 38-40.

Holden-Lund, C. (1988). Effects of relaxation with guided imagery on surgical stress and wound healing. *Research Nursing and Health*, 11(4): 235-244.

Hyman, I. y Snook, P. (2002). *Manual for the My Worst Experience Scale (MWES)*. Los Angeles: Western Psychological Services.

I

I.N.E. (2003). *Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 2000*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.

J

Jarast, S.G. (1964). Urgencia quirúrgica y psicoanálisis. *Revista de Psicoanálisis (A.P.A.)*, 21(3): 220-226.

Jay, S.M. (1988). Invasive medical procedures: Psychological interventions and assessment. En: D.H. ROTH (ed.): *Handbook of Pediatric Psychology*, pp. 401-425. New York: Guilford Press.

Jover, S., Ponce, A., Viladoms, C. y Admetlla, I. (1983). *Psicoprofilaxi quirúrgica en la infància*. Comunicación presentada en el Col.legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya". Barcelona.

K

Kain, Z.N., Mayes, L.C., O'Connor, T.Z. y Cicchetti, D.V. (1996). Preoperative anxiety in children. *Archives Pediatrics and Adolescent Medicine*, 150(12): 1238-1245.

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.

Katz, S. (2002). When the child's illness is life threatening: Impact in the parents. *Pediatric Nursing*, 28(5): 453-463.

Krohne, H.W. y Slangen, K.E. (2005). Influence of Social Support on Adaptation to Surgery. *Health Psychology*, 24(1): 101-105.

Kuper, E. (2004). *Neurobiología y Comorbilidad del Trastorno de estrés postraumático: Un Paradigma Dimensional*. Buenos Aires: Editorial Polemos.

L

La Montagne, L.L., Hepworth, J.T. y Salisbury, M.H. (2001). Anxiety and postoperative pain in children who undergo major orthopedic surgery. *Applied Nursing Research*, 14(3): 119-124.

Lagos, E., Loubat, M., Muñoz, E. y Vera de la F., P. (2004). Estrategias de afrontamiento de padres de niños con secuelas de quemaduras visibles. *Revista de Psicología*, 13(2): 51-6.

Lansdown, R. (1996). *Children in Hospital. A Guide for Family and Carers*. Oxford: Oxford University Press.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ed. Martinez Roca.

León, J., Medina, S., Cantero, F., Rueda, S. y Avargues, M. (2000). Diseño, aplicación y evaluación de un programa de preparación psicosocial para la cirugía. *Journal of Health Psychology*, 12(2): 15-53.

Leserman, J., Stuart, E.M., Mamish., M.E. y Benson, H. (1989). The efficacy of the relaxation response in preparing for cardiac surgery. *Behavioral Medicine*, 15(3): 111-117.

Lizasoáin, O. (2000). *Educando al niño enfermo. Perspectivas de la Pedagogía Hospitalaria*. Pamplona: Eunate.

Lizasoáin, O. y Polaino-Lorente, A. (1992). Efectos y manifestaciones psicopatológicas de la hospitalización infantil. *Revista Española de Pediatría*, 48(1): 52-60.

Longo, D.C. y Williams, R.A. (1982). *La práctica clínica en enfermería psicosocial. Evaluación e intervención*. Madrid: Alambra.

López de Dicastillo, O. y Cheung, P. (2004). La enfermería infantil y los cuidados centrados en la familia. *Enfermería Clínica*, 14(2): 83-92.

López-Naranjo, I. (2011). *Alteraciones emocionales en la hospitalización infantil: Análisis Psicoevolutivo*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.

López-Naranjo, I. y Fernández-Castillo, A. (2004). Aspectos psicosociales y evolutivos en la hospitalización infantil. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 14(3): 5-28.

López Roig, S. (1995). Preparación Psicológica del paciente quirúrgico. *Ciencias Psicosociales Aplicadas II*, pp. 99-108. Madrid: Ediciones Síntesis.

López- Roig, S. Pastor, M.A., Rodríguez, J., Sánchez, S. y Belmonte, J. (1991). Ansiedad y cirugía: Un estudio con pacientes oftalmológicos. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 44: 87-93.

Lozano, M.A. (1996). *Variables que inciden en la ansiedad experimentada por pacientes hospitalizados y valoración de dos programas alternativos de reducción de la ansiedad*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.

Lugo-Vicente, H.L. (2001). *Cirugía infantil pediátrica. Para padres y el público en general*. (<http://home.coqui.net/titolugo/news.htm>).

M

Maguire, G.P. (1983). Aspectos psicológicos y sociales de las neoplasias malignas en la infancia. *Anales Nestlé*, 69: 31-42.

Manne, S.L., Bakeman, R., Jacobsen, P y Redd, W (1993). Children's coping during invasive medical procedures. *Behavior Therapy*, 24(1): 143-158.

Markland, D., Hardy, L. (1993). Anxiety, relaxation and anaesthesia for day-case surgery. *British Journal Clinical Psychology*, 32(4): 493-504.

Martínez, F. y Valiente, J. (1994). Marcadores fisiológicos y psicológicos de la ansiedad prequirúrgica. *Revista de Cirugía Española*, 56(2): 140-144.

MEC. Ministerio de Educación y Ciencia. (1998). Programa de Nuevas Tecnologías de la información y de la comunicación. Teleeducación en Aulas Hospitalarias.

Meijer, S.A, Sinnema, G., Bijstra, J.O, Mellenbergh, G.J y Wolters, W.H. (2002). Coping styles and locus of control as predictors for psychological adjustment of adolescents with a chronic illness. *Social Science Medicine*, 54(9): 1453-61.

Melamed, B.G., Dearborn, M. y Hermezc, D. (1983). Necessary considerations for surgery preparation: Age and previous experience. *Psychosomatic Medicine*, 45(6): 517-525.

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(4): 511-21.

Méndez, F.X. (2002). *Miedos y temores en la infancia: ayudar a los niños a superarlos*. Madrid: Pirámide.

Méndez, F.X., Inglés, C.J., Hidalgo, M.D., García-Fernández, J.M. y Quiles, M.J. (2003). Los miedos en la infancia y la adolescencia: un estudio descriptivo. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 13.

Méndez, F.X., Orgilés, M. y Espada, J.P. (2004). Escenificaciones emotivas para la fobia a la oscuridad: un ensayo controlado. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(3): 505-520.

Méndez, F.X. y Ortigosa, J. M. (1997). Estrés y hospitalización infantil. En M. I. Hombrados (ed.), *Estrés y salud*, pp. 523-545. Valencia: Promolibro.

Méndez, F.X. y Ortigosa J.M. (2000). Estrés por hospitalización. En: Ortigosa JM, Méndez FX, eds. *Preparación psicológica a la hospitalización infantil*, pp. 31-50. Madrid: Biblioteca Nueva.

Meneghelo, J., Fanta, E., Grau, A. y Blanco, O. (2001). Situaciones en las que el pediatra debe enviar un paciente a un servicio de psiquiatría. En Meneghelo, J. *Pediatría Práctica en diálogos*, p. 1106. Buenos Aires: Médica Panamericana.

Meursing, A.E.E. (1999). Anaesthesia for day care surgery, patient selection, evaluation, preoperative preparation and selection of drugs. *Acta Anaesthesiologica Belgica*, 50(1): 29-34.

Milgram, N.A. (1993). Los niños y el estrés. En Ollendick, T.H. y Hersen, M. *Psicopatología Infantil*. Barcelona: Martínez Roca.

Miranda, J., Siddique, J., Der-Martirosian, C. y Belin, TR. (2005). Depression among Latina Immigrant Mothers Separated from their Children. *Psychiatric Services*. 56(6): 717-720.

Moix, J. (1996). Ansiedad, dolor y recuperación postquirúrgica. *Revista de Cirugía Española*, 60: 337-338.

Moix J. (1996). Preparación psicológica para la cirugía en pediatría. *Archivos de pediatría*, 47(4): 211-217.

Moix, J., Lopez, E., Otero, J., Quintana, C., Ribera, C., Saas, I. y Gil, A. (1995). Eficacia de los folletos informativos para suministrar información acerca de la operación y la convalecencia. *Revista de Calidad Asistencial*, 5: 280-286.

Molina, J., Sagaseta de Ilúrdoz, M., Busto, N., Lezáun, J., Cía, M.L., Carrascosa, S. y Azanza, M.T. (2002). Tratamiento del dolor en pediatría hospitalaria". *Anales Sistema Sanitario de Navarra*, 25(1): 37-45.

Montoya, I., Zaragoza, C., García, C. y González, R. (2005). Manifestaciones conductuales de distrés postquirúrgico en cirugía mayor ambulatoria pediátrica. *Asecma*, 4.

Moñiz, M.V., Vaz-Leal, F.J. y Vázquez-Rueda, F. (2000). Evaluación de la respuesta psicológica perioperatoria en la cirugía de corta estancia hospitalaria. *Anales españoles de Pediatría*, 53(3), 229-233.

Mulhern, R., Fairclough, D., Douglas, S.M. y Smith, B. (1994). Physical distress and depressive symptomatology among children with cancer. *Children's Health Care*, 23(3): 167-79.

N

Nagy, M.H. (1951). Children's ideas on the origin of illness. *Health Education Journal*, 9: 6-12.

Nagy, M.H. (1952). Children's ideas on the activity of germs. *Health Education Journal*, 10: 15-20.

Novas, S. (2009). *Intervención en situación de desastre y trauma*. Curso de urgencias en psicopatología infantil. Hospital Gutiérrez. Buenos Aires.

O

O'Byrne, KK., Peterson, L. y Saldana, L. (1997). Survey of Pediatric Hospitals' Preparation Programs: Evidence of the Impact of Health Psychology Research. *Health Psychology*, 16 (2): 147-154.

Ochoa, B. y Polaino-Lorente, A. (1999). El estrés de los padres como consecuencia de la hospitalización de sus hijos: una revisión. *Estudios de Psicología*, 63/64: 147-161.

Olivares, J.F., Méndez, F.X. y Ros, M.C. (2002). El entrenamiento de padres en contextos clínicos y de la salud. en Cavallo y Simón (dir.): *Manual de Psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos*, pp. 127-156. Madrid: Pirámide.

Olivares, J., Rosa, A. y Sánchez-Meca, J. (2000). Meta-análisis de la eficacia de las habilidades de afrontamiento en problemas clínicos y de la salud en España. *Anuario de Psicología*, 3(1): 43-61.

Orejudo, S. y Froján, M. (2005). Síntomas somáticos: predicción diferencial a través de variables psicológicas, sociodemográficas, estilos de vida y enfermedades. *Anales de Psicología*, 21(2): 276- 85.

Oremland, E.K. (1988). Mastering developmental and critical experiences through play and other play and other expressive behaviors in childhood. Special Issue: Play in health care setting. *Children's Health Care*, 16(3): 150-156.

Oros, L.B. y Vogel, G.K. (2005). Eventos que generan estrés en la infancia: diferencias de sexo y edad. *Enfoques*, 17(1): 85-101.

Ortigosa, J.M. y Méndez, F.X. (1998). Procedimientos de preparación psicológica a la cirugía en hospitales infantiles: un estudio de ámbito nacional. *Revista de Psicología y Salud*, 10(1):79-96.

Ortigosa, J. y Méndez, F. (2000). *Hospitalización infantil. Repercusiones psicológicas*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Ortigosa, J.M., Méndez, F.X. y Quiles, M.J. (1999). Preparación psicológica a la hospitalización en España. *Acta Pediátrica Española*, 57(1): 15-20.

Ortigosa, J.M., Méndez, F.X. y Riquelme, A. (2009). Afrontamiento Psicológico de los procedimientos médicos invasivos y dolorosos aplicados en el tratamiento del cáncer infantil y adolescente: La perspectiva cognitivo-conductual. *Psicooncología*, 6(2-3): 413-428.

Ortigosa, J.M., Méndez, F. y Sánchez, J. (2000). Preparación psicológica a la cirugía infantil: modelado filmado versus entrenamiento en habilidades de afrontamiento. *Anales de modificación de conducta*, 26(105): 57-79.

Ortigosa, J.M., Quiles, M.J., Méndez, F.X. y Pedroche, S. (2000). Miedos infantiles hospitalarios: un estudio con niños hospitalizados y no hospitalizados. *Ansiedad y Estrés*, 6(1): 61-70.

Ortigosa, J.M., Sánchez, J. y Riquelme, A. (2005). *Child Surgery preparation: efficacy of psychological attention programs*. Granada, 2005. Comunicación presentada en IX European Congress of Psychology.

Ortiz, A.L. (2006). Ansiedad y miedos en niños ante la hospitalización. Investigación, intervención, programas y técnicas. *Revista de la Facultad de Psicología Universidad Cooperativa de Colombia*, 3(3): 84-100.

Ortiz, M.C. y Serradas, M. (2002). Atención educativa al niño hospitalizado. En *La universidad en la formación del profesorado, una formación a debate*: Congreso Nacional de Educación. Burgos, 17 - 20 Octubre, pp. 459.

Ortiz, M.C., Serradas, M. y Alves, M. (2004). El método eduterapéutico como estrategia de apoyo al niño hospitalizado. *Revista de educación*, 335: 229-246.

P

Palomo, M.P. (1995). *El niño hospitalizado*. Madrid: Pirámide.

Pedreira, J.L. (2001). Los Hospitales de Día en la atención de los Trastornos Mentales de la Adolescencia: Orientación terapéutica. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*, 2(1): 68-92.

Pelechano, V. (1981). *Miedos infantiles y terapia familiar-natural*. Valencia: Alfaplús.

Pelechano, V. (1984). Programas de intervención psicológica en la infancia: miedos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 10: 1-124.

Pereña, J. y Seisdedos, N. (1977). Adaptación española ACS Frydenberg, E. y Lewis, R. *Escalas de afrontamiento para adolescentes*. Madrid: TEA

Pérez, B. (1997). Un programa de apoyo escolar: Aprender a distancia para niños que padecen enfermedades graves o accidente. *Confederación Internacional de organizaciones de padres de niños con cáncer. Boletín de noticias*, 4(1).

Pérez Grande, M.D. (2000). El miedo y sus trastornos en la infancia: prevención e intervención educativa. *Aula: Revista de Enseñanza e Investigación Educativa*, 12: 123-144.

Pérez-Martín, D. (2001). Voluntariado de la Cruz Roja. Prestando ayuda. Programa de apoyo psicológico para afectados por situaciones críticas. *Intervención psicosocial*, 10 (2): 151-156.

Peterson, L. y Ridley-Johnson, C. (1980). Pediatric hospital response to survey on prehospital preparation for children. *Journal of Pediatric Psychology*, 5(1): 1-7.

Peterson, L. y Shigetomi, C. (1981). The use of coping techniques to minimize anxiety in hospitalized children. *Behavior Therapy*, 12(1): 1-14.

Polaino-Lorente, A. y Del Pozo, A. (1996). El impacto psicológico de los acontecimientos vitales estresantes en los padres de los niños cancerosos. *Acta pediátrica Española*, 54, 163-174.

Polaino-Lorente, A. y Lizasoain, O. (1992). Parental stress and satisfaction with children's hospitalization. A prospective study. *Acta pediátrica Española*, 50, 472-479

Polaino-Lorente, A., Repáraz, C. y Ochoa, B. (1997). Validación de la entrevista EPH, sobre efectos de la hospitalización infantil en los padres. *Bordón: Revista de Orientación Pedagógica*, 49(4): 393-411.

Poster, E.C. y Betz, C.L. (1983). Allaying the anxiety of hospitalized children using stress immunization techniques. *Issues in comprehensive Pediatric Nursing*, 6(4): 227-233.

Q

Quiles, M.J., Méndez, F.X. y Ortigosa, J.M. (2001). Preocupaciones prequirúrgicas: estudio empírico con población infantil y adolescente. *Anales de Pediatría*, 55(2): 129-134.

Quiles, M.J., Méndez, F.X. y Pedroche, S. (2000). Miedos infantiles hospitalarios: un estudio con niños hospitalizados y no hospitalizados. *Ansiedad y Estrés*, 6(1): 61-70.

Quiles, M.J., Ortigosa, J.M., Méndez, F. y Pedroche, S. (1999). Cuestionario de preocupaciones sobre cirugía infantil. *Psicothema*, 11: 601-609. Quiles, M.J., Méndez, F.X. y Ortigosa, J.M. (1998). *Cuestionario de Preocupaciones sobre la Cirugía Infantil. Forma Adolescentes*. MU-3697-98.

Quiles, M.J., Ortigosa, J.M., Méndez, F.X. y Pedroche, S. (2000). The child surgery worries questionnaire adolescent form. *Psychology in Spain*, 4(1): 82-87.

R

Ranf, K.M. (2011). *School stressors, personality and repercussions for mental health in children*. Tesis Doctoral. Universitat de València. Servei de Publicacions.

RD 299/1996 de 28 de febrero. Real Decreto de Ordenación de las acciones dirigidas a la Compensación de Desigualdades en Educación.

Remor, E., Ulla, S., Ramos, J.L., Arranz, P. y Hernández.-Navarro, F. (2003). La sobreprotección como un factor de riesgo en la reducción de la autoestima en niños con hemofilia. *Psiquis*, 24(4): 191-196.

Rinaldi, G. y Goldberg, D. (1969). Preparación psicoterapéutica en cirugía cardiovascular infantil. *Revista Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 15: 66-74.

Robinson, P.J. y Kobayashi, K. (1991). Development and evaluation of a presurgical preparation program. *Journal of Pediatric Psychology*, 16(2): 193-212.

Rolland, J. (2000). Familia, enfermedad y crisis. México: Gedisa.

Rodríguez, L. (s.f.). Características y déficits inherentes a la hospitalización infantil. Recuperado el 15 de abril 2007 del sitio web de la Universidad de Castilla-La Mancha de: http://www.uclm.es/profesorado/ricardo/Docencia_e_Investigacion/2/LuisRodriguez.htm

Rodríguez-Marín, J. y Zurriaga, R. (1997). *Estrés, enfermedad y hospitalización*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Rossen, B.E. y Mckeever, P.D. (1996). The behaviour of preschoolers during and after brief surgical hospitalizations. *Issues Compr Pediatr Nurs*, 19(2): 121-133.

Rutter, M. (1981). Stress, coping and development: some issues and some questions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22(4): 323-356.

Rybarczyk, B.D. y Auerbach, S.M. (1990). Reminiscence interviews as stress management interventions for older patients undergoing surgery. *The Gerontol Soc of America*, 30(4): 522-528.

S

Sánchez T. (2003). Inmigración y síndrome de estrés post-traumático. *Revista Española Pediatría*, 59(4): 367-369.

Sandín, B. (1995). *Manual de Psicopatología*. Madrid: Mc Graw–Hill.

Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1): 141-157.

Sandín, B., Chorot, P., Santed, M. y Valiente, R. (2002). Estrés y salud: relación de los sucesos vitales y el estrés diario con la sintomatología somática y la enfermedad. *Ansiedad y estrés*, 8(1): 73-87.

Sangrador, J.L. (1986). *El medio físico construido y la interacción social*. En Jiménez, F. y Aragonéz, J. (Editores). Introducción a la psicología ambiental. Madrid: Alianza.

Schiff, E. (1998). *Hijos felices*. Barcelona: Martínez Roca.

Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Boston: Butterworth.

Serradas, M. y Ortiz, M.C. (2001). Análisis de la realidad educativa en el hospital. *Atención educativa a la diversidad en el nuevo milenio*. Actas de las XVIII Jornadas de Universidades y Educación Especial, pp. 635-640.

Serradas, M., Ortiz, M.C., Estalayo, L.M. y De Manueles, J. (2002). Necesidad de asistencia educativa al niño hospitalizado. *Enseñanza: Anuario interuniversitario de didáctica*, 20: 243-258.

Serras, M. (2002). El aula hospitalaria como agente reductor de la ansiedad del niño hospitalizado. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 33(200): 27-31.

Sheldon, L. (1997). Hospitalising children a review of the effects. *Nursing Standard*, 12(1): 44-47.

Sierra, P. (s.f.). Calidad de vida en el niño Hospitalizado. *Revista de la Sociedad Colombiana de Pediatría*. Recup. el 20 de Mayo de http://encolombia.com/pediatria34299_actitudes29.htm.

Sierrasesúmaga, L. (1997). La discontinuidad del paciente oncológico. Información a los padres y/o niños oncológicos. En: Lizasoáin, O. y Ochoa, B. editores. *La discontinuidad en la vida del niño enfermo y hospitalizado. Una respuesta desde la pedagogía hospitalaria*, pp. 49-66. Pamplona. Newbook Ediciones.

Sloper, P. (2000). Predictor of distress in parents of children with cancer: a prospective study. *Journal of Pediatric Psychology*, 25(2): 79-91.

Small, L. (2002). Early predictors of poor coping outcomes in children following intensive care hospitalization and stressful medical encounters. *Pediatric Nursing*, 28(4): 393-401.

Spielberger, C.D. (1973). *Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo para niños, STAIC*. Palo Alto. CA. Consulting Psychologists Press.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. Lushene, R.E. (1997). STAIC. *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones.

Spirito, A., Stark, L., Gil, K. y Tyc, V. (1995). Coping with everyday and disease-related stressors by chronically ill children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(3), 283-290.

Spitz R. (1965). *El primer año de vida en el niño*. Madrid: Aguilar.

Strachan, R.G. (1993). Emotional responses to paediatric hospitalisation», en *Nursing Strategies of managing childhood problems*. American Psychological Association, Washington D.C., study» en *International Journal of Nursing Studies*, 21: 51-57.

I

Thompson, R.H. (1986). Where we stand: Twenty years of research on pediatric hospitalization and health care. *Children's Health Care*, 14(4): 200-210.

Torre, S. (2000). Estrategias creativas para la educación emocional. *Revista Española de Pedagogía*, 58(217): 543-571.

Torres, I., Saldíva, A., Beltrán, J., Vázquez, F., y Navarro, A. (2011). La hospitalización, cirugía, salud y enfermedad en los niños, una experiencia saturada de emociones. *Revista electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 1(3). Mayo-Agosto 2011.

Trianes, M.V. (2002). *Estrés en la infancia*. Madrid: Narcea.

Trute, B. y Hierbert-Murphy, D. (2002). Family adjustment to childhood developmental disability: a measure of parent appraisal of family impacts. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(3): 271-280.

Turner, S.M., Beidel, D.C., Roberson-Nay, R., y Tervo, K. (2003). Parenting behaviors in parents with anxiety disorders. *Behavior Research and Therapy*, 41(5): 541-554.

Twardosz, S., Weddle, K., Borden, L., y Stevens, E. (1986). A comparison of three methods of preparing children for surgery. *Behavior Therapy*, 17(1): 14-25.

U

Ullan, A.M y Hernández (2005). *Los niños en los hospitales. Espacios, tiempos y juegos en la hospitalización infantil*. Salamanca. Tempora.

V

Valdés, C.A. y Flórez, J.A. (1995). *El niño ante el hospital, programas para reducir la ansiedad hospitalaria*. Oviedo: Servicio de publicaciones de la Universidad de Oviedo.

Valencia, M.R. y Andrade, P. (2005). Validez del Youth Self Report para problemas de conducta en niños mexicanos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3): 499-520.

Valiente, R.M., Sandín, B., Chorot, P. y Tabar A. (2003). Diferencias según la edad en la prevalencia e intensidad de los miedos durante la infancia y la adolescencia: datos basados en el FSSC-R. *Psicothema*, 15(3): 414-419.

Veldman, G.R., Matley, S.L., Kendall, C. (2000). Illness understanding in children and adolescents with heart disease. *Heart*, 84: 395-399.

Vernon, D., Schulman, J y Foley, J. (1966). Changes in children's behavior after hospitalization. *American Journal of Diseases in Children*, 111(6): 581-593.

Viar, M., Bereziartua, JA y Rodríguez, R. (2005). Programa de preparación psicológica para la cirugía infantil: "Un día en el hospital: mañana me operan". En: AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría 2005*, pp. 239-244. Madrid: Exlibris Ediciones; 2005.

Vila, A., Zaragoza, C., García, V., Olavarrieta, I., García-Aguado, R. y Cervera, P. (2000). Psicoprofilaxis quirúrgica en cirugía mayor ambulatoria. *Cirugía Mayor Ambulatoria*, 5(3): 157-159.

Voepel, T., Tait, A.R. y Malviya, S. (2000). Separation and induction behaviors in children: are parents good predictors? *Journal Perianesthesia Nursing*, 15(1): 6-11.

W

Watson, D., Clark, L.A. y Tellegen, A. (1988a). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6): 1063-1070.

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.

Williams, K. y McGillicuddy, D. (2000). Coping Strategies in Adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 20(4): 537-549.

Wolfer, J.A. y Visintainer, M.A. (1975). Pediatric surgical patients' and parents' stress responses and adjustment. *Nursing Research*, 24(4):244-255.

Z

Zetterström, R. (1984). Responses of children to hospital. *Acta Paediatrica Scandinavia*, 73(1): 289-295.

ANEXO I

1. Hoja de solicitud al Hospital la Fe de Valencia para realizar la investigación.

Universidad de Valencia
Facultad de Psicología
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos

Valencia 24 de Marzo 2009

A la atención del Dr. Minguez del Hospital La Fe de Valencia

D^a María José Báguena Puigcerver con DNI 22518145-H Doctora en Psicología, Catedrática de psicología en el Departamento de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos de la Facultad de Psicología de Valencia es Tutora y Directora de la Tesis Doctoral de Amparo Fuster Navarro. Psicóloga, DNI 22528368-Y

La investigación trata sobre la aparición de estrés en los niños y sus progenitores asociado a la intervención quirúrgica.

Firmado

M^a José Báguena Puigcerver

2. Instrumentos para la recogida de información: Familia. Hoja de especificación para familia y niños del ingreso hospitalario.

Fecha del ingreso:.....

Sexo niño/ niña:.....Edad niño/a.....

Realiza el test: Padre – Madre – Tutor/a

Lugar donde reside (localidad):Nacionalidad:.....

Nivel de estudios: Primarios.....Medios..... Universitarios.....

Profesión.....

Motivo del ingreso:.....

Tipo de Intervención Quirúrgica.....

Tiempo de permanencia en el Hospital:.....

Ingresos hospitalarios previos y número de ingresos

- 0- ningún ingreso
- 1- un ingreso
- 2- dos ingresos
- 3- tres ingresos
- 4- múltiples ingresos

Señalar con una cruz:

¿Cómo se siente respecto a la intervención quirúrgica de su hijo?

- 0 - Nada preocupado
- 1 - Un poco preocupado
- 2 - Bastante preocupado
- 3 - Muy preocupado

¿Que expectativas (emociones) tiene ante la intervención quirúrgica?

(0 nada y 7 mucho)

Alegría.....	0	1	2	3	4	5	6	7
Esperanza.....	0	1	2	3	4	5	6	7
Tranquilidad.....	0	1	2	3	4	5	6	7
Disgusto.....	0	1	2	3	4	5	6	7
Irritación.....	0	1	2	3	4	5	6	7
Temor.....	0	1	2	3	4	5	6	7

3. EPQ-J Escalas E y N

EPQ-J

Escalas E y N

1. ¿Te agrada que haya mucha animación a tu alrededor?	Si No
2. ¿Cambia tu estado de humor con facilidad?	Si No
3. Cuando la gente te habla ¿respondes en general rápidamente?	Si No
4. ¿Te aburres con facilidad?	Si No
5. ¿Frecuentemente te gusta estar solo?	Si No
6. ¿Te vienen ideas a la cabeza que no te dejan dormir por la noche?	Si No
7. ¿Eres muy alegre y animoso?	Si No
8. ¿Hay muchas cosas que te molestan?	Si No
9. ¿Tienes muchos amigos?	Si No
10. ¿Te sientes alguna vez triste sin motivo para ello?	Si No
11. ¿Te gustaría explorar un viejo castillo en ruinas?	Si No
12. ¿A menudo piensas que la vida es muy triste?	Si No
13. ¿Te gusta hacer cosas en las que tengas que actuar con rapidez?	Si No
14. ¿Te molesta mucho que los mayores te nieguen lo que pides?	Si No
15. ¿Te gustaría actuar en una comedia organizada en el colegio?	Si No
16. ¿Te sientes herido fácilmente cuando los demás encuentran faltas en tu conducta o trabajo?	Si No
17. ¿Crees que debe ser muy divertido hacer esquí acuático?	Si No
18. ¿Te sientes frecuentemente cansado sin ningún motivo para ello?	Si No
19. En general, ¿eres tú quien da el primer paso al hacer un nuevo amigo?	Si No
20. Al acabar de hacer algo, ¿piensas, generalmente, que podrías haberlo hecho mejor?	Si No

ANEXO I

21. ¿Te gusta contar chistes o historietas divertidas a tus amigos?	Si No
22. ¿Tienes muchas aficiones o te interesas por muy diferentes cosas?	Si No
23. ¿Algunas cosas te hieren y ponen triste con facilidad?	Si No
24. En una fiesta o reunión, ¿te quedas mirando en vez de divertirte y jugar?	Si No
25. ¿Frecuentemente te sientes ^Harto de todo^?	Si No
26. ¿Te gusta hacer cosas que te dan un poco de miedo?	Si No
27. ¿A veces te encuentras tan intranquilo que no puedes quedarte sentado mucho rato en una silla?	Si No
28. ¿Te gusta estar con los demás chicos y jugar con ellos?	Si No
29. ¿Te gustaría ser paracaidista?	Si No
30. ¿Te preocupas durante mucho tiempo cuando crees que has hecho una tontería?	Si No
31. ¿Puedes despreocuparte de otras cosas y divertirte mucho en una reunión o fiesta animada?	Si No
32. ¿Piensas frecuentemente que la vida no merece la pena vivirla?	Si No
33. ¿Normalmente tomas pronto una decisión y te pones con rapidez a hacer las cosas?	Si No
34. ¿Te distraes con frecuencia cuando estás haciendo alguna tarea?	Si No
35. ¿Te gusta zambullirte o tirarte al agua en una piscina o en el mar?	Si No
36. Cuando esta preocupado por algo, ¿te cuesta poder dormirte por las noches?	Si No
37. ¿Creen los demás que tú eres muy alegre y animoso?	Si No
38. ¿Te sientes solo frecuentemente?	Si No
39. ¿Te gusta mucho salir de paseo?	Si No
40. ¿Te resulta difícil divertirte en una reunión o fiesta animada?	Si No
41. ¿Te sientes unas veces alegre y otras triste, sin ningún motivo para ello?	Si No
42. ¿Te consideras una persona alegre y sin problemas?	Si No
43. ¿Necesitas con frecuencia buenos amigos que te comprendan y animen?	Si No
44. ¿Te gustaría montar en una motocicleta muy rápida?	Si No

4. Cuestionario de Preocupaciones sobre cirugía Infantil (CPCI).

A continuación hay una serie de situaciones que se dan cuando una persona es hospitalizada e intervenida quirúrgicamente. Puntúa el grado de preocupación que te produce utilizando la siguiente escala:

0 Nada

1 Algo

2 Moderadamente

3 Bastante

4 Muy preocupado

ME PREOCUPA...

1. Esta enfermedad de la que me han operado	0	1	2	3	4
2. No curarme totalmente de esta enfermedad	0	1	2	3	4
3. No poder hacer las mismas cosas que hacía antes de esta enfermedad	0	1	2	3	4
4. Que me hagan daño después de operando	0	1	2	3	4
5. No poder soportar el dolor producido por esta enfermedad	0	1	2	3	4
6. Morirme como consecuencia de esta enfermedad	0	1	2	3	4
7. Las inyecciones	0	1	2	3	4
8. Tener que llevar una aguja en el brazo durante horas (vía)	0	1	2	3	4
9. Que me saquen sangre	0	1	2	3	4
10. Cómo me iban a anestesiar	0	1	2	3	4
11. Qué podía sentir durante la anestesia	0	1	2	3	4
12. Cómo recuperaría la consciencia después de la anestesia	0	1	2	3	4
13. Poder despertarme durante la operación	0	1	2	3	4
14. Cómo sería el quirófano	0	1	2	3	4
15. Ir desnudo al quirófano	0	1	2	3	4
16. Separarme de mis padres debido a la operación	0	1	2	3	4
17. Qué sentiría durante la operación	0	1	2	3	4
18. Si me quedarán señales tras la operación	0	1	2	3	4
19. Saber quiénes forman el equipo quirúrgico	0	1	2	3	4
20. Qué comeré durante mi estancia en el hospital	0	1	2	3	4
21. Si mis padres podrán permanecer conmigo durante mi estancia en el hospital	0	1	2	3	4
22. Qué actividades podré realizar durante mi estancia en el hospital	0	1	2	3	4
23. Saber cuándo podré abandonar el hospital	0	1	2	3	4
24. Expresar miedo o dolor	0	1	2	3	4
25. El trato que recibiré del personal sanitario	0	1	2	3	4
26. Relacionarme con personas desconocidas	0	1	2	3	4
27. Que mis padres estén nerviosos	0	1	2	3	4

5. My Worst Experience Scale (MPE). Parte II

Piensa en **cuantas veces te has sentido o has actuado de las siguientes maneras desde tu estancia en el hospital y la intervención quirúrgica**. Pon un círculo alrededor del número que mejor lo describe. Los números significan:

- 0 = no ha sucedido
 1 = ha sucedido una vez
 2 = ha sucedido algunas veces
 3 = ha sucedido frecuentemente
 4 = ha sucedido muchas veces
 5= todo el tiempo

1. Me he enfadado mucho sin motivo aparente.	0 1 2 3 4 5
2. Me he puesto muy nervioso.	0 1 2 3 4 5
3. He molestado a otros niños/as.	0 1 2 3 4 5
4. He estado más cansado de lo que suelo estar.	0 1 2 3 4 5
5. He pensado que ya no era un chico/a tan bueno como antes.	0 1 2 3 4 5
6. He perdido el apetito.	0 1 2 3 4 5
7. Ha sido más difícil motivarme para hacer las cosas.	0 1 2 3 4 5
8. He querido estar más cerca de mi madre y padre.	0 1 2 3 4 5
9. He dejado de comer.	0 1 2 3 4 5
10. He pensado en cosas que podía hacer para vengarme de la persona que me ha hecho daño.	0 1 2 3 4 5
11. No soy tan feliz como antes.	0 1 2 3 4 5
12. He soñado despierto/a durante largos períodos de tiempo.	0 1 2 3 4 5
13. He hecho cosas que luego no recordaba haber hecho.	0 1 2 3 4 5
14. No me importa el futuro.	0 1 2 3 4 5
15. Me he puesto a llorar cuando pensaba en mi peor experiencia.	0 1 2 3 4 5
16. He pensado en cosas demasiado malas para decirlas.	0 1 2 3 4 5
17. He sentido que tenía que andar con cuidado con todo el mundo.	0 1 2 3 4 5
18. Me ha costado concentrarme en las tareas.	0 1 2 3 4 5
19. Me he enfadado rápidamente.	0 1 2 3 4 5
20. Me cuesta pensar porque recuerdo lo que ha ocurrido.	0 1 2 3 4 5
21. No puedo entusiasarme por las cosas como antes.	0 1 2 3 4 5
22. Me he mantenido alerta para que no me hieran otra vez.	0 1 2 3 4 5
23. He tenido miedo de estar solo/a.	0 1 2 3 4 5
24. Me he hecho mis necesidades encima.	0 1 2 3 4 5

ANEXO I

25. He aparentado que no me importa lo que ha pasado.	0 1 2 3 4 5
26. Me he metido en problemas en la escuela.	0 1 2 3 4 5
27. He deseado morirme.	0 1 2 3 4 5
28. He tenido pesadillas.	0 1 2 3 4 5
29. He deseado ser un niño/a pequeño/a otra vez.	0 1 2 3 4 5
30. He ignorado a mi familia.	0 1 2 3 4 5
31. He comido hasta vomitar.	0 1 2 3 4 5
32. He tratado que la gente sea amable conmigo.	0 1 2 3 4 5
33. Me han dolido zonas del cuerpo sin razón aparente.	0 1 2 3 4 5
34. He pensado en suicidarme.	0 1 2 3 4 5
35. Ya no he podido estar tranquilo/a	0 1 2 3 4 5
36. Me han dado ataques de risa o llanto que no podía controlar.	0 1 2 3 4 5
37. He pensado en lo que había pasado aún cuando no quería pensar en ello.	0 1 2 3 4 5
38. He comenzado a comer todo lo que veía.	0 1 2 3 4 5
39. He tenido miedo a la oscuridad.	0 1 2 3 4 5
40. He sentido que la vida no valía la pena.	0 1 2 3 4 5
41. Me he mantenido alejado/a de mis amigos/as.	0 1 2 3 4 5
42. He pasado mucho tiempo solo/a.	0 1 2 3 4 5
43. Me ha dolido el estómago.	0 1 2 3 4 5
44. No he querido estar con mis amigo/as.	0 1 2 3 4 5
45. No he podido pensar con claridad.	0 1 2 3 4 5
46. He tenido dificultad para dormir o quedarme dormido/a.	0 1 2 3 4 5
47. He querido estar solo/a.	0 1 2 3 4 5
48. He vomitado cuando pensaba en lo que me ha sucedido.	0 1 2 3 4 5
49. He dicho que estaba enfermo/a para no ir a la escuela.	0 1 2 3 4 5
50. Me he sentido con ganas de pelear todo el tiempo.	0 1 2 3 4 5
51. He empezado a hacer las mismas cosas una y otra vez.	0 1 2 3 4 5
52. No he podido recordar cosas sobre lo que ha pasado.	0 1 2 3 4 5
53. Me he despertado muchas veces de noche.	0 1 2 3 4 5
54. He pensado que yo era el/la único/a culpable.	0 1 2 3 4 5
55. He pensado que mi vida nunca mejoraría.	0 1 2 3 4 5
56. He tenido miedo de cualquier persona que se pareciera a la que me ha hecho daño.	0 1 2 3 4 5
57. Aparecen de repente en mi mente imágenes de lo que ha ocurrido.	0 1 2 3 4 5
58. He tenido miedo de ir a mi casa.	0 1 2 3 4 5
59. Me he mantenido alejado de la persona que me ha hecho daño.	0 1 2 3 4 5
60. Algunas veces he pensado que podía hacerme daño a mí mismo/a o a otra persona.	0 1 2 3 4 5
61. No he podido hablar de lo que ha sucedido.	0 1 2 3 4 5
62. Me he sentido como un fracasado/a.	0 1 2 3 4 5
63. No he podido controlar mis actuaciones o sentimientos .	0 1 2 3 4 5
64. Me he puesto muy nervioso/a cuando algo me ha sorprendido.	0 1 2 3 4 5

ANEXO I

65. Parece como si no me importara lo que me ha sucedido.	0 1 2 3 4 5
66. He tenido problema para tomar decisiones.	0 1 2 3 4 5
67. He tenido sueños sobre cosas que no puedo contar a nadie.	0 1 2 3 4 5
68. No he podido prestar atención a las cosas durante tanto tiempo como antes.	0 1 2 3 4 5
69. Me he mantenido alejado del lugar donde ha sucedido el hecho.	0 1 2 3 4 5
70. He tenido miedo de que alguien me tocara.	0 1 2 3 4 5
71. He querido estar solo/a.	0 1 2 3 4 5
72. He sentido que había hecho algo malo o diabólico.	0 1 2 3 4 5
73. He hecho cosas que después me han hecho sentirme mal.	0 1 2 3 4 5
74. Me he sentido solo/a.	0 1 2 3 4 5
75. He tratado de mantenerme alejado/a de las personas que estaban allí cuando ha sucedido.	0 1 2 3 4 5
76. He odiado ir a la escuela.	0 1 2 3 4 5
77. He obtenido malas notas en la escuela.	0 1 2 3 4 5
78. He tenido tics nerviosos en mi cuerpo.	0 1 2 3 4 5
79. He comenzado a tartamudear.	0 1 2 3 4 5
80. He comenzado a chuparme el dedo.	0 1 2 3 4 5
81. He tenido dolor de oídos.	0 1 2 3 4 5
82. He comenzado a comerme las uñas.	0 1 2 3 4 5
83. He comenzado a arrancarme el pelo.	0 1 2 3 4 5
84. Siempre hablo de lo que ha ocurrido.	0 1 2 3 4 5
85. Le he contestado mal a los adultos.	0 1 2 3 4 5
86. He dejado de hacer los deberes.	0 1 2 3 4 5
87. Los adultos me molestan más que antes.	0 1 2 3 4 5
88. He hecho lo que quería aunque a la gente lo le gustase.	0 1 2 3 4 5
89. He comenzado a arrancarme las pestañas.	0 1 2 3 4 5
90. He tenido problemas para recordar las cosas.	0 1 2 3 4 5
91. Me he hecho mis necesidades en la cama mientras dormía.	0 1 2 3 4 5
92. Me he preocupado más de lo normal.	0 1 2 3 4 5
93. Me ha dolido la cabeza con frecuencia.	0 1 2 3 4 5
94. No confío en la gente tanto como antes.	0 1 2 3 4 5
95. No he hecho saber a la gente cómo me he sentido.	0 1 2 3 4 5
96. He puesto cara triste.	0 1 2 3 4 5
97. Me he alejado de la gente para estar solo/a.	0 1 2 3 4 5
98. Me he sentido rabioso/a, pero no se lo he dicho a nadie.	0 1 2 3 4 5
99. He dicho cosas mezquinas a otras personas.	0 1 2 3 4 5
100. He dado portazos.	0 1 2 3 4 5
101. He comenzado a tomar alcohol.	0 1 2 3 4 5
102. He comenzado a tomar drogas.	0 1 2 3 4 5
103. He comenzado a sentir que la experiencia me estaba ocurriendo otra vez.	0 1 2 3 4 5
104. He sentido que me iba a morir.	0 1 2 3 4 5
105. Siempre estoy esperando que me pase algo.	0 1 2 3 4 5

6. Escala de Afrontamiento ACS. Forma de Adolescentes

En este Cuestionario encontrarás una lista de diferentes formas con las que la gente de tu edad suele afrontar los problemas o preocupaciones.

Deberás indicar, marcando el número correspondiente, las cosas que tú sueles hacer para enfrentarte a esas dificultades, como por ejemplo respecto **la Intervención quirúrgica**. En cada afirmación debes marcar el número 1, 2, 3, 4 o 5 según creas que es tu manera de reaccionar o de actuar. No hay respuestas correctas o erróneas. No dediques mucho tiempo a cada frase, simplemente responde lo que crees que se ajusta mejor a tu forma de actuar.

- 1 = **No me ocurre** nunca **o no lo hago**
 2 = **Me ocurre o lo hago** raras veces
 3 = **Me ocurre o lo hago** algunas veces
 4 = **Me ocurre o lo hago** a menudo
 5 = **Me ocurre o lo hago** con mucha frecuencia

1. Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema.	1 2 3 4 5
2. Dedicarme a resolver lo que está provocando el problema.	1 2 3 4 5
3. Seguir con mis tareas como es debido.	1 2 3 4 5
4. Preocuparme por mi futuro.	1 2 3 4 5
5. Reunirme con amigos.	1 2 3 4 5
6. Producir una buena impresión en las personas que me importan.	1 2 3 4 5
7. Esperar que ocurra lo mejor.	1 2 3 4 5
8. No puedo hacer nada para resolver el problema, así que no hago nada.	1 2 3 4 5
9. Llorar o gritar.	1 2 3 4 5
10. Organizar una acción o petición en relación con mi problema.	1 2 3 4 5
11. Ignorar el problema.	1 2 3 4 5
12. Criticarme a mí mismo.	1 2 3 4 5
13. Guardar mis sentimientos para mí solo.	1 2 3 4 5
14. Dejar que Dios se ocupe de mis problemas.	1 2 3 4 5
15. Acordarme de los que tienen problemas peores, de forma que los míos no parezcan tan graves.	1 2 3 4 5
16. Pedir consejo a una persona competente.	1 2 3 4 5
17. Encontrar una forma de relajarme; por ejemplo, oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión.	1 2 3 4 5
18. Hacer deporte.	1 2 3 4 5
19. Hablar con otros para apoyarnos mutuamente.	1 2 3 4 5
20. Dedicarme a resolver el problema poniendo en juego todas mis capacidades.	1 2 3 4 5
21. Asistir a clase con regularidad.	1 2 3 4 5
22. Preocuparme por mi felicidad.	1 2 3 4 5
23. Llamar a un amigo íntimo.	1 2 3 4 5
24. Preocuparme por mis relaciones con los demás.	1 2 3 4 5

ANEXO I

25. Desear que suceda un milagro.	1	2	3	4	5
26. Simplemente, me doy por vencido.	1	2	3	4	5
27. Intentar sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando drogas (no medicamentos).	1	2	3	4	5
28. Organizar un grupo que se ocupe del problema.	1	2	3	4	5
29. Ignorar conscientemente el problema.	1	2	3	4	5
30. Darme cuenta de que yo mismo me hago difíciles las cosas.	1	2	3	4	5
31. Evitar estar con la gente.	1	2	3	4	5
32. Pedir ayuda y consejo para que todo se resuelva.	1	2	3	4	5
33. Fijarme en el aspecto positivo de las cosas y pensar en las cosas buenas.	1	2	3	4	5
34. Conseguir ayuda o consejo de un profesional.	1	2	3	4	5
35. Salir y divertirme para olvidar mis dificultades.	1	2	3	4	5
36. Mantenerme en forma y con buena salud.	1	2	3	4	5
37. Buscar ánimo en otros.	1	2	3	4	5
38. Considerar otros puntos de vista y tratar de tenerlos en cuenta.	1	2	3	4	5
39. Trabajar intensamente.	1	2	3	4	5
40. Preocuparme por lo que esta pasando.	1	2	3	4	5
41. Empezar una relación personal estable.	1	2	3	4	5
42. Tratar de adaptarme a mis amigos.	1	2	3	4	5
43. Esperar que el problema se resuelva por sí solo.	1	2	3	4	5
44. Me pongo malo.	1	2	3	4	5
45. Trasladar mis frustraciones a otros.	1	2	3	4	5
46. Ir a reuniones en las que se estudia el problema.	1	2	3	4	5
47. Borrar el problema de mi mente.	1	2	3	4	5
48. Sentirme culpable.	1	2	3	4	5
49. Evitar que otros se enteren de lo que me preocupa.	1	2	3	4	5
50. Leer un libro sagrado o de religión.	1	2	3	4	5
51. Tratar de tener una visión alegre de la vida.	1	2	3	4	5
52. Pedir ayuda a un profesional.	1	2	3	4	5
53. Buscar tiempo para actividades de ocio.	1	2	3	4	5
54. Ir al gimnasio a hacer ejercicio.	1	2	3	4	5
55. Hablar con otros sobre mi problema para que me ayuden a salir de él.	1	2	3	4	5
56. Pensar en lo que estoy haciendo y por qué.	1	2	3	4	5
57. Triunfar en lo que esto haciendo.	1	2	3	4	5
58. Inquietarme por lo que me pueda ocurrir.	1	2	3	4	5
59. Tratar de hacerme amigo íntimo de un chico o una chica.	1	2	3	4	5
60. Mejorar mi relación personal con los demás.	1	2	3	4	5
61. Soñar despierto que las cosas irán mejorando.	1	2	3	4	5
62. No tengo forma de afrontar la situación.	1	2	3	4	5
63. Cambiar las cantidades de lo que como, bebo o duermo.	1	2	3	4	5
64. Unirme a gente que tiene el mismo problema.	1	2	3	4	5
65. Aislarme del problema para poder evitarlo.	1	2	3	4	5
66. Considerarme culpable.	1	2	3	4	5
67. No dejar que otros sepan cómo me siento.	1	2	3	4	5
68. Pedir a Dios que cuide de mí.	1	2	3	4	5
69. Estar contento de como van las cosas.	1	2	3	4	5
70. Hablar del tema con personas competentes.	1	2	3	4	5

ANEXO I

71. Conseguir apoyo de otros, como mis padres o amigos.	1	2	3	4	5
72. Pensar en distintas formas de afrontar el problema.	1	2	3	4	5
73. Dedicarme a mis tareas en vez de salir.	1	2	3	4	5
74. Inquietarme por el futuro del mundo.	1	2	3	4	5
75. Pasar más tiempo con el chico o chica con quien suelo salir.	1	2	3	4	5
76. Hacer lo que quieren mis amigos.	1	2	3	4	5
77. Imaginar que las cosas van a ir mejor.	1	2	3	4	5
78. Sufro dolores de cabeza o de estómago.	1	2	3	4	5
79. Encontrar una forma de aliviar la tensión; por ejemplo, llorar, gritar, beber, tomar drogas.	1	2	3	4	5

7. SCL-90-R de Derogatis.

Hasta qué punto se ha sentido molesto por el síntoma

Nada en absoluto: 0

Un poco: 1

Moderadamente: 2

Bastante: 3

Mucho o extremadamente: 4

1. Dolores de cabeza.	0 1 2 3 4
2. Nerviosismo o agitación interior.	0 1 2 3 4
3. Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente.	0 1 2 3 4
4. Sensación de desmayo o mareo.	0 1 2 3 4
5. Pérdida de deseo o de placer sexual.	0 1 2 3 4
6. Ver a la gente de manera negativa, encontrar siempre faltas.	0 1 2 3 4
7. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos.	0 1 2 3 4
8. La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás.	0 1 2 3 4
9. La dificultad para recordar las cosas.	0 1 2 3 4
10. Preocupación acerca del desaseo, el descuido o la desorganización.	0 1 2 3 4
11. Sentirse fácilmente molesto, irritado o enfadado.	0 1 2 3 4
12. Dolores en el corazón o en el pecho.	0 1 2 3 4
13. Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle.	0 1 2 3 4
14. Sentirse bajo de energías o decaído.	0 1 2 3 4
15. Pensamientos suicidas o ideas de acabar con su vida.	0 1 2 3 4
16. Oír voces que otras personas no oyen.	0 1 2 3 4
17. Temblores.	0 1 2 3 4
18. La idea de que no se puede fiar de la gente.	0 1 2 3 4
19. Falta de apetito.	0 1 2 3 4
20. Llorar fácilmente.	0 1 2 3 4
21. Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto.	0 1 2 3 4
22. La sensación de estar atrapado o como encerrado.	0 1 2 3 4
23. Tener miedo de repente y sin razón.	0 1 2 3 4
24. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar.	0 1 2 3 4
25. Miedo a salir de casa solo.	0 1 2 3 4
26. Culparse a sí mismo de todo lo que pasa.	0 1 2 3 4
27. Dolores en la parte baja de la espalda.	0 1 2 3 4
28. Sentirse incapaz de hacer las cosas o terminar las tareas.	0 1 2 3 4
29. Sentirse solo.	0 1 2 3 4
30. Sentirse triste.	0 1 2 3 4
31. Preocuparse demasiado por todo.	0 1 2 3 4
32. No sentir interés por nada.	0 1 2 3 4
33. Sentirse temeroso.	0 1 2 3 4
34. Ser demasiado sensible o sentirme herido con facilidad.	0 1 2 3 4
35. La impresión de que los demás se dan cuenta de lo que está pensando.	0 1 2 3 4

ANEXO I

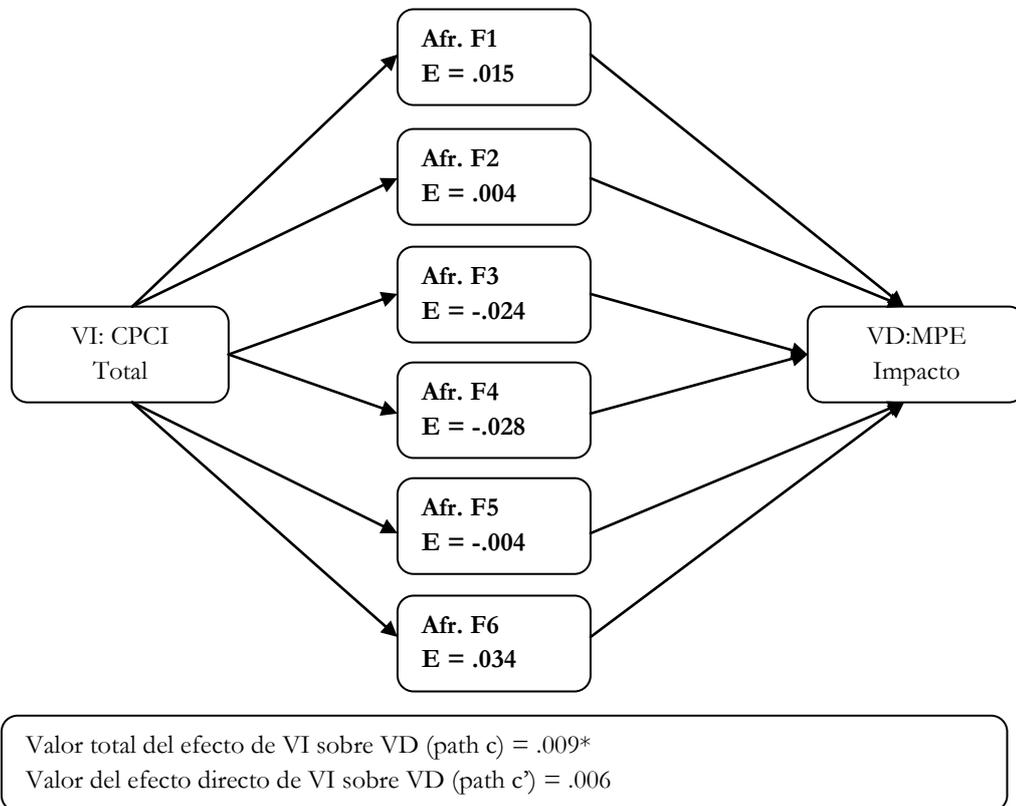
36. La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso.	0 1 2 3 4
37. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta.	0 1 2 3 4
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien.	0 1 2 3 4
39. Que su corazón palpite o vaya muy deprisa.	0 1 2 3 4
40. Náuseas o malestar en el estómago.	0 1 2 3 4
41. Sentirme inferior a los demás.	0 1 2 3 4
42. Dolores musculares.	0 1 2 3 4
43. Sensación de que otras personas le miran o hablan de usted.	0 1 2 3 4
44. Dificultad para conciliar el sueño.	0 1 2 3 4
45. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace.	0 1 2 3 4
46. Dificultad para tomar decisiones.	0 1 2 3 4
47. Sentir temor de viajar en coche, autobuses, metros o trenes.	0 1 2 3 4
48. Ahogos o dificultad para respirar.	0 1 2 3 4
49. Escalofríos, sentir calor o frío de repente.	0 1 2 3 4
50. Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo.	0 1 2 3 4
51. Que se le quede la mente en blanco.	0 1 2 3 4
52. Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo.	0 1 2 3 4
53. Sentir un nudo en la garganta.	0 1 2 3 4
54. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro.	0 1 2 3 4
55. Tener dificultades para concentrarse.	0 1 2 3 4
56. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo.	0 1 2 3 4
57. Sentirse tenso o con los nervios de punta.	0 1 2 3 4
58. Pesadez en los brazos o en las piernas.	0 1 2 3 4
59. Ideas sobre la muerte o el hecho de morir.	0 1 2 3 4
60. El comer demasiado.	0 1 2 3 4
61. Sentirme incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted.	0 1 2 3 4
62. Tener pensamientos que no son suyos.	0 1 2 3 4
63. Sentir el impulso de pegar, golpear o hacer daño a alguien.	0 1 2 3 4
64. Despertarse de madrugada.	0 1 2 3 4
65. Impulsos a tener que hacer las cosas de manera repetida (tocar algo, lavarse...).	0 1 2 3 4
66. Sueño inquieto o perturbado.	0 1 2 3 4
67. Tener ganas de romper o estrellar algo.	0 1 2 3 4
68. Tener ideas o creencias que los demás no comparten.	0 1 2 3 4
69. Sentirse muy cohibido o vergonzoso entre otras personas.	0 1 2 3 4
70. Sentirse incómodo entre mucha gente, por ejemplo en el cine, tiendas, etc.	0 1 2 3 4
71. Sentir que todo requiere mucho esfuerzo.	0 1 2 3 4
72. Ataques de terror o pánico.	0 1 2 3 4
73. Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público.	0 1 2 3 4
74. Tener discusiones frecuentes.	0 1 2 3 4
75. Sentirse nervioso cuando se queda solo.	0 1 2 3 4
76. El que otros no le reconozcan adecuadamente sus méritos.	0 1 2 3 4
77. Sentirse solo aunque esté con más gente.	0 1 2 3 4
78. Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo.	0 1 2 3 4
79. La sensación de ser inútil o no valer nada.	0 1 2 3 4
80. Presentimientos de que va pasar algo malo.	0 1 2 3 4

ANEXO I

81. Gritar o tirar cosas.	0 1 2 3 4
82. Tener miedo de desmayarse en público.	0 1 2 3 4
83. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si se lo permitiera.	0 1 2 3 4
84. Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante.	0 1 2 3 4
85. La idea de que debería ser castigado por sus pecados o sus errores.	0 1 2 3 4
86. Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo.	0 1 2 3 4
87. La idea de que algo anda mal en su cuerpo.	0 1 2 3 4
88. Sentirme siempre distante, sin sensación de intimidad con nadie.	0 1 2 3 4
89. Sentimientos de culpabilidad.	0 1 2 3 4
90. La idea de que algo anda mal en su mente.	0 1 2 3 4

ANEXO II

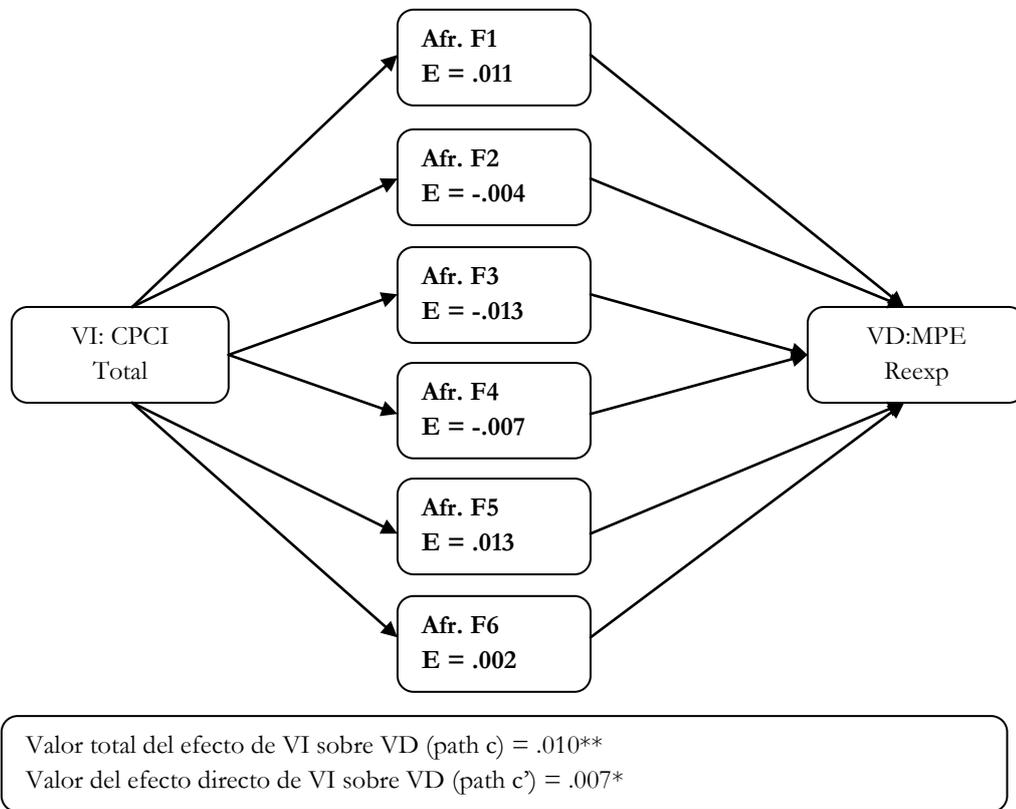
Figura 5. Efectos de los mediadores considerando la relación entre el volumen de Preocupaciones ante la Cirugía y el Impacto del Estresor: grupo poco grave (N = 85)



Variables de Mediación	Tamaño del Efecto	Error típico	Valor Z	95% Intervalo de confianza del BCA	
				bajo	Alto
Afr. F1	.0024	.0017	1.4004	-.0004	.0071
Afr. F2	-.0003	.0009	-.3476	-.0031	.0011
Afr. F3	-.0003	.0007	-.4087	-.0038	.0007
Afr. F4	.0005	.0007	.7506	-.0002	.0030
Afr. F5	-.0001	.0005	-.1782	-.0022	.0009
Afr. F6	.0001	.0008	.0944	-.0017	.0031
Total	.0023	.0019	1.2043	-.0020	.0073

Nota: F1 = Huída intrapunitiva; F2 = Acción social positiva en la solución del problema; F3 = Búsqueda de apoyo en personas cercanas; F4 = Hedonismo; F5 = Crecimiento personal; F6 = Acción personal positiva en la solución del problema. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

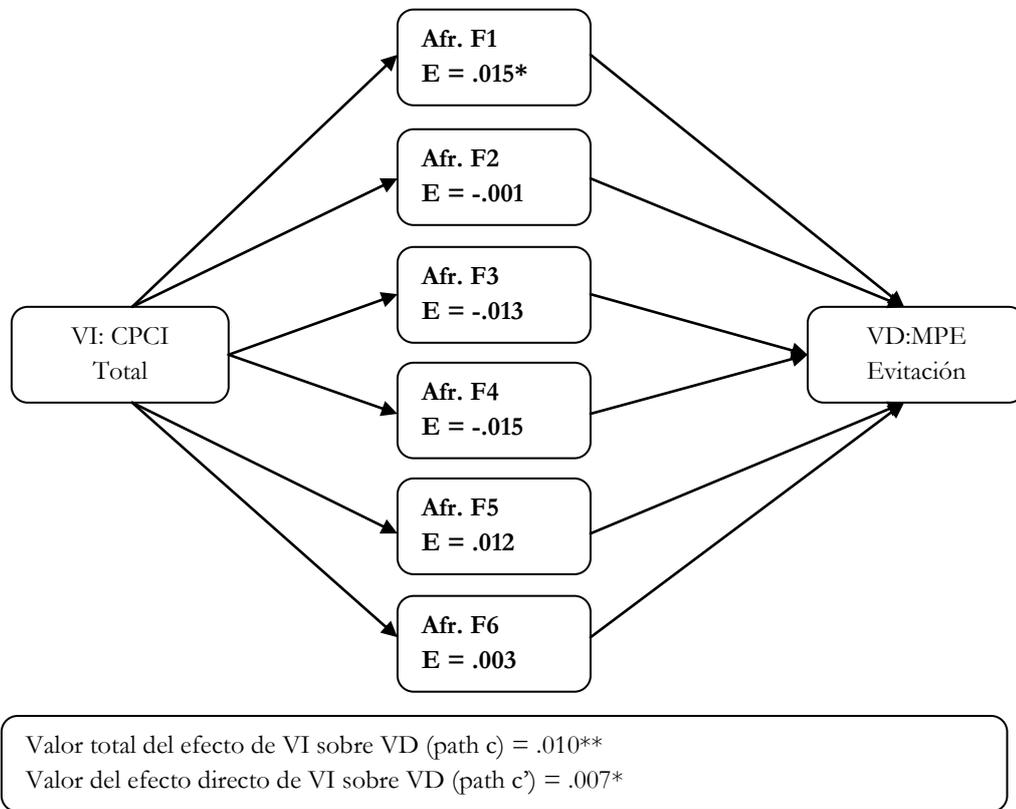
Figura 6. Efectos de los mediadores considerando la relación entre el volumen de Preocupaciones ante la Cirugía y los síntomas de Rexperimentación: grupo poco grave (N = 85)



Variables de Mediación	Tamaño del Efecto	Error típico	Valor Z	95% Intervalo de confianza del BCA	
				bajo	Alto
Afr. F1	.0018	.0012	1.5177	.0001	.0051
Afr. F2	.0004	.0006	.5660	-.0009	.0019
Afr. F3	-.0001	.0004	-.3961	-.0021	.0005
Afr. F4	.0001	.0003	.3830	-.0004	.0020
Afr. F5	.0003	.0004	.7033	-.0002	.0024
Afr. F6	.0000	.0001	.0818	-.0009	.0006
Total	.0025	.0013	1.8595	.0000	.0057

Nota: F1 = Huída intrapunitiva; F2 = Acción social positiva en la solución del problema; F3 = Búsqueda de apoyo en personas cercanas; F4 = Hedonismo; F5 = Crecimiento personal; F6 = Acción personal positiva en la solución del problema. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

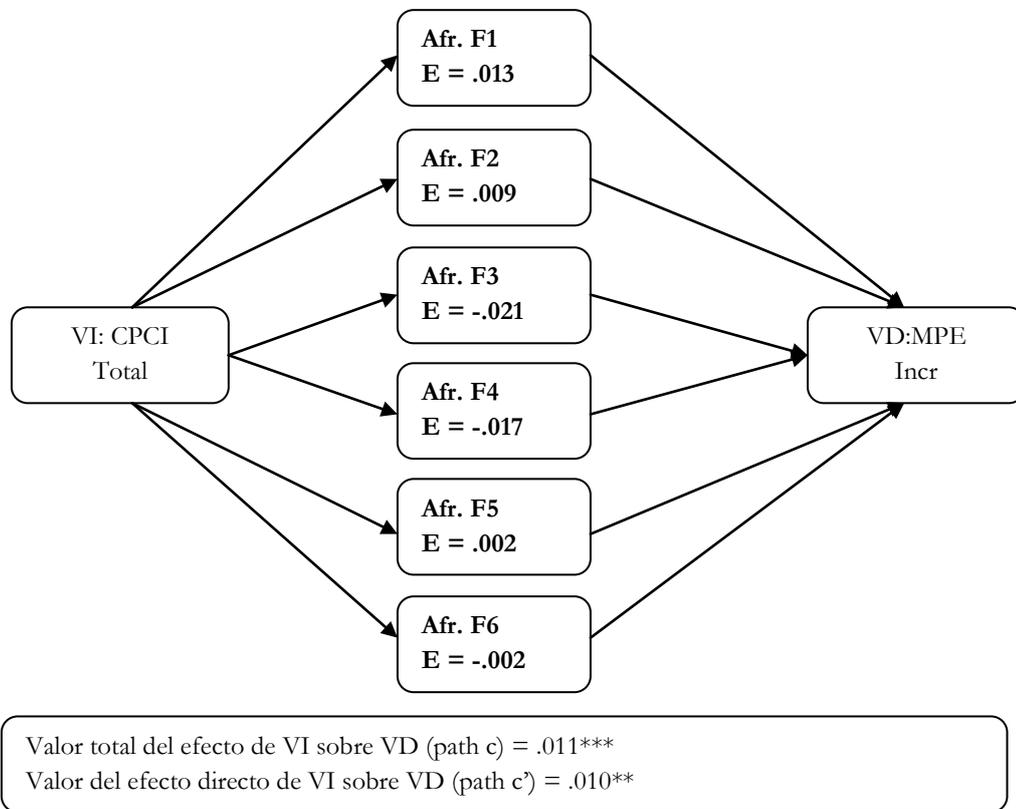
Figura 7. Efectos de los mediadores considerando la relación entre el volumen de preocupaciones ante la cirugía y los síntomas de Evitación grupo poco grave (N = 85)



Variables de Mediación	Tamaño del Efecto	Error típico	Valor Z	95% Intervalo de confianza del BCA	
				bajo	Alto
Afr. F1	.0024	.0013	1.8837	.0007	.0057
Afr. F2	.0001	.0006	.2031	-.0013	.0012
Afr. F3	-.0001	.0004	-.3970	-.0032	.0006
Afr. F4	.0003	.0004	.6735	-.0002	.0022
Afr. F5	.0003	.0004	.6635	-.0004	.0017
Afr. F6	.0000	.0001	.0859	-.0010	.0006
Total	.0029	.0014	2.1075*	.0005	.0065

Nota: F1 = Huída intrapunitiva; F2 = Acción social positiva en la solución del problema; F3 = Búsqueda de apoyo en personas cercanas; F4 = Hedonismo; F5 = Crecimiento personal; F6 = Acción personal positiva en la solución del problema. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

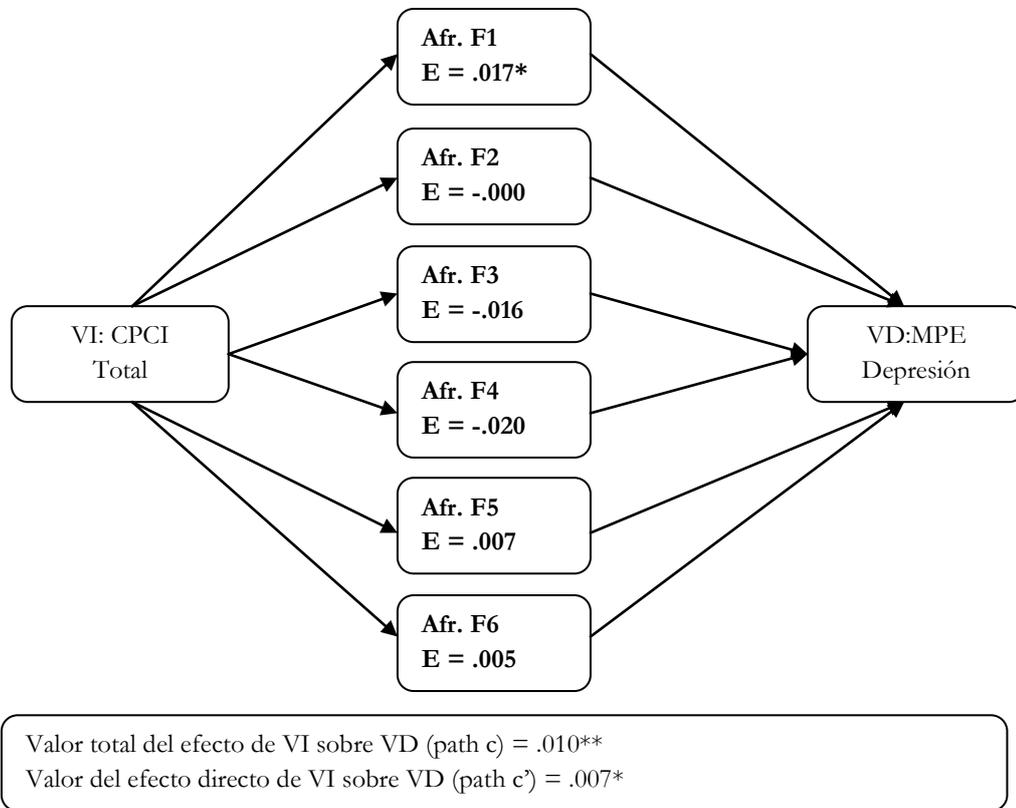
Figura 8. Efectos de los mediadores considerando la relación entre el volumen de Preocupaciones ante la Cirugía y los síntomas de Incremento de Arousal: grupo poco grave (N = 85)



Variables de Mediación	Tamaño del Efecto	Error típico	Valor Z	95% Intervalo de confianza del BCA	
				bajo	Alto
Afr. F1	.0022	.0013	1.6227	.0003	.0058
Afr. F2	-.0008	.0008	-1.0248	-.0039	.0004
Afr. F3	-.0002	.0006	-.4127	-.0028	.0007
Afr. F4	.0003	.0004	.6672	-.0003	.0023
Afr. F5	.0001	.0004	.1340	-.0008	.0017
Afr. F6	.0000	.0001	-.0776	-.0016	.0005
Total	.0015	.0015	1.0260	-.0018	.0049

Nota: F1 = Huida intrapunitiva; F2 = Acción social positiva en la solución del problema; F3 = Búsqueda de apoyo en personas cercanas; F4 = Hedonismo; F5 = Crecimiento personal; F6 = Acción personal positiva en la solución del problema. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

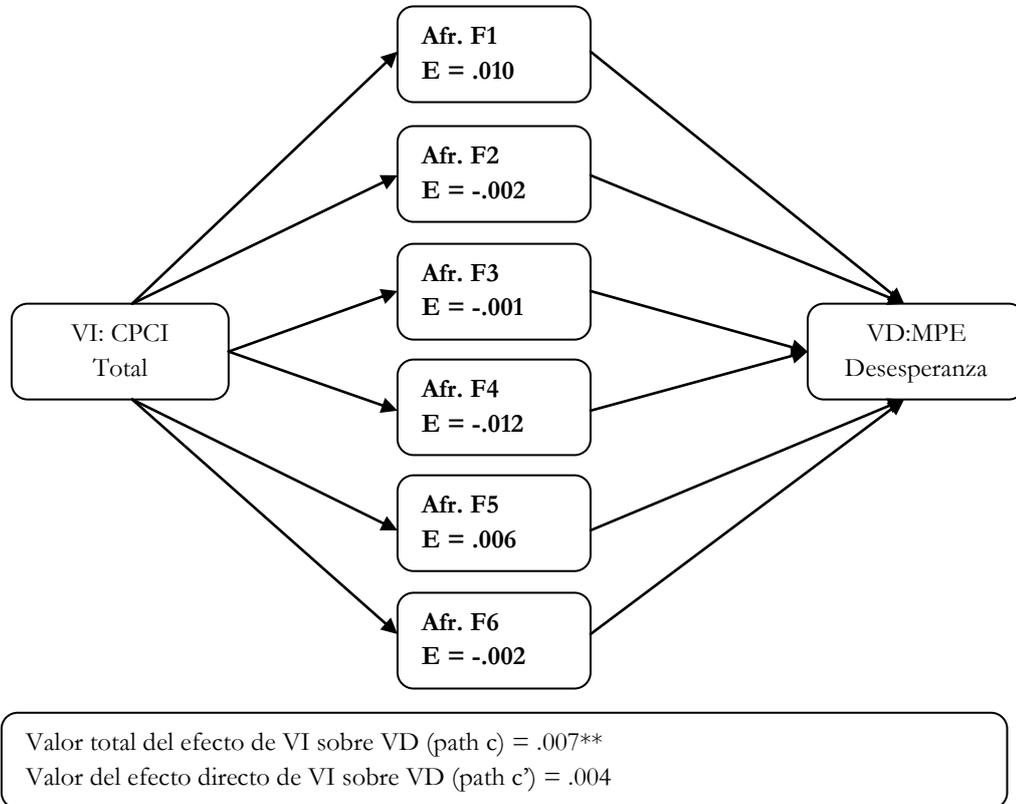
Figura 9. Efectos de los mediadores considerando la relación entre el volumen de preocupaciones ante la cirugía y los síntomas de Depresión: grupo poco grave (N = 85)



Variables de Mediación	Tamaño del Efecto	Error típico	Valor Z	95% Intervalo de confianza del BCA	
				bajo	Alto
Afr. F1	.0027	.0015	1.8713	.0007	.0061
Afr. F2	.0000	.0007	.0451	-.0017	.0015
Afr. F3	-.0002	.0004	-.4006	-.0028	.0005
Afr. F4	.0003	.0005	.7155	-.0003	.0025
Afr. F5	.0002	.0004	.3811	-.0006	.0021
Afr. F6	.0000	.0001	.0906	-.0009	.0009
Total	.0031	.0015	2.0018*	.0000	.0071

Nota: F1 = Huída intrapunitiva; F2 = Acción social positiva en la solución del problema; F3 = Búsqueda de apoyo en personas cercanas; F4 = Hedonismo; F5 = Crecimiento personal; F6 = Acción personal positiva en la solución del problema. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

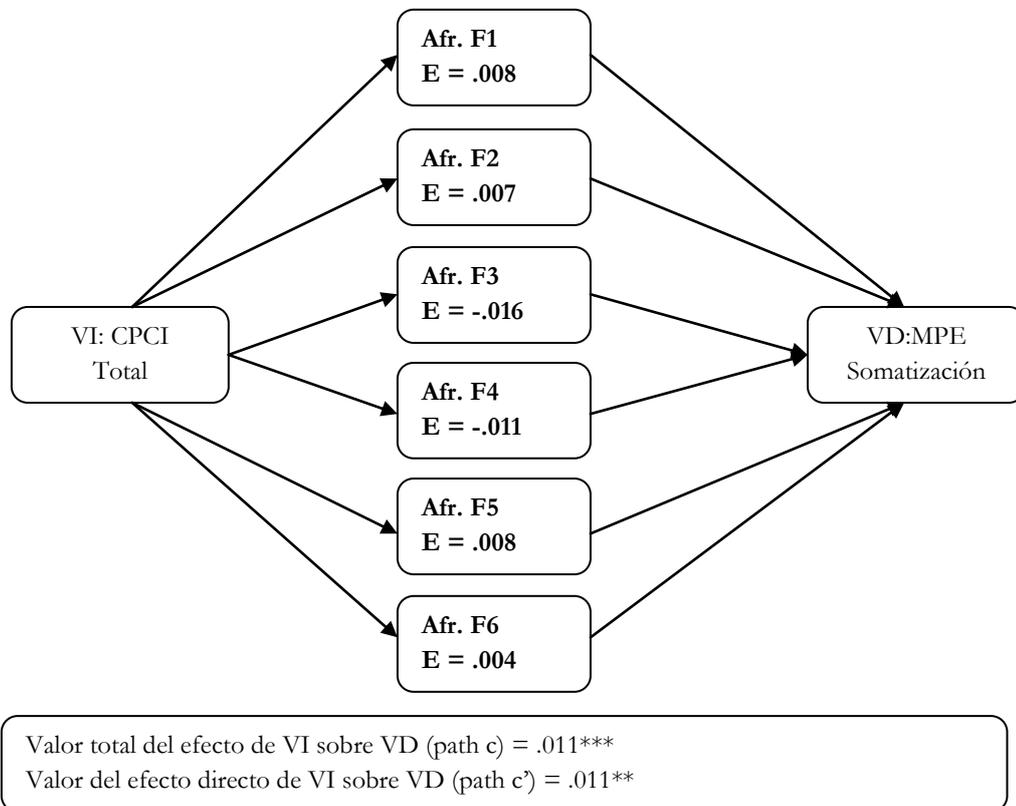
Figura 10. Efectos de los mediadores considerando la relación entre el volumen de Preocupaciones ante la Cirugía y los síntomas de Desesperanza: grupo poco grave (N = 85)



Variables de Mediación	Tamaño del Efecto	Error típico	Valor Z	95% Intervalo de confianza del BCA	
				bajo	Alto
Afr. F1	.0016	.0010	1.6016	.0003	.0042
Afr. F2	.0002	.0005	.3240	-.0009	.0014
Afr. F3	.0000	.0001	-.1351	-.0020	.0005
Afr. F4	.0002	.0003	.6686	-.0002	.0013
Afr. F5	.0001	.0003	.4696	-.0003	.0013
Afr. F6	.0000	.0001	-.0837	-.0009	.0004
Total	.0021	.0011	1.9606*	.0001	.0048

Nota: F1 = Huída intrapunitiva; F2 = Acción social positiva en la solución del problema; F3 = Búsqueda de apoyo en personas cercanas; F4 = Hedonismo; F5 = Crecimiento personal; F6 = Acción personal positiva en la solución del problema. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

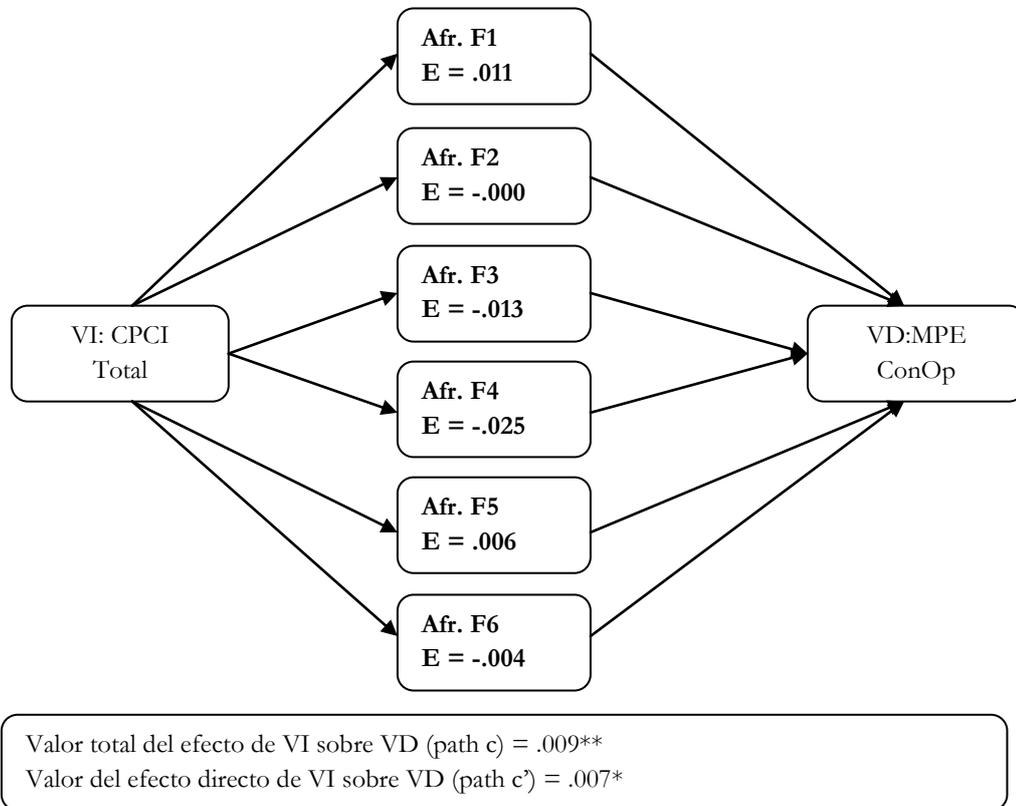
Figura 11. Efectos de los mediadores considerando la relación entre el volumen de Preocupaciones ante la Cirugía y los Síntomas Psicossomáticos: grupo poco grave (N = 85)



Variables de Mediación	Tamaño del Efecto	Error típico	Valor Z	95% Intervalo de confianza del BCA	
				bajo	Alto
Afr. F1	.0013	.0013	.9847	-.0007	.0047
Afr. F2	-.0006	.0008	-.7397	-.0029	.0006
Afr. F3	-.0002	.0004	-.3998	-.0033	.0005
Afr. F4	.0002	.0004	.4891	-.0004	.0018
Afr. F5	.0002	.0004	.4303	-.0005	.0021
Afr. F6	.0000	.0001	.0879	-.0007	.0010
Total	.0009	.0013	.6720	-.0024	.0042

Nota: F1 = Huída intrapunitiva; F2 = Acción social positiva en la solución del problema; F3 = Búsqueda de apoyo en personas cercanas; F4 = Hedonismo; F5 = Crecimiento personal; F6 = Acción personal positiva en la solución del problema. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

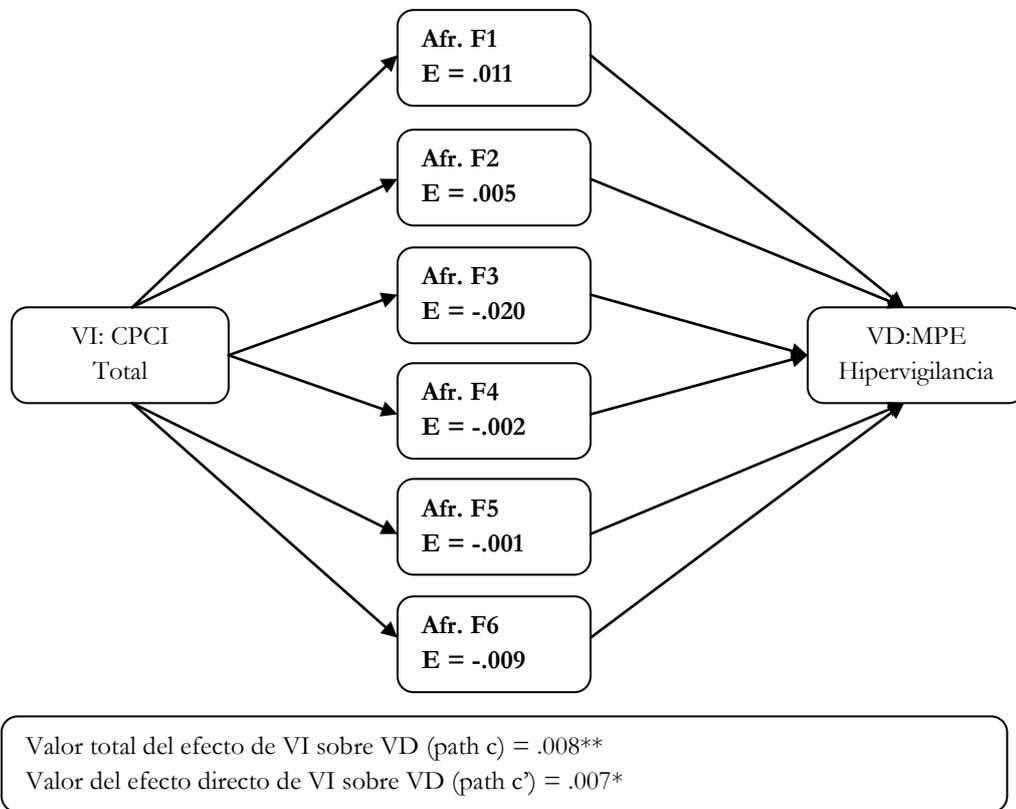
Figura 12. Efectos de los mediadores considerando la relación entre el volumen de Preocupaciones ante la Cirugía y los síntomas de Conducta Oposicionista: grupo poco grave (N = 85)



Variables de Mediación	Tamaño del Efecto	Error típico	Valor Z	95% Intervalo de confianza del BCA	
				bajo	Alto
Afr. F1	.0018	.0013	1.4318	.0000	.0055
Afr. F2	.0000	.0007	.0596	-.0019	.0014
Afr. F3	-.0001	.0004	-.3910	-.0031	.0005
Afr. F4	.0004	.0005	.7949	-.0003	.0027
Afr. F5	.0001	.0004	.3442	-.0006	.0017
Afr. F6	.0000	.0001	-.0883	-.0014	.0006
Total	.0023	.0014	1.6037	-.0006	.0062

Nota: F1 = Huida intrapunitiva; F2 = Acción social positiva en la solución del problema; F3 = Búsqueda de apoyo en personas cercanas; F4 = Hedonismo; F5 = Crecimiento personal; F6 = Acción personal positiva en la solución del problema. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

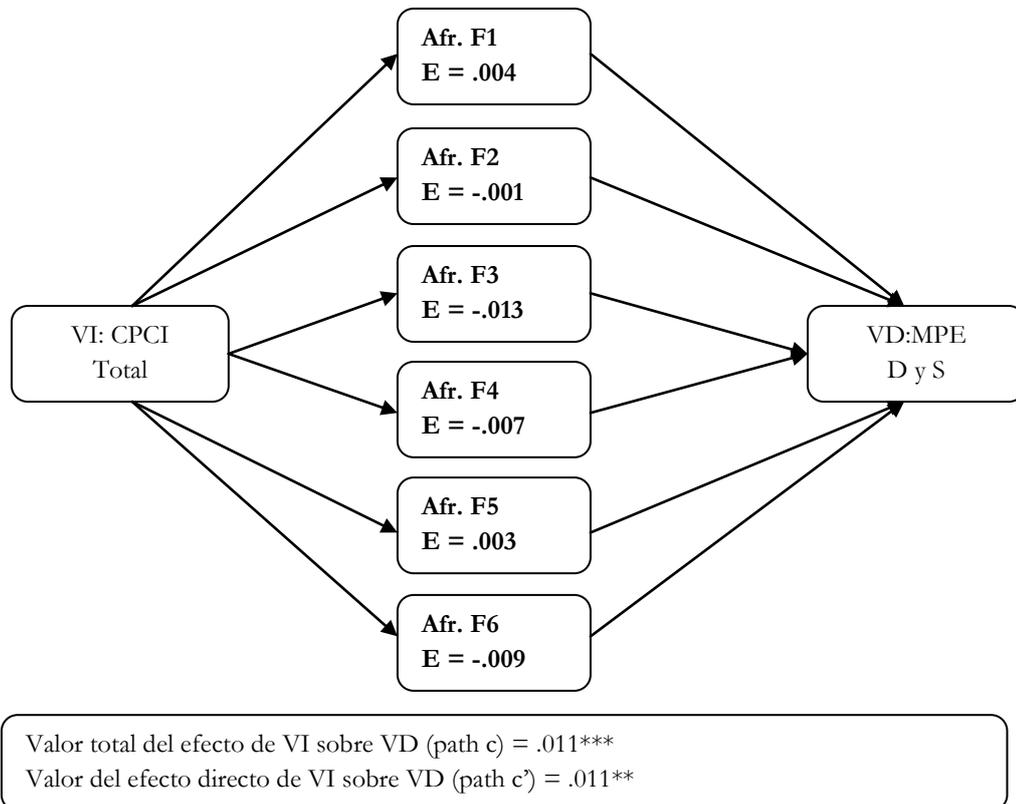
Figura 13. Efectos de los mediadores considerando la relación entre el volumen de Preocupaciones ante la Cirugía y los síntomas de Hipervigilancia: grupo poco grave (N = 85)



Variables de Mediación	Tamaño del Efecto	Error típico	Valor Z	95% Intervalo de confianza del BCA	
				bajo	Alto
Afr. F1	.0018	.0012	1.5260	.0000	.0044
Afr. F2	-.0004	.0006	-.6112	-.0025	.0005
Afr. F3	-.0002	.0005	-.4140	-.0020	.0006
Afr. F4	.0000	.0003	.1097	-.0006	.0013
Afr. F5	.0000	.0003	-.0908	-.0012	.0007
Afr. F6	.0000	.0002	-.0937	-.0013	.0006
Total	.0012	.0013	.9436	-.0015	.0041

Nota: F1 = Huida intrapunitiva; F2 = Acción social positiva en la solución del problema; F3 = Búsqueda de apoyo en personas cercanas; F4 = Hedonismo; F5 = Crecimiento personal; F6 = Acción personal positiva en la solución del problema. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

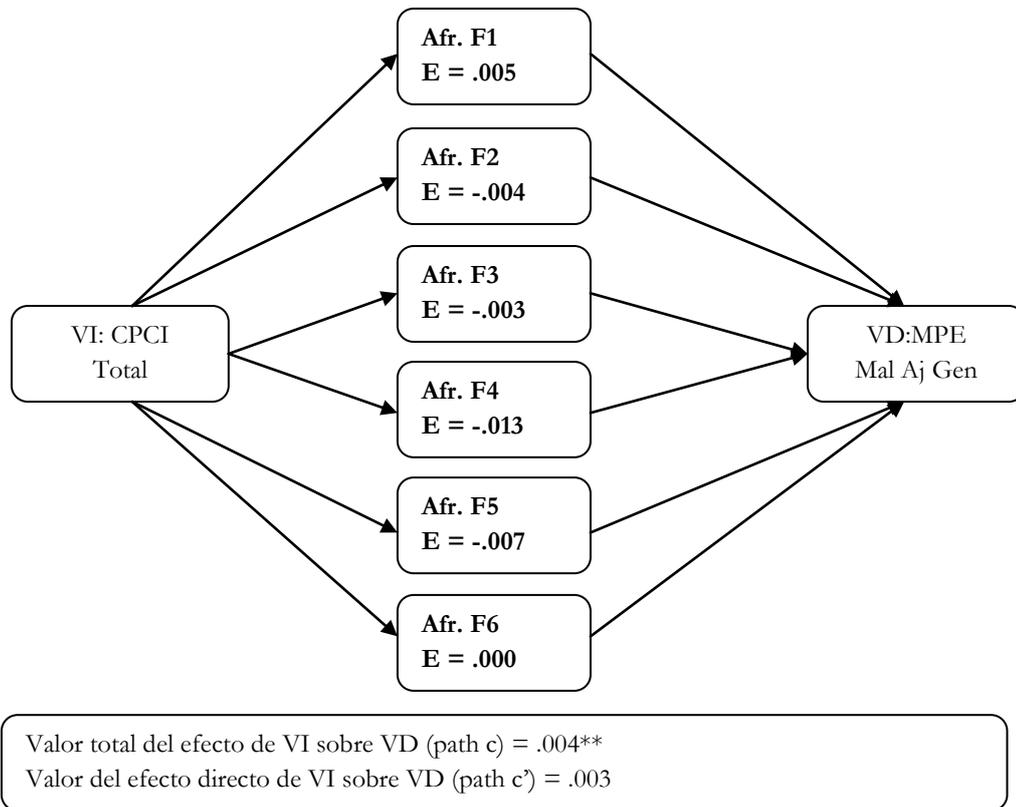
Figura 14. Efectos de los mediadores considerando la relación entre el volumen de Preocupaciones ante la Cirugía y los síntomas de Disociación y Sueños: grupo poco grave (N = 85)



Variables de Mediación	Tamaño del Efecto	Error típico	Valor Z	95% Intervalo de confianza del BCA	
				bajo	Alto
Afr. F1	.0007	.0011	.6325	-.0013	.0032
Afr. F2	.0001	.0006	.0960	-.0012	.0017
Afr. F3	-.0002	.0004	-.3998	-.0023	.0005
Afr. F4	.0001	.0003	.3998	-.0004	.0019
Afr. F5	.0001	.0003	.2132	-.0007	.0013
Afr. F6	.0000	.0002	-.0937	-.0016	.0005
Total	.0008	.0012	.6470	-.0023	.0033

Nota: F1 = Huída intrapunitiva; F2 = Acción social positiva en la solución del problema; F3 = Búsqueda de apoyo en personas cercanas; F4 = Hedonismo; F5 = Crecimiento personal; F6 = Acción personal positiva en la solución del problema. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

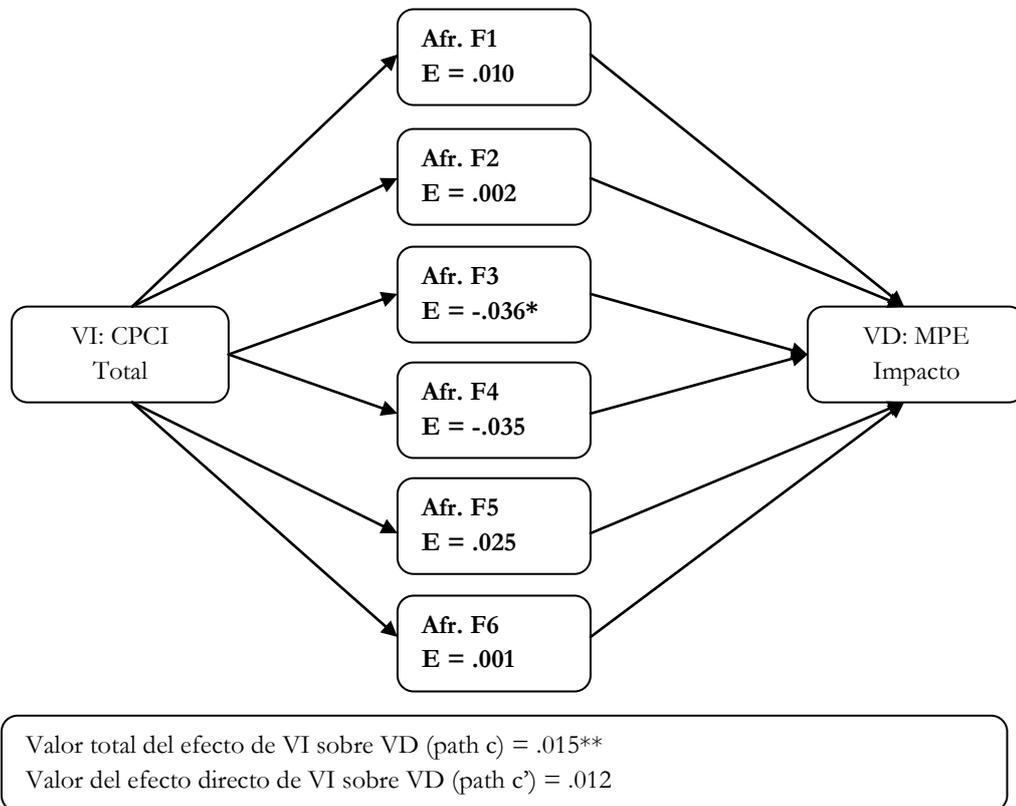
Figura 15. Efectos de los mediadores considerando la relación entre el volumen de preocupaciones ante la cirugía y los síntomas de Mal Ajuste General: grupo poco grave (N = 85)



Variables de Mediación	Tamaño del Efecto	Error típico	Valor Z	95% Intervalo de confianza del BCA	
				bajo	Alto
Afr. F1	.0007	.0006	1.2045	-.0002	.0025
Afr. F2	.0004	.0004	.9505	-.0001	.0012
Afr. F3	.0000	.0001	-.3136	-.0010	.0003
Afr. F4	.0002	.0003	.8042	-.0001	.0014
Afr. F5	-.0002	.0002	-.6871	-.0013	.0001
Afr. F6	.0000	.0000	.0500	-.0006	.0004
Total	.0011	.0007	1.5988	-.0004	.0031

Nota: F1 = Huída intrapunitiva; F2 = Acción social positiva en la solución del problema; F3 = Búsqueda de apoyo en personas cercanas; F4 = Hedonismo; F5 = Crecimiento personal; F6 = Acción personal positiva en la solución del problema. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

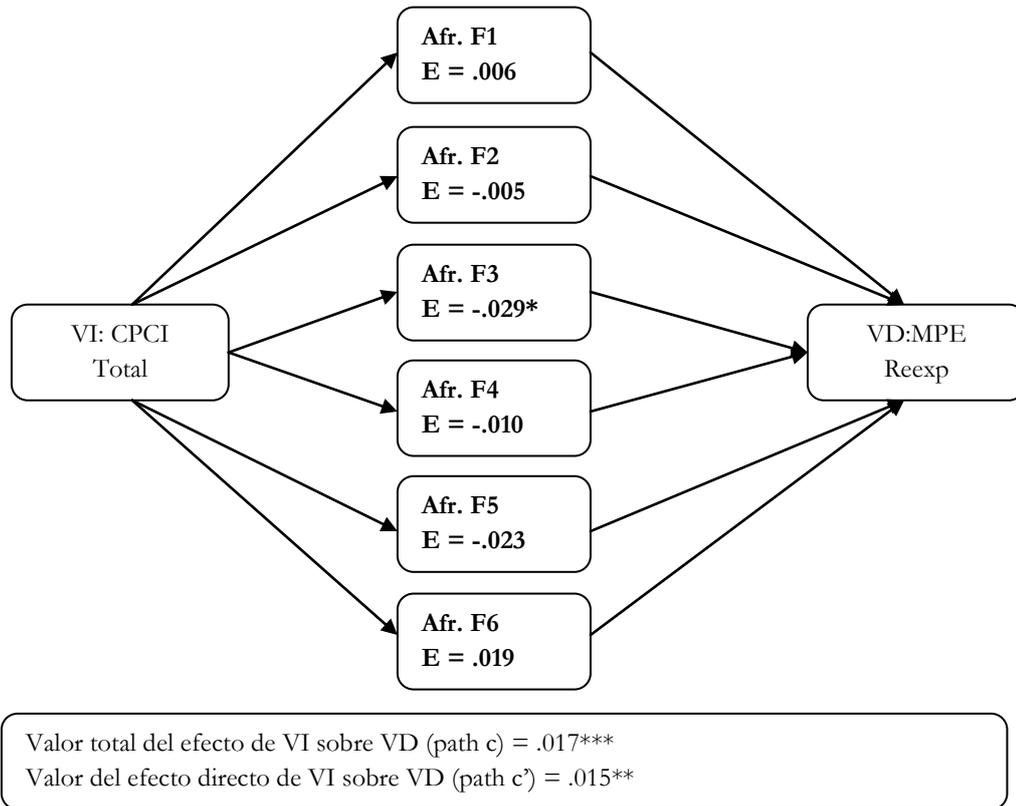
Figura 16. Efectos de los mediadores considerando la relación entre el volumen de Preocupaciones ante la Cirugía y el Impacto del Estresor: grupo grave (N = 75)



Variables de Mediación	Tamaño del Efecto	Error típico	Valor Z	95% Intervalo de confianza del BCA	
				bajo	Alto
Afr. F1	.0007	.0010	.7213	-.0006	.0052
Afr. F2	-.0003	.0017	-.1708	-.0035	.0024
Afr. F3	.0012	.0016	.7758	-.0010	.0064
Afr. F4	.0019	.0017	1.1352	-.0004	.0059
Afr. F5	-.0003	.0008	-.3115	-.0048	.0021
Afr. F6	.0000	.0013	-.0230	-.0033	.0027
Total	.0033	.0027	1.2074	-.0024	.0092

Nota: F1 = Huída intrapunitiva; F2 = Acción social positiva en la solución del problema; F3 = Búsqueda de apoyo en personas cercanas; F4 = Hedonismo; F5 = Crecimiento personal; F6 = Acción personal positiva en la solución del problema. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

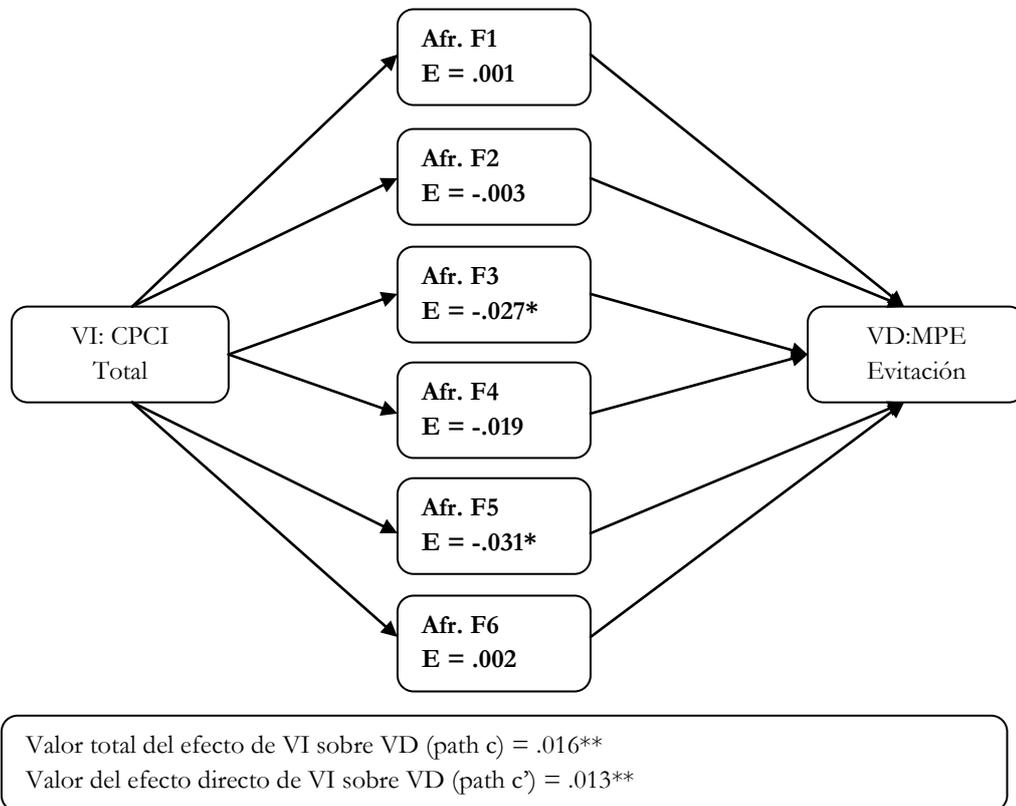
Figura 17. Efectos de los mediadores considerando la relación entre el volumen de Preocupaciones ante la Cirugía y los síntomas de Rexperimentación: grupo grave (N = 75)



Variables de Mediación	Tamaño del Efecto	Error típico	Valor Z	95% Intervalo de confianza del BCA	
				bajo	Alto
Afr. F1	.0004	.0006	.6870	-.0004	.0034
Afr. F2	.0008	.0012	.6141	-.0013	.0037
Afr. F3	.0010	.0012	.7887	-.0011	.0041
Afr. F4	.0006	.0011	.5221	-.0012	.0031
Afr. F5	.0002	.0007	.3159	-.0030	.0030
Afr. F6	-.0012	.0011	-1.0637	-.0058	.0002
Total	.0018	.0021	.8469	-.0030	.0069

Nota: F1 = Huída intrapunitiva; F2 = Acción social positiva en la solución del problema; F3 = Búsqueda de apoyo en personas cercanas; F4 = Hedonismo; F5 = Crecimiento personal; F6 = Acción personal positiva en la solución del problema. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

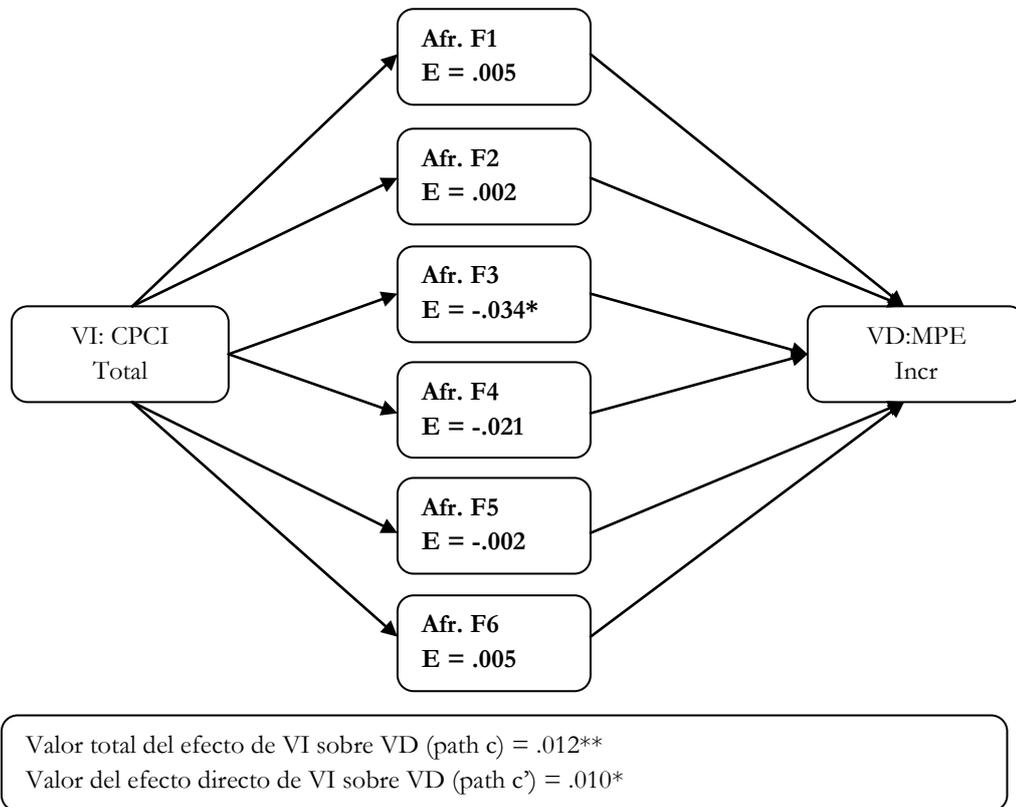
Figura 18. Efectos de los mediadores considerando la relación entre el volumen de Preocupaciones ante la Cirugía y los síntomas de Evitación grupo grave (N = 75)



Variables de Mediación	Tamaño del Efecto	Error típico	Valor Z	95% Intervalo de confianza del BCA	
				bajo	Alto
Afr. F1	.0000	.0005	.0729	-.0013	.0015
Afr. F2	.0005	.0013	.3567	-.0020	.0033
Afr. F3	.0009	.0012	.7769	-.0010	.0043
Afr. F4	.0010	.0012	.8518	-.0008	.0039
Afr. F5	.0003	.0010	.3181	-.0030	.0032
Afr. F6	-.0001	.0010	-.1200	-.0038	.0017
Total	.0027	.0024	1.1151	-.0025	.0090

Nota: F1 = Huída intrapunitiva; F2 = Acción social positiva en la solución del problema; F3 = Búsqueda de apoyo en personas cercanas; F4 = Hedonismo; F5 = Crecimiento personal; F6 = Acción personal positiva en la solución del problema. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

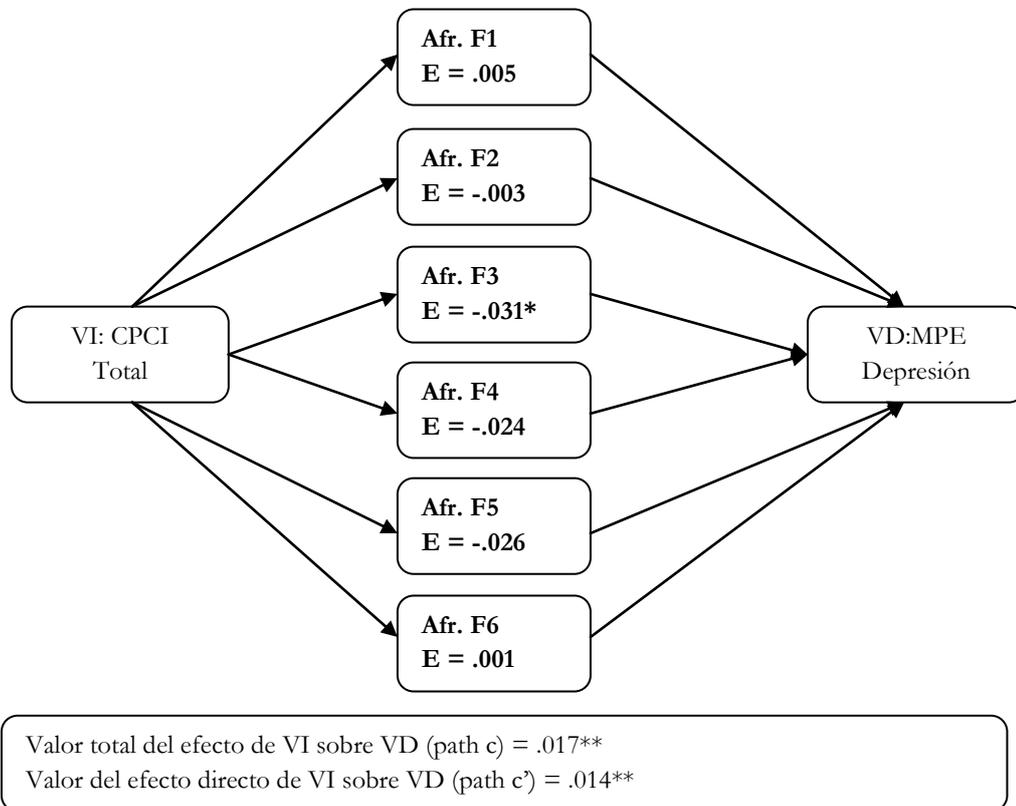
Figura 19. Efectos de los mediadores considerando la relación entre el volumen de Preocupaciones ante la Cirugía y los síntomas de Incremento del Arousal: grupo grave (N = 75)



Variables de Mediación	Tamaño del Efecto	Error típico	Valor Z	95% Intervalo de confianza del BCA	
				bajo	Alto
Afr. F1	.0004	.0006	.5964	-.0006	.0031
Afr. F2	-.0003	.0013	-.2587	-.0035	.0019
Afr. F3	.0011	.0014	.7930	-.0010	.0049
Afr. F4	.0012	.0013	.9178	-.0010	.0045
Afr. F5	.0000	.0002	.1314	-.0026	.0016
Afr. F6	-.0003	.0011	-.3007	-.0037	.0015
Total	.0020	.0021	.9545	-.0033	.0071

Nota: F1 = Huída intrapunitiva; F2 = Acción social positiva en la solución del problema; F3 = Búsqueda de apoyo en personas cercanas; F4 = Hedonismo; F5 = Crecimiento personal; F6 = Acción personal positiva en la solución del problema. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

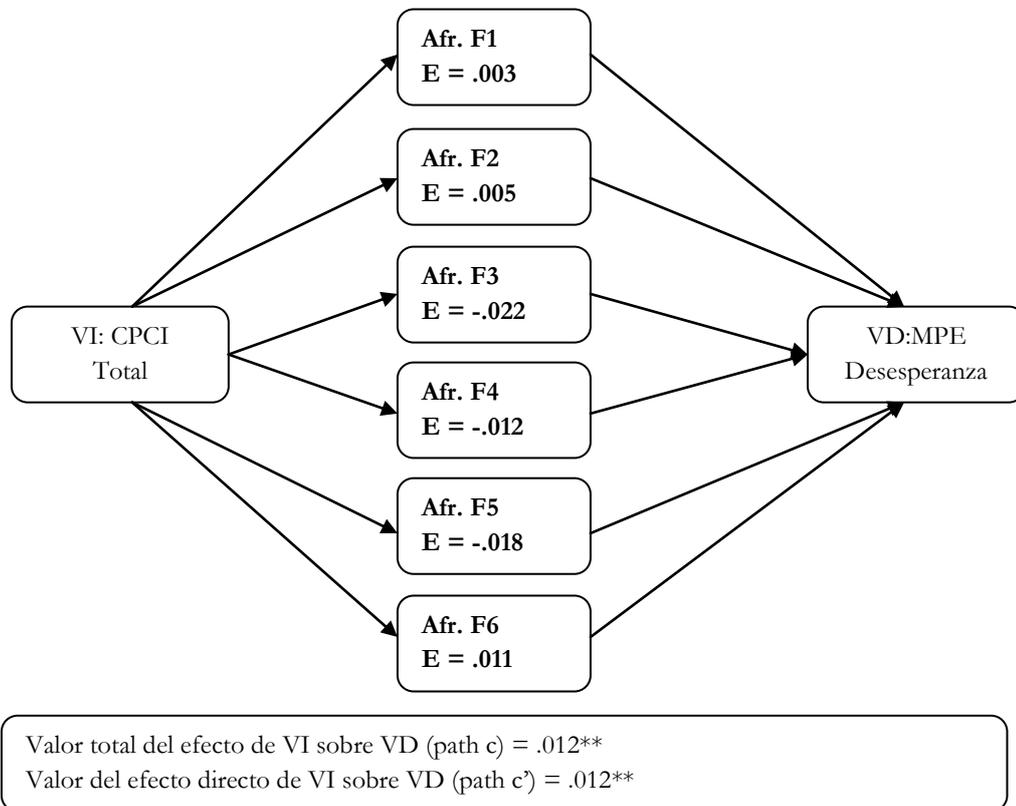
Figura 20. Efectos de los mediadores considerando la relación entre el volumen de Preocupaciones ante la Cirugía y los síntomas de Depresión: grupo grave (N = 75)



Variables de Mediación	Tamaño del Efecto	Error típico	Valor Z	95% Intervalo de confianza del BCA	
				bajo	Alto
Afr. F1	.0004	.0007	.5667	-.0006	.0038
Afr. F2	.0004	.0015	.2796	-.0023	.0038
Afr. F3	.0011	.0014	.7799	-.0006	.0050
Afr. F4	.0013	.0014	.9502	-.0007	.0043
Afr. F5	.0003	.0008	.3150	-.0028	.0034
Afr. F6	-.0001	.0011	-.0726	-.0037	.0022
Total	.0033	.0025	1.3182	-.0013	.0098

Nota: F1 = Huída intrapunitiva; F2 = Acción social positiva en la solución del problema; F3 = Búsqueda de apoyo en personas cercanas; F4 = Hedonismo; F5 = Crecimiento personal; F6 = Acción personal positiva en la solución del problema. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

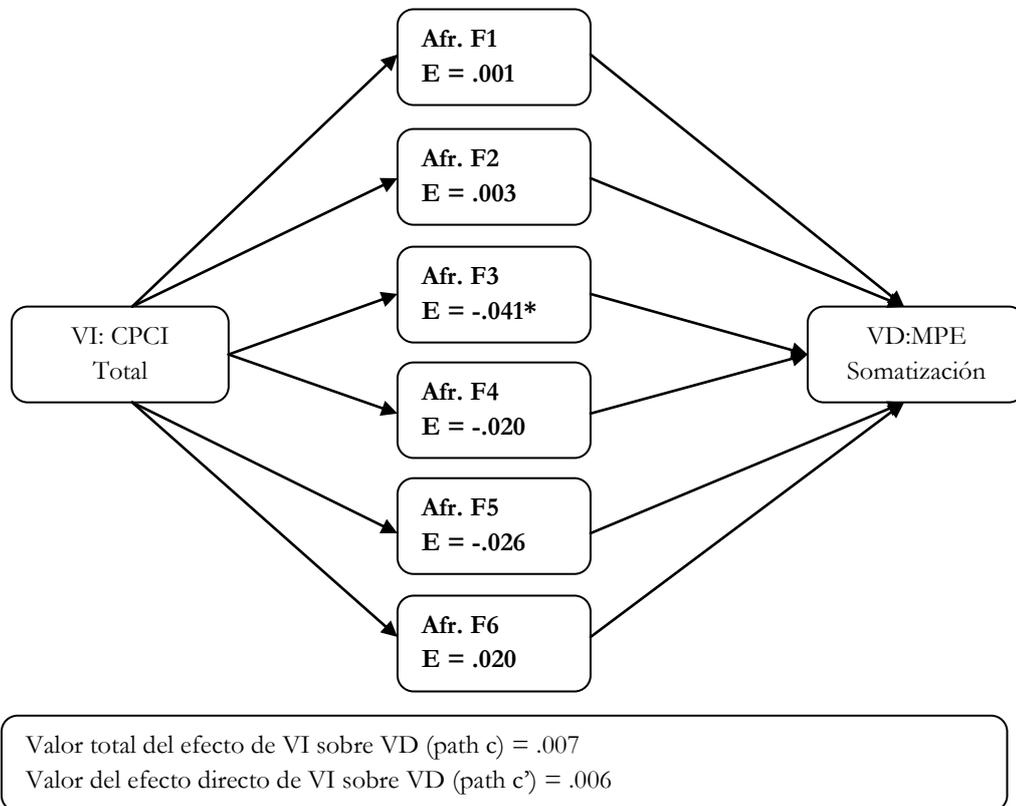
Figura 21. Efectos de los mediadores considerando la relación entre el volumen de Preocupaciones ante la Cirugía y los síntomas de Desesperanza: grupo grave (N = 75)



Variables de Mediación	Tamaño del Efecto	Error típico	Valor Z	95% Intervalo de confianza del BCA	
				bajo	Alto
Afr. F1	.0002	.0005	.4692	-.0005	.0032
Afr. F2	-.0008	.0012	-.6156	-.0039	.0008
Afr. F3	.0008	.0010	.7613	-.0007	.0038
Afr. F4	.0007	.0011	.6109	-.0010	.0029
Afr. F5	.0002	.0006	.3123	-.0018	.0022
Afr. F6	-.0007	.0010	-.6608	-.0050	.0005
Total	.0004	.0018	.2301	-.0034	.0041

Nota: F1 = Huída intrapunitiva; F2 = Acción social positiva en la solución del problema; F3 = Búsqueda de apoyo en personas cercanas; F4 = Hedonismo; F5 = Crecimiento personal; F6 = Acción personal positiva en la solución del problema. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

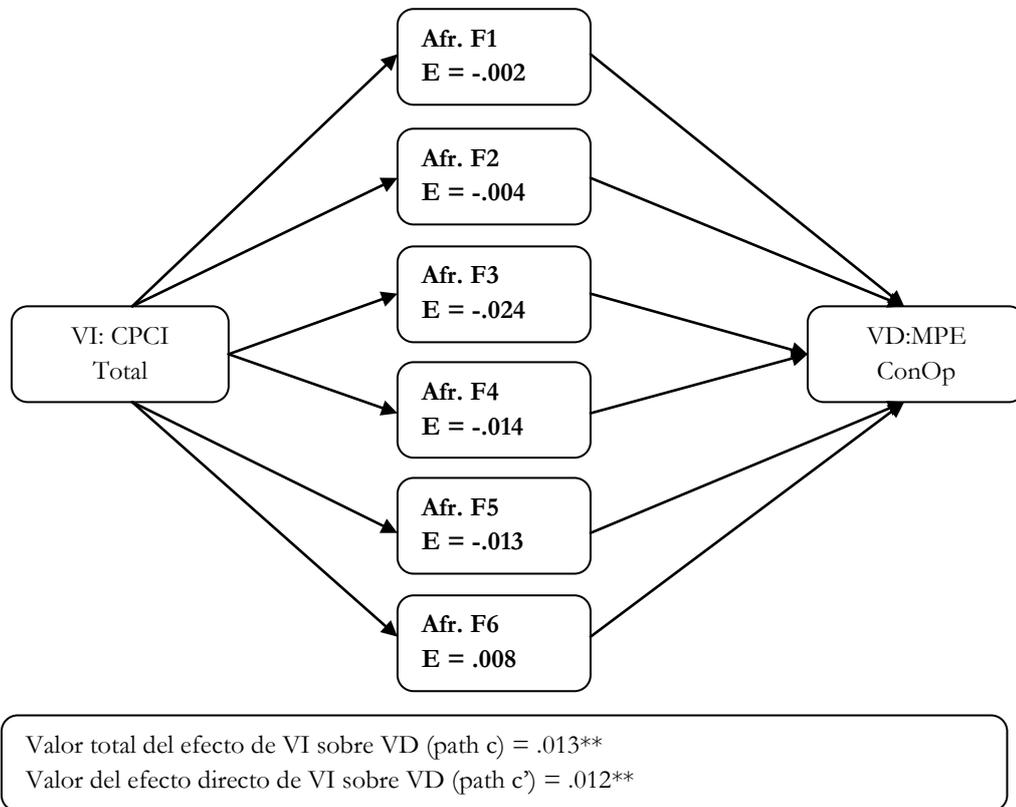
Figura 22. Efectos de los mediadores considerando la relación entre el volumen de Preocupaciones ante la Cirugía y los Síntomas Psicossomáticos: grupo grave (N = 75)



Variables de Mediación	Tamaño del Efecto	Error típico	Valor Z	95% Intervalo de confianza del BCA	
				bajo	Alto
Afr. F1	.0001	.0006	.1448	-.0012	.0038
Afr. F2	-.0005	.0016	-.2903	-.0048	.0020
Afr. F3	.0014	.0018	.7927	-.0011	.0068
Afr. F4	.0011	.0015	.7256	-.0029	.0053
Afr. F5	.0003	.0009	.3134	-.0017	.0037
Afr. F6	-.0013	.0014	-.8794	-.0065	.0011
Total	.0011	.0027	.3994	-.0047	.0077

Nota: F1 = Huída intrapunitiva; F2 = Acción social positiva en la solución del problema; F3 = Búsqueda de apoyo en personas cercanas; F4 = Hedonismo; F5 = Crecimiento personal; F6 = Acción personal positiva en la solución del problema. * = p < .05 ; ** = p < .01 ; *** = p < .001

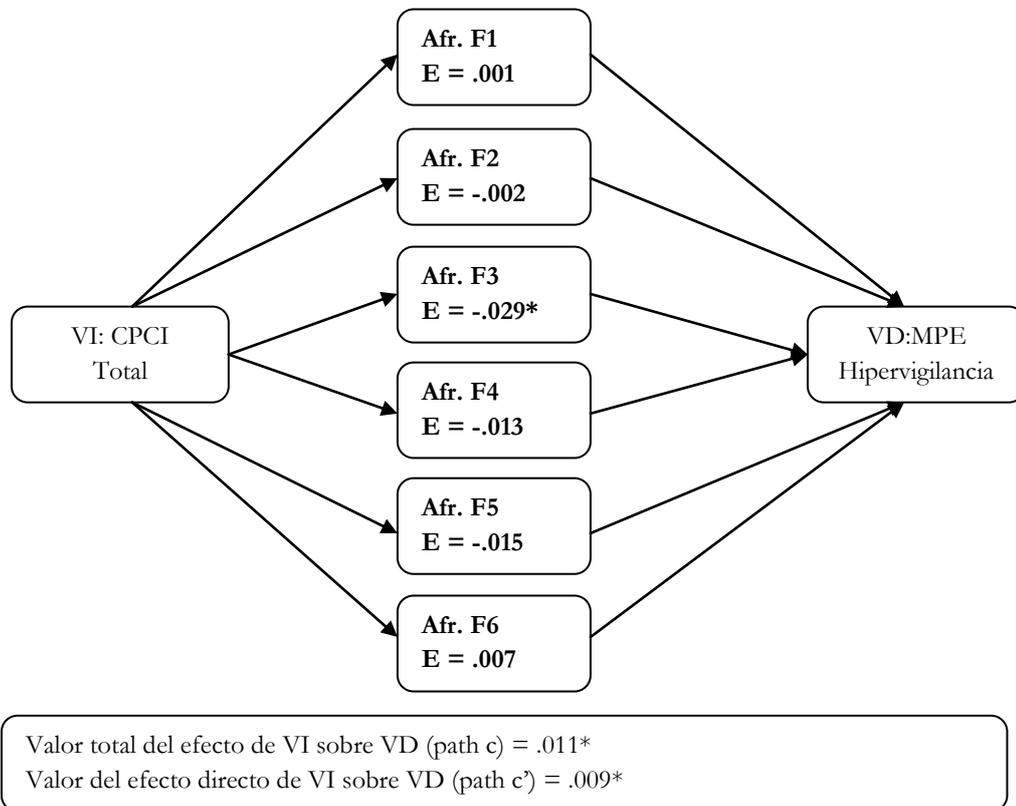
Figura 23. Efectos de los mediadores considerando la relación entre el volumen de Preocupaciones ante la Cirugía y los síntomas de Conducta Oposicionista: grupo grave (N = 75)



Variables de Mediación	Tamaño del Efecto	Error típico	Valor Z	95% Intervalo de confianza del BCA	
				bajo	Alto
Afr. F1	-.0001	.0005	-.2828	-.0026	.0007
Afr. F2	.0006	.0012	.5243	-.0014	.0032
Afr. F3	.0008	.0011	.7721	-.0008	.0042
Afr. F4	.0008	.0011	.7239	-.0010	.0037
Afr. F5	.0001	.0004	.3043	-.0045	.0023
Afr. F6	-.0005	.0010	-.5218	-.0043	.0009
Total	.0017	.0019	.9059	-.0030	.0059

Nota: F1 = Huída intrapunitiva; F2 = Acción social positiva en la solución del problema; F3 = Búsqueda de apoyo en personas cercanas; F4 = Hedonismo; F5 = Crecimiento personal; F6 = Acción personal positiva en la solución del problema. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

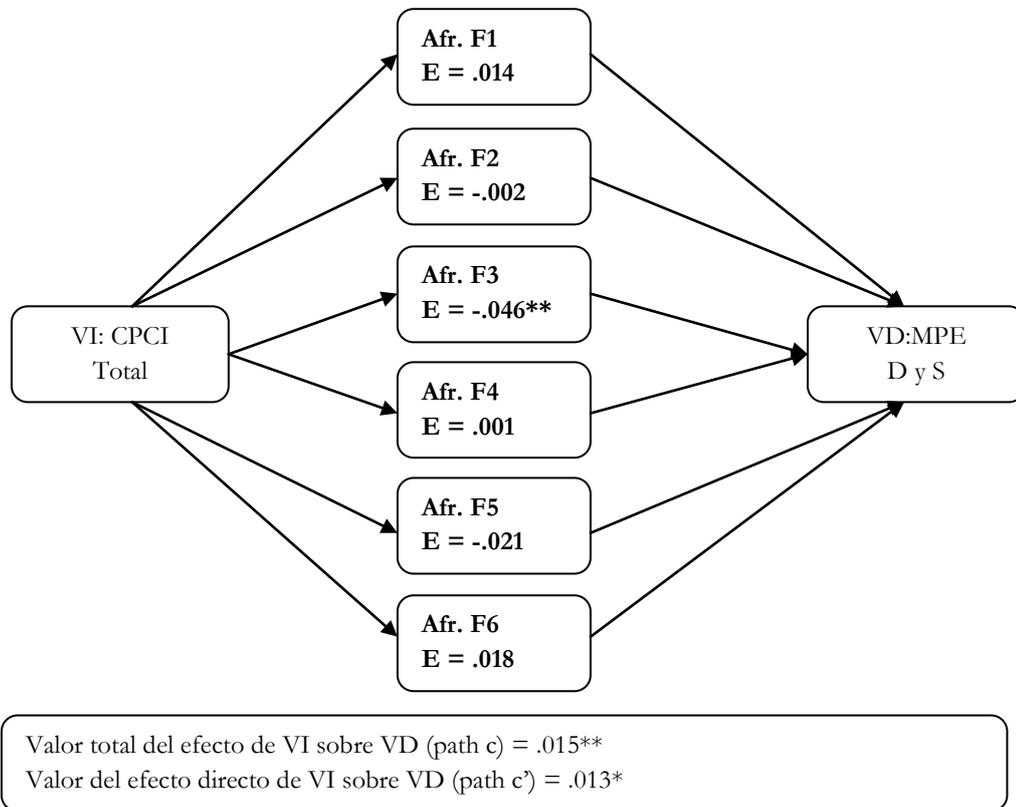
Figura 24. Efectos de los mediadores considerando la relación entre el volumen de preocupaciones ante la cirugía y los síntomas de Hipervigilancia: grupo grave (N = 75)



Variables de Mediación	Tamaño del Efecto	Error típico	Valor Z	95% Intervalo de confianza del BCA	
				bajo	Alto
Afr. F1	.0001	.0005	.2034	-.0013	.0023
Afr. F2	.0003	.0013	.2288	-.0023	.0029
Afr. F3	.0010	.0012	.7849	-.0010	.0041
Afr. F4	.0007	.0011	.6526	-.0013	.0032
Afr. F5	.0002	.0005	.3082	-.0020	.0025
Afr. F6	-.0004	.0010	-.4052	-.0047	.0011
Total	.0019	.0020	.9060	-.0031	.0074

Nota: F1 = Huída intrapunitiva; F2 = Acción social positiva en la solución del problema; F3 = Búsqueda de apoyo en personas cercanas; F4 = Hedonismo; F5 = Crecimiento personal; F6 = Acción personal positiva en la solución del problema. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

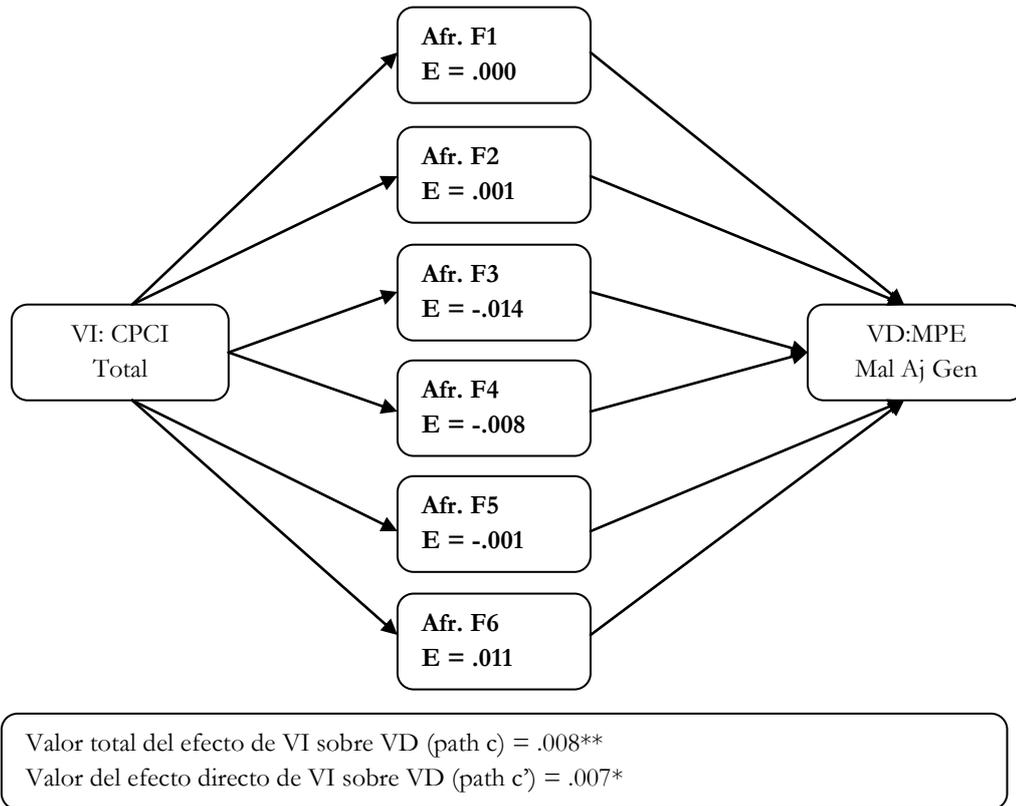
Figura 25. Efectos de los mediadores considerando la relación entre el volumen de preocupaciones ante la cirugía y los síntomas de Disociación y sueños: grupo grave (N = 75)



Variables de Mediación	Tamaño del Efecto	Error típico	Valor Z	95% Intervalo de confianza del BCA	
				bajo	Alto
Afr. F1	.0010	.0011	.8549	-.0006	.0054
Afr. F2	.0003	.0014	.2130	-.0024	.0034
Afr. F3	.0016	.0019	.8095	-.0016	.0062
Afr. F4	.0000	.0012	-.0222	-.0039	.0023
Afr. F5	.0002	.0007	.3126	-.0028	.0029
Afr. F6	-.0011	.0012	-.9130	-.0063	.0005
Total	.0019	.0026	.7246	-.0039	.0078

Nota: F1 = Huída intrapunitiva; F2 = Acción social positiva en la solución del problema; F3 = Búsqueda de apoyo en personas cercanas; F4 = Hedonismo; F5 = Crecimiento personal; F6 = Acción personal positiva en la solución del problema. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

Figura 26. Efectos de los mediadores considerando la relación entre el volumen de Preocupaciones ante la Cirugía y los síntomas de Mal Ajuste General: grupo grave (N = 75)



Variables de Mediación	Tamaño del Efecto	Error típico	Valor Z	95% Intervalo de confianza del BCA	
				bajo	Alto
Afr. F1	.0000	.0003	.0622	-.0007	.0014
Afr. F2	-.0001	.0008	-.1142	-.0025	.0011
Afr. F3	.0005	.0007	.7536	-.0004	.0028
Afr. F4	.0005	.0007	.6163	-.0007	.0020
Afr. F5	.0000	.0001	.1227	-.0018	.0007
Afr. F6	-.0007	.0007	-.9043	-.0034	.0002
Total	.0002	.0011	.1916	-.0025	.0023

Nota: F1 = Huída intrapunitiva; F2 = Acción social positiva en la solución del problema; F3 = Búsqueda de apoyo en personas cercanas; F4 = Hedonismo; F5 = Crecimiento personal; F6 = Acción personal positiva en la solución del problema. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

