



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ANSIEDAD PREQUIRÚRGICA EN NIÑOS Y EL
AFRONTAMIENTO EN SUS PADRES

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

JULIETA BEATRIZ CANDELARIO MOSCO

DIRECTORA: MTRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ

REVISOR: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS

MTRA. NELLY FLORES PINEDA



MÉXICO, D.F.

JUNIO, 2010.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Existen personas en nuestra vida que nos hacen felices por la simple casualidad de haberse cruzado en nuestro camino.

Algunas recorren el camino a nuestro lado, viendo muchas lunas pasar, más otras apenas vemos entre un paso y otro.

Algunas veces encuentras en la vida una amistad especial: ese alguien que al entrar en tu vida la cambia por completo.

Ese alguien que te hace reír sin cesar; ese alguien que te hace creer que en el mundo existen realmente cosas buenas. Ese alguien que te convence de que hay una puerta lista para que tú la abras. Esa es una amistad eterna...

Jorge Luis Borges.

AGRADECIMIENTO

Esta tesis representa un parteaguas entre una etapa muy enriquecedora y el camino que el tiempo obliga. En toda la experiencia universitaria y la conclusión del trabajo de tesis, si bien ha requerido de esfuerzo y mucha dedicación por parte de la autora, no hubiese sido posible su finalización sin la cooperación desinteresada de todas y cada una de las personas que merecen las gracias por haber plasmado su huella en mi camino.

A mi familia, les agradezco su apoyo, su guía y su confianza en la realización de mis sueños. Soy afortunada por contar siempre con su amor, comprensión y ejemplo.

A mis amigas, por ser increíbles personas y con quienes he compartido muchos momentos que siempre llevaré en mi corazón. Ustedes han enriquecido mi vida con su cariño y su alegría, porque estoy segura que sin su valiosa amistad, sus conocimientos y el apoyo que me brindaron esto no hubiera sido posible.

A Mariana, por ser la persona que ha compartido el mayor tiempo a mi lado, porque con tu compañía las cosas malas se convierten en buenas, la tristeza se transforma en alegría y la soledad no existe.

A mis profesores, que compartieron conmigo sus conocimientos y su amor por la psicología. Especialmente a quienes me brindaron todo su apoyo en la realización de esta tesis.

Agradezco a la Mtra. Blanca Mancilla por haber confiado en mi persona, por la paciencia, por los consejos, su orientación, el apoyo y el ánimo que me brindo, no solo en la dirección de este trabajo, sino dentro de las aulas, que ha sido la clave para que este proyecto se realizara con éxito, el cual no se puede concebir sin su siempre oportuna participación.

Quiero extender un sincero agradecimiento al Dr. Juan José Sanchez, por su paciencia, disponibilidad y generosidad para compartir su experiencia y amplio conocimiento, su colaboración fue de gran ayuda durante la elaboración de este proyecto.

A la Dra. Angélica Riveros, por brindarme su ayuda cuando más la necesitaba, por ser una persona con la que puedo contar. Al Doc. Samuel Jurado y a la Mtra. Nelly Flores por la atenta lectura de este trabajo, por sus siempre atentas y rápidas respuestas a las diferentes inquietudes surgidas durante la elaboración de la tesis.

De igual manera mi más sincero agradecimiento a la Psicóloga Susana Ramírez, por aceptarme para realizar mi servicio social y prácticas profesionales y sobre todo por pertenecer a su equipo de trabajo bajo su dirección. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como profesionista. Le agradezco también al Doctor Miguel Ángel Pezzotti, al Doctor Sergio Ortega, al Doctor Salgado y a todos aquellos que facilitaron siempre los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el desarrollo de esta tesis. Muchas gracias.

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO 1. NIÑEZ MEDIA	
1.1 Desarrollo Físico y Motor	6
1.2 Desarrollo de la Personalidad	8
1.3 Influencia de la Familia Ante la Enfermedad	17
1.4 El Niño Ante la Enfermedad	21
CAPÍTULO 2. ANSIEDAD	
2.1 Etimología	23
2.2 Síntomas	25
2.3 Reacciones Físicas y Psicológicas Ante un Procedimiento Quirúrgico	28
2.4 Ansiedad en los Niños	29
2.5 Ansiedad en los Padres	33
2.6 Ansiedad Quirúrgica	35
2.7 Padres Ante un Proceso Quirúrgico	43
CAPÍTULO 3. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	
3.1 Valoración Primaria	48
3.2 Valoración Secundaria	50
3.3 Afrontamiento Mediante la Resolución de Problemas	52

3.4	Afrontamiento Centrado en la Emoción	52
3.5	Revaloración de la Situación	53
3.6	Estrategias de Afrontamiento Propuesta de Moos	54
3.7	Estilos de Afrontamiento y Enfermedad Física	56
CAPÍTULO 4. CIRUGÍA		61
JUSTIFICACIÓN		67
OBJETIVO GENERAL		68
CAPÍTULO 5. MÉTODO		
5.1	Participantes	69
5.2	Escenario	70
5.3	Medición	70
5.4	Tipo de Estudio	72
5.5	Procedimiento	72
RESULTADOS		75
DISCUSIÓN		89
BIBLIOGRAFÍA		93
ANEXO		107

RESUMEN

El propósito del presente estudio fue identificar la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento de los cuidadores primarios de niños que fueron sometidos a cirugía y el nivel de ansiedad que presentaron los niños ante este evento. Participaron 52 pacientes pediátricos que fueron sometidos a cirugía, cuyas edades oscilaron entre 6 – 12 años y 52 cuidadores primarios de estos pacientes. La recolección de datos se hizo a través de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (Revisada) de Reynolds y Richmond, y la Escala de Estrategias de Afrontamiento Personal de Moos, para los cuidadores primarios. El estudio, de tipo transversal y correlacional; observó la relación entre el empleo de los estilos de Búsqueda de Guía y Apoyo, Análisis Lógico y Solución de Problemas, por parte de los cuidadores primarios. Los resultados revelaron una disminución en el nivel de ansiedad en los niños cuyos cuidadores ocuparon esas estrategias. Así mismo ante el uso de estrategias como Evitación Cognitiva y Aceptación y Resignación hubo mayor presencia de ansiedad en los niños previo a un evento quirúrgico. En cuanto a la asociación entre los tipos de ansiedad que componen la escala y los estilos de afrontamiento se encontró que el estilo de Búsqueda de Guía y Apoyo correlacionó de forma negativa con Ansiedad Fisiológica y Preocupaciones Sociales, lo cual indica que a mayor Ansiedad Fisiológica y Preocupaciones Sociales, hubo menor empleo de la estrategia de Búsqueda de Guía y Apoyo.

Palabras clave: Afrontamiento, Cirugía, Ansiedad, Cuidadores.

ABSTRACT

The purpose of the present study was to explore the relationship between coping strategies of primary caregivers of children who underwent surgery and the anxiety level of the participating children. The study involved 52 pediatric patients who underwent surgery, with ages ranging from 6 to 12 years; and the 52 primary caregivers of these patients. Data collection was carried out through the Manifest Anxiety Scale in Children (Revised) from Reynolds and Richmond, and Moos' Personal Coping Strategies Scale for primary caregivers. The study, cross-sectional and correlational in nature, looked at the association between the use of Search for Guidance and Support, Logical Analysis and Problem Solving styles, by primary caregivers. Results revealed a lower anxiety level in children whose caregivers used these strategies. The use of Cognitive Avoidance strategies such as Acceptance and Resignation were associated with higher levels of anxiety in children prior to the surgical event. Regarding the scale's types of anxiety, Searching for Guidance and Support showed a negative correlation with physiological anxiety and social worrying. Thus, data suggest that the higher the level of anxiety the lower the use of searching for guidance and support strategy.

Keywords: Coping, Surgery, Anxiety, Caregivers

INTRODUCCIÓN

La ansiedad ha sido una constante en la historia del hombre, es un concepto antiguo y se le suele considerar como un temor ante algo difuso, vago e indefinido. Incluye un estado de alerta del organismo para un objetivo fundamental; la acción y la autoconservación. Todo parece indicar que el procesamiento de los estímulos desencadenantes de la ansiedad, así como la emisión de las respuestas del organismo incluye a los ámbitos físicos y psicológicos, incluyendo los de conducta, cognitivos y emocionales (Rojas, 1998).

Para que todo lo anterior ocurra es necesario que haya un factor desencadenante. En el ámbito de la atención en salud puede ser un evento quirúrgico, el cual implica la manipulación mecánica de las estructuras anatómicas con un fin médico (Calpe, 1990). Estos eventos suelen provocar una serie de reacciones emocionales, recuerdos, pensamientos, fantasías, etc., que disparan el estado de ansiedad. Se ha señalado sin embargo que no es en sí misma la situación la que provoca este estado, sino la interpretación que el individuo hace de tal estímulo o situación (Buceta, 2001).

Partiendo de esta interpretación, cuando un niño ante la hospitalización, y sobre todo ante una cirugía reaccionará con miedo, agresividad, enojo, etc. Es posible que por su misma inmadurez cognitiva y emocional, no llegue a comprender totalmente el motivo de la hospitalización y aún menos de una intervención quirúrgica que, además de causarle malestar físico, altera seriamente sus rutinas diarias generando temor e incertidumbre.

Entre otros estresores destacan el ambiente hospitalario en sí mismo, la relación entre médico – enfermera – paciente – familia, los

procedimientos médicos invasivos o dolorosos, y sobre todo, la separación del entorno familiar. Esto puede provocar que los efectos de la ansiedad en los niños durante y después de la hospitalización puedan persistir por semanas o meses después del egreso, los niños que utilizan recursos como la comprensión intelectual, el razonamiento lógico, la posibilidad de transformar las condiciones externas y el dominar la situación puede ayudarlos a sobrellevar de una mejor forma este evento (Puyuelo, 1984).

Sin embargo, aun cuando los niños cuenten con estrategias de afrontamiento adaptativas, el papel de los padres es trascendental; ya que proveen apoyo emocional y continúan siendo el punto de referencia más importante para el niño. Así, la actitud de los padres ante este evento influirá en la forma cómo maneje todas estas emociones, principalmente la ansiedad. Diversos estudios demuestran que los padres ansiosos, transmiten su propio miedo, obstaculizando la exploración normal del ambiente por parte del niño y el desarrollo de las estrategias de afrontamiento adecuadas (Echeburúa, 1998). Por lo que un afrontamiento inadecuado de la experiencia hospitalaria por parte de los padres complica el problema, porque en vez de desempeñar el papel de eficaces figuras de apoyo para el niño, incrementan el estrés infantil. Esto provoca desgaste o reacciones excesivas; y propicia problemas adicionales de salud y adaptación psicológica. Así las estrategias de afrontamiento toman un papel significativo ante un evento quirúrgico; ya que involucra esfuerzos afectivos, cognitivos y psicosociales que el individuo emplea para controlar las situaciones estresantes a fin de reducirlas o eliminarlas.

Se ha propuesto que la aparición de estrés y otras reacciones emocionales están mediadas por el proceso de valoración cognitiva que la persona realiza, primero sobre las consecuencias que la situación tiene para él mismo (valoración primaria) y posteriormente lo que puede hacer, es decir, valora la situación en relación con sus propias capacidades y

habilidades, estimando los recursos necesarios que tiene para llevarlo a cabo. El resultado de esta valoración está influenciada tanto por la historia personal, el aprendizaje y las experiencias anteriores (Lazarus y Folkman, 1984; Moos y Schaefer, 1986).

En síntesis, si se considera a una intervención quirúrgica como un evento angustiante, es necesario, como lo menciona Lazarus y Folkman (1984), poner en juego las estrategias de afrontamiento, para hacer frente a esta situación de la mejor forma.

Es por esta razón que el presente estudio se enfocó a indagar si existe alguna relación entre el nivel de ansiedad que presentan los niños ante un evento quirúrgico y las estrategias de afrontamiento que pone en marcha el cuidador primario de estos niños, en virtud de que constituye su principal fuente de apoyo y cuidado.

CAPÍTULO 1

NIÑEZ MEDIA

*“Los niños viven en un mundo
de imaginarios y sentimientos...
Confieren al objeto más significativo
la forma que a ellos plazca y ven en él
cualquier cosa que quieran ver”
Adam G. Oehlenschläger.*

La niñez media abarca de los seis a los doce años, es un periodo interesante para aprender y perfeccionar diversas habilidades, desde la lectura, la escritura y las matemáticas hasta practicar diversos deportes y pasatiempos. El niño suele concentrarse en probarse así mismo, en superar sus propios retos y los que el mundo le impone. En principio, si tiene éxito, será una persona capaz y segura de sí misma; si fracasa, puede experimentar sentimientos de frustración e inferioridad o tener un sentido débil de su control de su realidad. Conviene recordar que los factores físicos, cognitivos y psicosociales se combinan para producir el desarrollo individual (Craig y Baucum, 2001).

1.1 Desarrollo Físico y Motor.- El crecimiento es más lento y estable durante la niñez media que en los dos primeros años de vida. Los hábitos motores del niño, especialmente aquellos que tienen que ver con la coordinación de ambos lados del cuerpo y la ejecución de tareas complejas, se benefician con conexiones más rápidas en el encéfalo. El cuerpo calloso, que conecta los hemisferios cerebrales, sigue madurando durante la

segunda infancia, este proceso de maduración es fundamental para el equilibrio e incluso para realizar tareas manuales delicadas (Stassen, 2006). Por lo que el escolar adquiere mayor dominio sobre sus movimientos, realizando un progreso en la exactitud, el lanzamiento y el atrapar objetos.

Entre los seis y los ocho años, el prosencéfalo pasa por un crecimiento rápido temporal, a los ocho años tiene 90% de su tamaño adulto. El desarrollo del cerebro en este periodo produce un funcionamiento más eficaz, sobre todo en los lóbulos frontales de la corteza, que tienen una participación decisiva en el pensamiento y en la conciencia. Además la lateralización de los hemisferios es más notoria en la etapa escolar, maduran la escritura y la función del cuerpo caloso, es el tiempo en que según las propuestas piagetianas, los niños suelen realizar la transición a la etapa de las operaciones concretas, que ocurre entre los siete y doce años de edad, se caracteriza por el uso activo y adecuado de la lógica. El pensamiento operacional concreto implica la aplicación de operaciones lógicas a problemas concretos. Debido a que son menos egocéntricos, son capaces de tomar en cuenta múltiples aspectos de una situación, una habilidad conocida como descentración (Thatcher, 1987; Feldman, 2008). Por lo que este desarrollo cognitivo le permitirá al niño reaccionar y entender el proceso de hospitalización y de cirugía de diferentes maneras y mostrar variadas preocupaciones en relación con estos eventos.

Alfaro y Atria (2009), mencionan que en edad escolar, se produce un temor por la naturaleza física de la enfermedad. Hay preocupación por la separación del grupo de compañeros/as y de la capacidad de mantener su relación en el grupo. Percibe la enfermedad como una causa externa, pero localizada en el cuerpo. Comienza la identificación de las consecuencias que conlleva la enfermedad como tal, la preocupación por la recuperación total, que tiene directa relación con la separación de pares, es decir del

alejamiento con el grupo de amigos, con quienes descubre aspectos nuevos y que generan un grado de satisfacción para los mismos.

En el artículo "Calidad de vida del Niño Hospitalizado" Sierra (1999) manifiesta que cuando un niño es hospitalizado, se siente abandonado por su familia, el niño no entiende porque para estar bien, tiene que estar solo. Un punto de vital importancia dado que influye directamente en el afrontamiento y recuperación de la enfermedad, debido a que provoca en el niño sensación de ansiedad, tristeza, desamparo, estrés, ente otras.

En la infancia la hospitalización puede tener repercusiones negativas por la poca capacidad de asimilación de situaciones nuevas, la dependencia de terceros, la falta de puntos de comparación para asimilar estas experiencias y por sobre todo la alteración del proceso de desarrollo normal del niño y de su familia.

1.2 Desarrollo de la Personalidad.- Para Fromm la personalidad es la "totalidad de las cualidades psíquicas heredadas y adquiridas que son características de un individuo y que hacen al individuo único. La diferencia entre las cualidades heredadas y las adquiridas es en general sinónima de la diferencia entre temperamento, dotes y todas las cualidades psíquicas constitucionales, por una parte y el carácter por la otra" (Cloninger, 2003).

A partir de esta definición, Fromm diferencia con nitidez entre los conceptos de temperamento y carácter. Para él, el temperamento está referido a aquello que es puramente biológico, constitucional o ligado a las características físicas de la persona y que por tanto no se puede modificar. Por el contrario el carácter es el conjunto de características psíquicas ligadas a la experiencia, a la vida social, a la cultura, a la influencia del medio y que por tanto son susceptibles de modificación "hasta un cierto punto" mediante el conocimiento de uno mismo y por nuevas experiencias (Cloninger, 2003).

S. Chess y A. Thomas (1996), definieron el temperamento como un estilo de conducta, como la forma en que las personas se comportan, independientemente de la motivación o lo bien o mal que lo hagan; probablemente de origen biológico, y que va a influir en el desarrollo del individuo. Al respecto Caspi (2000), concluye que el temperamento observado a los tres años de edad permite predecir los trastornos de conducta, la estructura de la personalidad y la calidad de las relaciones interpersonales en el adulto joven, así como la adaptación social, laboral e incluso el riesgo para padecer un trastorno psiquiátrico.

Por tal motivo es importante el análisis de la ansiedad como rasgo, ya que se considera como una característica de personalidad relativamente estable (a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones), haciendo referencia a la disposición del individuo para percibir situaciones como peligrosas o amenazantes y a la tendencia a responder ante estas situaciones con ansiedad (Endler y Kocovski, 2001). Por lo que personas con niveles elevados de ansiedad, muestran tendencia al miedo, la tensión, la preocupación, son personas inestables a nivel emocional, que experimentan con frecuencia sentimientos de tristeza, soledad o ira. En cambio las personas con niveles bajos de ansiedad tienen estabilidad emocional, son personas seguras de sí mismas, tranquilas (Andrews, 1996).

Una propuesta interesante en relación con los modelos psicobiológicos de la personalidad es la que realiza Cloninger y Svrakic (1993). Para este autor resulta importante distinguir entre temperamento y carácter. El temperamento se refiere al componente de la personalidad que se hereda de forma moderada, se mantiene estable a lo largo de la vida y está en relación con los hábitos, emociones y respuestas automáticas (Cloninger y Svrakic, 1992). Incluye cuatro dimensiones: Búsqueda de Novedades, Evitación del Daño, Dependencia de la Recompensa, y Persistencia. El carácter se refiere a los procesos cognitivos que influyen en

nuestras intenciones y actitudes. Es menos heredable, moderadamente influenciado por factores sociales y culturales, y madura desde la infancia (Cloninger, 1994; Svrakic, 1996). Tres son las dimensiones que componen el carácter: Autodirección, Cooperación, y Transcendencia.

Así, los valores más altos en las dimensiones búsqueda de novedades y evitación del daño pueden repercutir de forma negativa en la propia estima (autodirección) y en la adaptación a la sociedad. Las personas pesimistas y temerosas (alta evitación del daño) parecen tener menos propósitos y recursos (baja autodirección), ser menos tolerantes socialmente y menos colaboradores (Cloninger y Svrakic, 1992).

En este sentido, los niños que evitan más el riesgo son más ansiosos y perciben que su propia estima es menor (Cloninger y Svrakic, 1992; Gothelf, 2004; Luby y Svrakic, 1999; Rettew and Copeland, 2004; Schmeck and Goth, 2001). Por otro lado el trastorno obsesivo compulsivo y otros trastornos de ansiedad se han relacionado con elevada evitación del daño (Gothelf, 2004), ya que algunos autores relacionan esta característica temperamental con personas inhibidas, retraídas, cautelosas, tensas, tímidas, aprensivas y pesimistas. Así, por ejemplo, un niño con elevados niveles de inhibición conductual se muestra temeroso ante desconocidos y suele evitar las situaciones sociales en las que debe entablar relación con personas que no conoce. Muchos estudios han asociado este rasgo temperamental en los primeros años de vida con la presencia de Fobia Social en la infancia, la adolescencia o la adultez (Clark, Watson y Mineka, 1994; Matthews, 1998; Watson, Clark y Harkness, 1994).

El modelo de relación entre personalidad, afrontamiento y adaptación de Hewitt y Flett (1996), asume que la personalidad determina las estrategias de afrontamiento que utilizará el individuo en situaciones estresantes, siendo éstas a su vez, las que permitirán al sujeto un alto o bajo nivel de adaptación. Los estudios que se enmarcan dentro de este modelo,

evalúan la posible relación entre los niveles de una determinada variable disposicional de personalidad y la utilización de determinadas estrategias de afrontamiento (Endler y Parker, 1990). Concretamente, estos trabajos tratan de determinar si ciertas variables de personalidad llevan a utilizar estrategias de afrontamiento que conducen a un bajo nivel de adaptación. En este sentido, la mayoría de las investigaciones se han centrado en el neuroticismo, y los resultados de las mismas muestran la existencia de una relación significativa entre altos niveles de neuroticismo y estrategias de afrontamiento que predicen una adaptación deficiente (Bolger, 1990; Costa y McCrae, 1990; Endler y Parker, 1990; Epstein y Meier, 1989). Así, evidencia empírica reporta que los sujetos con altas puntuaciones en neuroticismo utilizan estrategias de afrontamiento poco eficaces, como el catastrofismo, en el manejo del estrés (Affleck, Tennen, Urrows y Higgins, 1992). Por lo que el uso de este tipo de estrategias de afrontamiento modula la relación entre el neuroticismo y el malestar psicológico (Bolger, 1990; Ramírez, Esteve, & López, 2001).

En este sentido, las investigaciones de neuroticismo, ansiedad y extroversión median en la relación existente entre estrés y salud (Sánchez Cánovas y Sánchez López, 1994). Evidenciado que las puntuaciones altas de neuroticismo se asociaron con más angustia, intensidad del dolor, síntomas depresivos y discapacidad (Elfström, Kreuter, Rydén, Persson y Sullivan, 2002), prediciendo un afrontamiento y adaptación deficiente (Persson & Sahlberg, 2002).

Con respecto a la extraversión, Eysenk (1971) hipotetizó que las personas que poseían esta característica de personalidad, tenían mayores umbrales para el dolor y más tolerancia hacia él que las introvertidas, lo cual fue confirmado por algunos trabajos pioneros (Palermo & Fernández – Abascal, 1999). Acorde con lo anterior, estudios posteriores han sugerido que altas puntuaciones de extraversión determinan un mejor ajuste a la

enfermedad (Ramírez, Esteve, & López, 2001). No obstante, Ramírez y Valdivia (2003) observaron que los pacientes con puntuaciones altas en extraversión y neuroticismo tuvieron mayor requerimiento de analgésicos luego de una cirugía y mostraron mayores niveles de dolor postoperados, resultados similares obtuvieron Rodríguez, Esteve y López (2000), quienes observaron que los pacientes extravertidos requerían más analgésicos y recibían más medicación después de una cirugía que los introvertidos.

Se ha encontrado que, entre las estrategias que facilitan la adaptación adecuada a la enfermedad se encuentran: la percepción de autoeficacia, el optimismo, el realismo y las conductas activas en la solución de problemas (Sandín, 1999). Facilitando la percepción que la persona tiene de su enfermedad y por lo tanto el nivel de estrés disminuirá considerablemente (Crespo & Labrador, 2003).

Desde esta perspectiva, se postula que determinadas variables de personalidad pueden actuar como precursoras o controladoras de los efectos que el estrés tiene sobre el individuo, lo cual ha llevado a algunos autores a considerarlas como recursos personales internos con los que el individuo cuenta para incrementar su potencial en el abordaje efectivo del estrés (Crespo & Labrador, 2003; Jerusalem y Schwarzer, 1989; Keefe, Dashikar, Zuck & Caldwell, 1998; Palermo & Fernández – Abascal, 1999).

Moix (1990 a), en su estudio basado en el modelo de Lazarus (Lazarus y Folkman, 1986), en donde el objetivo era identificar los predictores de la ansiedad prequirúrgica, encontró que los pacientes que consideraban la intervención quirúrgica como más amenazante y menos controlada eran los que experimentaban más ansiedad. Concretamente, la amenaza y el control explicaron un 37% de la variabilidad en la ansiedad. Estos datos corroboran una vez más el modelo de Lazarus, en donde la ansiedad prequirúrgica parece depender, principalmente, de

como el paciente evalúa la situación de someterse a una intervención quirúrgica.

Por lo que la posibilidad de ejercer control, real o imaginario (Rothbaum, Weisz y Snyder, 1982; Thompson, S. C. 1981), sobre la amenaza, es uno de los muchos factores que se postula pueden afectar el afrontamiento. Siguiendo esta línea de estudio, se considera que los individuos vivan sus procedimientos de afrontamiento en función de la posibilidad que tienen de poder controlar o no aquello que representa la amenaza.

Otro factor que también considera que afecta al proceso de afrontamiento son las características internas del individuo (Miró y Raich, 1998), ya que el temperamento del paciente, tal como se mencionó, es un predictor de ansiedad. Niños entre 1 a 5 años de edad están en riesgo mayor para desarrollar ansiedad extrema. Niños que son tímidos o inhibidos o que tienen un alto grado de inteligencia y carecen de buenas capacidades adaptativas tienen riesgo aumentado. Los pacientes sobre 6 años pueden anticipar que van a sentir dolor y/o que se van a dormir de lo cual pueden no despertar (quizá lo relacionen a alguna mascota a la cual se la puso a "dormir"). Los niños mayores tienen otras estrategias de afrontamiento que incluyen extensos cuestionarios al anesthesiólogo, tanto en relación al proceso anestésico-quirúrgico como a las tecnologías usadas, que son empleados como mediadores de la ansiedad (Kain, Mayes y Caramico; 1999).

Tomando esto último como referencia riesgo, por definición, refleja la idea de que los niños que experimentan un factor de riesgo en particular tienen una mayor probabilidad de sufrir problemas psicológicos, esto no denota que todos o la mayoría de los niños en situación de riesgo desarrollarán problemas psicológicos, por ejemplo, aunque los niños de padres ansiosos tienen de dos a cinco veces más vulnerabilidad a

desarrollar problemas de conducta a diferencia de los hijos de padres no ansiosos, la mayoría de ellos desarrollan a lo largo de su vida una adaptación evolutiva normal (Cummings y Davies, 1994).

Cowan, Cowan y Schulz (1996) mencionan que los riesgos deben ser considerados como proceso. Los ingredientes activos de un riesgo no se encuentran en la variable de sí mismo, sino en el conjunto de procesos que se derivan de la variable, que vinculan las condiciones de riesgo específicos con determinados objetivos de disfuncionalidad. Una mejor comprensión de los factores y procesos que podrían explicar el riesgo requiere (1) un enfoque amplio sobre la cartografía de la naturaleza multifactorial de los contextos de riesgo y (2) un enfoque de grano fino en la distinción entre las constelaciones de diversos procesos de riesgo. Sin embargo, la simultaneidad de factores de riesgo y de protección a menudo hace que la tarea de separar, las influencias que subyacen en los resultados sea difícil.

La exposición al riesgo no prejuzga la aparición de la psicopatología, es decir, el riesgo no necesariamente se traduce en una mala adaptación específica que viven los niños. La heterogeneidad del desarrollo de los resultados es la regla, incluso con la exposición a algunos de los factores de riesgo más robusta. Por ejemplo, aunque la ansiedad de los padres se considera un factor de riesgo fuerte (Méndez, 2002; Brophy y Erickson, 1990; Davies, 1984) los niños de padres ansiosos presentan una amplia gama de conductas, tanto de adaptación y de desadaptación ante la hospitalización (Alonso, 2005; Wertlieb, Hauser y Jacobson, 1986; Daniels, 1987).

Al respecto Sineiro y Paz (2007), mencionan que la ansiedad materna incrementa la respuesta negativa en niños ya vulnerables; ya que posiblemente las conductas maternas que responden a un patrón ansioso sensibilizan más al niño, intensificando su malestar y consolidándose y organizándose en patrones rígidos que pueden producir formas específicas

de conducta alterada, influyendo notablemente en el ajuste psicológico y social del paciente pediátrico en la situación hospitalaria.

El componente más relevante en primer lugar es el factor de riesgo en sí mismo (es decir, de los padres ansiosos). Dentro de los modelos interpersonales, la ansiedad de los padres puede ser experimentada directamente por los niños, es decir, los niños pueden ser influenciados por la exposición a las características de ansiedad de los padres (es decir, su sintomatología ansiosa), pero esta influencia es sólo uno de las muchas posibles influencias sobre los resultados del niño (Cohn & Tronick, 1983, 1989; Field, 1992).

El segundo componente de interés es la clase de mediación de los acontecimientos. Los mediadores, por definición, son conceptualizados para explicar (al menos en parte) con precisión cómo y por qué variables distales aumentan el riesgo de los niños para la psicopatología. La experiencia hospitalaria y quirúrgica (falta de familiaridad con el medio y desconocimiento del procedimiento médico) y las características del niño (por ejemplo, edad, temperamento), constituyen los tipos de mediación de los acontecimientos; más concretamente, la hipótesis de ansiedad de los padres está asociada con las características de la experiencia hospitalaria y quirúrgica, en las formas de reciprocidad. En virtud a esta concurrencia, la exposición de los niños al proceso hospitalario y quirúrgico, a su vez, se postula directamente a comprometer la salud psicológica de los niños y por tanto cuenta como riesgo en los niños con padres ansiosos (Cummings, Davies & Campbell, 2000).

Hacia el objetivo de identificar el "cuándo", o más específicamente, en qué condiciones los factores de riesgo tienen sus efectos más poderosos, los modelos sinérgicos especifican que la concurrencia de dos o más factores incurre en un mayor impacto nocivo que la suma de los factores considerados aislados unos de otros (Pellegrini, 1990; Rae-Grant, Thomas,

Offord y Boyle, 1989; Rutter, 1983). Como resultado de ello, un factor, o un conjunto de factores, puede potenciar o aumentar exponencialmente el riesgo de otro factor. En una demostración clásica de este modelo, Rutter, Tizard, Yule, Graham y Whitmore (1977), encontraron que el riesgo de psicopatología en los niños expuestos a cualquiera de los factores de riesgo de la familia (por ejemplo, la discordia de la familia, trastorno psiquiátrico materna (ansiedad, depresión), la disolución de la familia) en el aislamiento era comparable a los riesgos para los niños que no experimentaron ningún factor de riesgo. Sin embargo, experimentar dos o tres factores de riesgo aumentan la incidencia de trastornos psiquiátricos infantiles al triple (6% vs 2%), con un aumento exponencial a la exposición de cuatro factores de riesgo (20%).

La identificación de factores protectores y la forma adoptada por sus efectos en distintos contextos y ámbitos de funcionamiento es útil sobre todo en el sentido de que son marcadores indirectos para el ejercicio último de comprensión de los procesos que conducen a la resiliencia, definida esta como procesos psicológicos que operan en oposición a los procesos de vulnerabilidad a la adversidad. Mientras que muchos investigadores han usado los términos indistintamente, la distinción entre "factores de protección" y "procesos de protección" (o mecanismos) es crítica. Como factores de riesgo, factores de protección sólo se centran en las características de los contextos (es decir, cuándo) y particulares (es decir, que) que pueden promover la adaptación frente a la adversidad (Rutter, 1993).

Los factores de protección puede tener consecuencias resilientes incluyen (1) mitigar el riesgo del estrés, (2) reducir la exposición al estresor, (3) ciclos desfavorables o romper las cadenas de la desgracia provocada por un factor estresante, (4) el fomento de las evaluaciones positivas de sí mismo (por ejemplo, la autoestima, la confianza), (5) aumentar la gama de

oportunidades positivas, y (6) facilitar la adaptación y las habilidades de regulación emocional (Rutter, 1993). Por lo tanto, la simple identificación de un factor de protección es un paso para la búsqueda de la resiliencia.

Dado que cada individuo se enfrenta a la adversidad, cada individuo es probable que ponga a prueba los procesos de resiliencia; del mismo modo, cada individuo es probable que evidencie una cierta vulnerabilidad ante la adversidad, al menos en algunos contextos. Es el equilibrio entre los procesos de resiliencia y vulnerabilidad a la adversidad en contextos del desarrollo que determinan si se presenta psicopatología o normalidad (Cummings, Davies y Campbell, 2000).

Desde el punto de vista de salud mental, la hospitalización puede afectar el bienestar subjetivo, las relaciones interpersonales y el desarrollo de un niño; pero también puede ser una oportunidad para enriquecer su experiencia y lograr que desarrolle resiliencia, si se dan las condiciones necesarias. Desde esta perspectiva, la participación del paciente, el equipo de salud, la familia, las organizaciones de apoyo y las instituciones son importantes en la generación de un sistema de salud adecuado y funcional.

1.3 Influencia de la Familia Ante la Enfermedad.- Una meta esencial de la crianza consiste en mejorar la conducta autorregulada del niño; ya que los padres se interesan menos por impulsar la autonomía y fijan rutinas diarias para favorecer el aprovechamiento académico y desarrollo personal (Lamb, 1992).

El niño se adapta de manera óptima cuando sus padres favorecen la correulación, es decir, cuando paulatinamente van generando la cooperación y comparten la responsabilidad ante situaciones que producen estrés, como puede ser la pobreza, el divorcio, sufrir una enfermedad o lesión seria, etc. Un factor determinante en la capacidad del niño para

enfrentar con éxito un hecho de este tipo, es la percepción o comprensión que tenga el niño del suceso (Maccoby, 1992).

En el periodo preoperatorio, la cirugía promueve ansiedades y temores en toda familia, y cada uno de sus integrantes los controlan según sus posibilidades. Aparecen muchos temores irracionales vinculados al recuerdo de historias familiares (enfermedades, complicaciones o muertes que amenazan con repetirse).

La dinámica de la interacción entre el enfermo quirúrgico y su familia durante la internación depende del tipo de vínculos preexistentes, y en este sentido un factor limitante de los efectos beneficiosos de la acción del grupo familiar, lo constituye la falta de comunicación o su distorsión, al igual que una estructura familiar aglutinada o con roles fijos e inflexibles. (Giacomantone y Mejía, 1997).

Las investigaciones señalan con claridad que las familias adaptables y cohesivas, con patrones de comunicación abierta y con buenas técnicas para la resolución de los problemas, están mejor preparadas para sobrellevar esta clase de situaciones (Craig y Baucum, 2001).

Por el contrario, el tipo de crianza en donde se le restringe, invalida y manipula la experiencia psicológica y expresión emocional de los niños, está relacionada con internalización de los síntomas tales como depresión, comportamiento suicida y trastornos de ansiedad ((Chorpita & Barlow, 1998; Kaslow, Deering & Racusia, 1994), síntomas de externalización como la agresividad, la conducta hostil, de oposición, y delincuentes (Barber, 1996; Rothbaum y Weisz, 1994; Steinberg, Lamborn, Darling, Mounts, & Dornbusch, 1994).

Igualmente se ha observado que conflictos familiares y de agresión, tienen efectos adversos sobre la salud en la infancia y la adultez, en el crecimiento físico y del desarrollo (Stein, Woolley, Cooper, & Fairburn, 1994). Investigaciones longitudinales han vinculado la falta de apoyo y una

crianza deficiente durante la infancia a mayores tasas de enfermedad y dolencias físicas varios años más tarde (Gottman, Katz & Hooven, 1996, 1997; Wickrama, Lorenz, y Conger, 1997).

En estudios transversales que incluyeron evaluaciones independientes sobre la salud y el medio ambiente familiar, encontraron un pobre crecimiento durante la infancia (Valenzuela, 1997), y, entre los niños diagnosticados con un problema médico, se observó menos control y aumento en la gravedad de los síntomas de la enfermedad. (Martin, Miller - Johnson, Kitzmann, & Emery 1998).

También varias formas de estrés crónico en el hogar como desacuerdos matrimoniales o trastornos emocionales de los padres, hacen que sus hijos tengan mayor probabilidad de tener múltiples admisiones hospitalarias que otros niños procedentes de familias emocionalmente seguras (Palomo, 1995).

Por lo que la influencia de los padres en la experiencia del niño en el hospital comienza antes de la hospitalización. En este sentido se ha encontrado que los niños que proceden de hogares estables y con buena comunicación entre padres e hijos tienen mayor probabilidad de tener menos trastornos durante y después de la hospitalización que los niños procedentes de situaciones familiares inestables. Aquellos que están emocionalmente seguros, tienen un mayor control de su realidad, son más capaces de relacionarse con la gente y afrontar el estrés y la ansiedad (Palomo, 1995).

Debido a la variedad de dinámicas familiares y características individuales, las formas en que los padres manifiestan sus sentimientos sobre la hospitalización y enfermedad son numerosas.

Cuando el equilibrio familiar normal se altera debido a la enfermedad y hospitalización de un hijo, con seguridad surgirán cambios en los padres, en sus comportamientos, reacciones, actitudes y relaciones. Las distintas

reacciones suelen ir desde un continuo que va desde la sobreprotección y el excesivo consentimiento, hasta comportamientos de rechazo, olvido y maltrato.

Cuando hay una adaptación familiar normal frente al estrés preoperatorio, la ansiedad del paciente es conocida y compartida por el grupo, reconociendo y tolerando cada uno su propia preocupación, sin recurrir a conductas defensivas rígidas, contribuyendo al control emocional del paciente en su recuperación tras la cirugía, pues le ayuda a tolerar la frustración, contrarrestar la desesperanza y las inevitables privaciones psicofísicas de todo postoperatorio. Tienen con respecto al cuidado del paciente un funcionamiento naturalmente autorregulado, atienden al operado de una manera flexible (Giacomantone y Mejía, 1997; Ochoa y Polaina – Lorente, 1999; Pelechano, 1991).

En cambio, las familias más aglutinadas suelen ejercer una acentuada sobreprotección, con roles fijos. Tampoco permiten un adecuado manejo de la atención médica y de enfermería, controlando permanentemente la tarea de las enfermeras en busca de errores, verificando el goteo del suero o los horarios de administración de los medicamentos. En muchas ocasiones, detrás de estas actitudes existe fuerte ambivalencia, y junto al amor y los aparentes cuidados solícitos hay reproches, agresión o sentimientos de culpa. No es raro que, de pronto, ello derive en conflictos y peleas, y por etapas el enfermo sea abandonado en mayor o menor grado por su familia.(Giacomantone y Mejía, 1997; Ochoa y Polaina – Lorente, 1999; Pelechano, 1991).

Mostrar conductas de sobreprotección y rigidez, pueden llegar a obtener en los niños respuestas de extremado apego y dependencia, hasta llegar a producir en ellos una invalidez crónica, la cual, a su vez, es reforzada por beneficios secundarios, tales como abundancia de juguetes, eliminación de responsabilidades, la preocupación constante por parte los

padres y exceso de atención. Muchas veces, se puede llegar a una evitación de la disciplina para con el niño, impidiendo la adaptación adecuada del niño enfermo a su entorno familiar social y escolar (Ochoa y Polaina – Lorente, 1999).

1.4 El Niño Ante la Enfermedad.- La infancia es una fase del desarrollo humano de especial vulnerabilidad ante situaciones traumáticas, ya que sus funciones y capacidades psíquicas no están en pleno desarrollo y porque el niño tiene menos desarrolladas las capacidades de afrontamiento; por lo que ante una enfermedad, hospitalización e intervención quirúrgica la respuesta inmediata de cualquier niño puede variar según los órganos afectados y sus correspondientes repercusiones físicas, psicológicas y sociales (Alonso, 2005).

Por tal razón existen patrones amplios de respuesta que parecen ser característicos de todos los niños, debiéndose sus variaciones a las diferencias individuales y al nivel de desarrollo de cada niño.

Ante un evento de hospitalización, los bebés de menos de 6 meses de edad no se inquietan de modo alguno en el hospital; sin embargo, durante el período de los seis meses a los cinco años el niño es muy vulnerable psicológicamente a la experiencia hospitalaria, siendo la edad más peligrosa la comprendida entre los seis meses y los dos años. Durante este período, el niño debido a su pensamiento egocéntrico y mágico, se atribuye a sí mismo la causa de su enfermedad y del abandono “por haber sido malo”. Estos niños son más vulnerables a mostrar regresiones, rechazos, depresiones, etc. como consecuencia de los efectos emocionales ocasionados por la separación materna, la enfermedad y su tratamiento (Ochoa, 1999).

Entre los dos años y la edad de la entrada en la escuela, la significación psicológica de la enfermedad y su tratamiento puede ser más

grave que el efecto de la separación de su madre. El niño en edad escolar avanzada comprende la naturaleza de la experiencia de hospitalización de forma más amplia, pero puede mostrar una regresión o ansiedad sobre el funcionamiento de ciertos órganos, relacionados con ideas corporales incompletas (Alonso, 2005).

Al respecto de una intervención quirúrgica, durante los primeros 18 meses, puede generar una sensación de inestabilidad y de falta de sostén, generando sentimientos de inseguridad. Si el niño es intervenido en la etapa de adquisición de las destrezas motoras puede dejar de exhibir destrezas recientemente adquiridas y volverse apático y pasivo. Además los niños muy activos privados del movimiento por alguna situación se pueden ver limitados en la descarga de tensiones y a veces presentar conductas auto y heteroagresivas (Cwaigenbaum, 2001).

CAPÍTULO 2

ANSIEDAD

*“No hay nada bueno ni malo en sí mismo
es nuestro pensamiento quien lo transforma”*

William Shakespeare

Algunas personas se alteran más fácilmente, con más frecuencia y más intensamente que otras personas, una posible explicación es que sus vidas son más estresantes. La gente se sentirá más ansiosa bajo circunstancias estresantes que bajo circunstancias no estresantes. Pero la gente se diferencia en su tendencia a reaccionar con ansiedad; es obvio que distintas personas respondan con distintos niveles de ansiedad a la misma situación.

2.1 Etimología.- La palabra angustia proviene del latín angor, que etimológicamente hace referencia a una sensación de angostura, de estrechez, de estenosis. La raíz griega quiere decir "estrangular". En uno y otro caso hay una referencia a la opresión. En gran parte de la literatura médica angustia y ansiedad aparecen como términos sinónimos, y en algunas lenguas, como la alemana, sólo existe un vocablo que agrupa indistintamente a las dos: Angst. En cambio, en francés existen dos conceptos: angoisse y anxiété. Lo mismo sucede en la lengua inglesa: anguish y anxiety. En castellano hablamos también de dos experiencias distintas, aunque con frecuencia no hacemos distinciones entre estas (Moliner, 1971; Sáinz de Robles, 1975; Casares, 1991).

La ansiedad es una sensación de temor ante algo difuso, vago, este temor indefinido se experimenta como anticipación de lo peor. Es decir, el futuro, cargado de malos presagios, se precipita sobre el presente provocando una anticipación temerosa llena de incertidumbre. En contraste, ante el miedo en que se utilizan medidas racionales para escapar, ya que existe un referente externo. En la ansiedad lo indefinido de su fuente pone esa nota etérea y desdibujada hacia la cual no es posible dirigirse. Por eso, la ansiedad está dominada por la perplejidad. Hay mucho en ella de sorpresa (Rojas, 1998).

La ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva, esto quiere decir que se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior, que podemos calificar de emoción, con las características apuntadas para la misma (Brody, 2000).

La angustia se define generalmente como "un estado afectivo penoso, en relación ya sea con una situación traumatizante actual, ya con el temor de un peligro vinculado a un objeto indeterminado". Tal definición tiene como resultado estas nociones (Puyuelo, 1984):

- a) Distinción de la angustia, tanto del miedo a un objeto real considerado peligroso, con razón o sin ella, como de la reacción de pánico frente a este objeto.
- b) Existencia de una doble vertiente somática y psíquica de la angustia; hay que notar que en la terminología médica tradicional, el término ansiedad está reservado al aspecto psíquico y el de angustia a la vertiente somática.
- c) Necesidad de una diferenciación, de una autonomía entre uno mismo y el mundo exterior para que aparezca la angustia; si no, este afecto no tendrá más que una significación puramente biológica y se traducirá por una tensión somática.

El término de angustia tiene actualmente un significado muy general de vivencia penosa que implica una noción de amenaza, de inseguridad, cuyos orígenes no percibe claramente el sujeto.

Las teorías del aprendizaje explican que los principios del condicionamiento clásico o instrumental son suficientes para predecir un estado de ansiedad. Desde la perspectiva de que las asociaciones mal adaptativas y sus consecuencias conductuales necesitan experiencias correctoras surgen muchas formas de tratamiento psicológico (Bobes y Bousoño, 2002).

En la teoría de Red de Sistemas se llama sistema de inhibición o autoconservación a la base biológica de la dimensión de ansiedad. Se define como un sistema cerebral motivacional que, en presencia de señales de peligro o de castigo, activa todos los sistemas psicobiológicos específicos del organismo, y los pone a su servicio, a fin de poder evitar, o bien afrontar satisfactoriamente, las situaciones amenazantes. Su finalidad es la evitación de daño, y se corresponde con el viejo instinto de conservación (Font. 2004).

En conjunto, todas las teorías psicodinámicas, psicológicas, del aprendizaje y cognitivas, aunque difieren en la identificación de los procesos que activan la ansiedad, comparten la noción unitaria de que los mecanismos psicológicos subyacentes en la ansiedad son afectivos y fisiológicos.

2.2 Síntomas.- Estos síntomas pueden reunirse también en cuatro grupos: físicos, psicológicos, de conducta e intelectuales. Cada uno de ellos abarca una determinada área, aunque la ansiedad en sí misma contiene siempre mezcla de unos y de otros.

La sintomatología de la ansiedad es muy variada y en cada sujeto pueden aparecer síntomas relativamente distintos, aunque se espera que exista un número básico común.

a) Físicos y Fisiológicos.

Son producidos por una serie de estructuras cerebrales intermedias donde residen o se asientan las bases neurofisiológicas de las emociones, y participa el sistema nervioso autónomo, el sistema nervioso central en sus distintas partes y relaciones; así como las conexiones entre la corteza cerebral y el hipotálamo (Rojas, 1998).

Existe una hiperactivación autónoma que se traduce en la presencia de síntomas cardiocirculatorios (palpitaciones, taquicardia, opresión en el pecho, hipertensión arterial), respiratorios (disnea, sensación de ahogo, hiperventilación, suspiros, bostezos), sensoriales (mareos, sensación de inestabilidad, visión borrosa, midriasis o dilatación anormal de las pupilas, parestesias o sensación de hormigueo, desrealización), digestivos ("nudo" en la garganta, náuseas, vómito, diarrea, estreñimiento), vegetativos (sofocaciones, escalofríos, oleadas de calor, sudoración, sequedad de mucosas, manos frías y húmedas, producción y excreción de gran cantidad de orina) e "instintivos" (pesadillas, dificultad para conciliar el sueño, sueños angustiosos, anorexia, bulimia, hiperfagia, disminución o aumento del apetito sexual) (Meares, 1963; Beck y Emery, 1985; Rojas, 1998; Corsini, 1999; Gándara y Fuentes, 1999; Font, 2004; Gómez, 2008).

La ansiedad está asociada con el índice cardíaco y la presión sanguínea (Kelly, 1980; Sánchez - Sosa, 2002), generando, así, cambios fisiológicos como la liberación de catecolaminas por activación del eje neuroendocrino que provoca vasoconstricción, haciendo que la tasa cardíaca se eleve e incrementen los ácidos grasos, triglicéridos, plaquetas y colesterol en la sangre, con el consiguiente aumento de su viscosidad y de su presión sobre las arterias (Salgado, 2001), lo que se traduce en

aumento de presión arterial. Además aceleramiento del ritmo cardiaco o taquicardia, náuseas, dificultades de respiración y alteraciones del sueño (Pinel, 2001).

b) Psicológicos.

Se manifiestan por una sensación de inquietud psíquica, nerviosismo, desasosiego, desazón, agobio, vivencias amenazantes, aprensión, sentirse atrapado al borde de un peligro, miedo o pánico, temores difusos, temor a perder el control, inseguridad, hipoprosexia (disminución de la atención), pérdida de energía, melancolía, sensación de vacío y presentimiento de la nada. Cuando la ansiedad es muy intensa puede haber: Temor a la muerte, a la locura o a suicidarse (Rojas, 1998; Gándara y Fuentes, 1999; Vallejo y Gastó, 2000).

c) Conductuales

Suele presentarse inquietud psicomotora, tendencia al llanto como consecuencia de sentimientos de impotencia y de sobrecarga tensional conductas de evitación de objetos o situaciones que provocan miedo o ansiedad así como una respuesta de alarma. Puede también existir agitación psicomotora.

El sujeto con ansiedad se encuentra con temblores, sobresaltos con estremecimientos o sacudidas musculares. También se detecta parpadeo frecuente, ceño fruncido, cara tensa y marcha inestable, comportamiento de alerta, hipervigilancia, dificultad para la acción, disminución o ausencia de la eficacia operativa, expresión facial congelada o displacentera, voz cambiante y con altibajos en sus tonos (Lesse, 1970; Beck y Emery, 1985; Rojas, 1998; Vallejo y Gastó, 2000).

d) Cognitivos

Existen preocupaciones excesivas sobre circunstancias reales o imaginadas del presente o de futuro inmediato (expectación aprensiva), anticipación del peligro o de que “algo malo va a pasar”, tener pensamiento

polarizado o de todo o nada, valorar los sucesos de manera extrema, categorizar las cosas en términos absolutos sin tomar en cuenta los grados intermedios (Beck, 2000), centrarse en detalles selectivos nocivos, interpretaciones amenazantes de las circunstancias del entorno, ideas de inseguridad e impotencia, sobregeneralización, llegar a conclusiones negativas que van mucho más allá de lo que la situación sugiere (Beck, 2000), una hipervigilancia ante estímulos que puedan representar amenazas potenciales, patrones automáticos y estereotipados en la forma de responder, dificultad para concentrarse y tendencia a la duda (Beck y Emery, 1985; Rojas. 1998; Font, 2004).

2.3 Reacciones Físicas y Psicológicas Ante un Procedimiento

Quirúrgico.- La cirugía se encuentra entre los acontecimientos más estresantes para los seres humanos, pues obliga a hacer importantes adaptaciones físicas y psicológicas (Ricci, 1995; Moix, 1990 b); siendo los síntomas psicofisiológicos que usualmente acompañan la ansiedad durante los momentos del acto operatorio, los cuales en ocasiones pueden persistir hasta muchos meses después de la intervención quirúrgica; incluyen taquicardias, arritmias, elevaciones de la tensión arterial, disnea, etcétera. Por lo que la ansiedad preoperatoria está asociada a mayor frecuencia de accidentes anestésicos, mayor vulnerabilidad a las infecciones, mayor estadía hospitalaria, y mayores niveles de dolor posoperatorio (Moix, 1990 b).

Estudios realizados al respecto, plantean que la indicación de tratamiento quirúrgico produce niveles de ansiedad moderados, los cuales se incrementan hasta alcanzar su máxima intensidad el día de la operación, así pues la prequirúrgica está significativamente asociada al dolor posoperatorio, la elevación de la tensión arterial en el preoperatorio y la

necesidad de consumir analgésicos y sedantes (Milar, 1995; Pérez, Martín y Quiñonez, 2000).

2.4 Ansiedad en los Niños.- La ansiedad es una respuesta normal y adaptativa ante amenazas reales o imaginarias más o menos difusas que preparan al organismo para reaccionar ante una situación de peligro. Si esta ansiedad remite a estímulos específicos, se habla propiamente de miedo. La mayoría de los niños experimentan muchos temores leves, transitorios y asociados a una determinada edad que se superan espontáneamente en el curso del desarrollo.

El miedo constituye un primitivo sistema de alarma que ayuda al niño a evitar situaciones potencialmente peligrosas; el dolor, en cambio, advierte de un daño inmediato (Echeburúa, 1998).

Desde esta perspectiva, los miedos son respuestas instintivas y universales, sin aprendizaje previo, que tienen, por objetivo proteger a los niños de diferentes peligros. Según Gray (1971), los miedos innatos se pueden agrupar en cinco categorías generales:

- a) Miedo a los estímulos internos (ruidos o dolores)
- b) Miedo a los estímulos desconocidos (personas extrañas)
- c) Miedo a la ausencia de estímulos (la oscuridad)
- d) Miedo a estímulos que han sido potencialmente peligrosos para la especie humana en el transcurso del tiempo (la separación, las alturas, las serpientes)
- e) Miedo a las interacciones sociales con desconocidos.

En los niños de 4 - 6 años surge el temor a la oscuridad, a los catástrofes y a los seres imaginarios (brujas, fantasmas, etc.), así como el contagio emocional del miedo experimentado por otras personas y la preocupación por la desaprobación social (Echeburúa, 1998).

A medida que el niño crece y se desarrolla la capacidad de recordar el pasado y de prever el futuro, sus miedos van formulándose cada vez más en términos de peligros imaginarios o remotos, o bien en términos de desgracias que no le atañen inmediatamente pero que le pueden afectar en el futuro. Por ello entre los 6 - 9 años pueden aparecer temores al daño físico o al ridículo por la ausencia de habilidades escolares y deportivas. Ya en el período de la pubertad, los niños de 9 - 12 años pueden experimentar miedo a la posibilidad de catástrofes, incendios, accidentes; temor a contraer enfermedades graves; y miedos más significativos emocionalmente, como el temor a conflictos graves entre los padres, al mal rendimiento escolar, o, en ambientes de violencia familiar, el miedo a palizas o pleitos. Por último, entre los adolescentes de 12 - 18 años tienden a seguir temores más relacionados con la autoestima personal y con las relaciones interpersonales (Wenar, 1990).

Del análisis de las investigaciones que han abordado la prevalencia o frecuencia de miedos más comunes, entre la población de niños y adolescentes son los relacionados con la dimensión de peligro y muerte. Esta conclusión general se deriva tanto de los estudios basados en el FSSC-R (Fear Survey Schedule for Children - Revised) (McCathie y Spence, 1991; Sandín, Chorot, Valiente y Santed, 1998) como en el FSSC-II (Fear Survey Schedule for Children - II) (Gullone y King, 1993; Burnham y Gullone, 1997).

Ollendick, King y Frary (1989) con muestras de niños y adolescentes norteamericanos y australianos, al comparar las puntuaciones en intensidad de miedo según su contenido de éste (según las categorías de miedo), encontró que se producía un descenso asociado a la edad en todas las dimensiones excepto en la de miedos de tipo médico (recibir una inyección, ir al hospital, etc.). Resultados equivalentes a éstos fueron también

obtenidos en el estudio de Dong, Yang y Ollendick (1994) con una muestra de niños y adolescentes chinos.

Un resultado tal vez más llamativo fue el obtenido por Gullone y King (1993) en su estudio con una muestra de australianos. Estos autores, aparte de observar un descenso general en las restantes dimensiones de miedo conforme aumentaba la edad, para el factor que denominaron como miedos de estrés psíquico y médicos constataron una asociación positiva entre la edad y la intensidad del miedo. Aunque la edad media de inicio de las fobias del tipo sangre – inyecciones – daño parece ocurrir entre los 8 y 8.5 años de edad (Sandín, 1991), ciertos autores han interpretado este incremento de miedos médicos partiendo de la hipótesis de que los adolescentes tienen mayor grado de conciencia y preocupación corporal que los niños (Gullone y King, 1997).

El estudio de miedos específicos (Pelechano, 1981, 1984; Valiente, Sandín, Chorot y Tabar, 2003) nos induce a pensar que los miedos a sufrir daños físicos y corporales, a los lugares cerrados, al peligro o la muerte, a los relacionados con la enfermedad, podrían estar asociados con mayor intensidad al estrés infantil por hospitalización. Para Quiles, Ortigosa, Méndez y Perdroche (2000), en la adolescencia los miedos más relevantes serían el propio miedo a la estancia hospitalaria, el miedo a los procedimientos médicos (inyecciones, dolor, entre otros) y el miedo a la enfermedad y sus posibles repercusiones. Según Valiente et al. (2003), el miedo al peligro y a la muerte es una de las categorías más comunes, incluyéndose en ella el miedo a una enfermedad grave como uno de los cinco tipos más frecuentes en la infancia y la adolescencia.

La maduración emocional del niño, que supone el desarrollo de nuevas capacidades cognitivas y motrices, y las diferentes experiencias de aprendizaje, que traen consigo nuevas estrategias de afrontamiento,

parecen ser los responsables de este cambio en la orientación y desaparición de los miedos.

En cuanto a los factores biológicos que pudieran influir en el trastorno de ansiedad, Kagan, Reznick y Snidman (1987), han demostrado que los niños con grados extremos de timidez, inhibición o introversión en su temperamento presentan un riesgo aumentado de desarrollar un trastorno por ansiedad excesiva u otro trastorno de ansiedad. Sin embargo, queda aún por aclarar por qué no todos los niños con trastorno de ansiedad presentan inhibición conductual, ni todos los niños inhibidos desarrollan un trastorno de ansiedad.

Los factores familiares desempeñan un importante papel etiológico en los trastornos de ansiedad infanto - juveniles, tanto desde el punto de vista conductual como psicodinámico y biológico. Diferentes estudios epidemiológicos señalan el alto grado de correlación de los trastornos de ansiedad en niños y en sus familiares. Sin duda, los hijos de padres con trastornos de ansiedad tienen mayor riesgo de padecer un trastorno de ansiedad, lo cual se corrobora en el estudio realizado por Beidel y Turner (1997), en donde encontraron que los trastornos de ansiedad eran 54 veces más frecuentes en hijos de padres ansiosos que en los hijos de padres sin trastornos psiquiátricos.

Los primeros estudios sobre funcionamiento familiar de niños ansiosos señalaban la existencia de una relación entre la ansiedad infantil y ciertas tipologías familiares: sobreprotectoras, ambivalentes y con insatisfacción matrimonial. También se reconoce que la exposición permanente a unos padres ansiosos puede inducir a la ansiedad en el niño a través de mecanismos de aprendizaje social; de esta manera, el niño puede identificarse inconscientemente con el estilo parental de afrontamiento crónicamente ansioso (Bobes y Bousño, 2002).

2.5 Ansiedad en los Padres.- Después de Freud las teorías psicológicas sobre la ansiedad abandonaron la idea de los estados internos inconscientes y resaltaron el papel de las relaciones sociales precoces, poniendo la relación madre - hijo como prototípica. Así, la teoría de Eisenberg se centra en el análisis del estado interno de la madre y considera que es ella quien transfiere su propia ansiedad al niño, que aparece como una víctima secundaria (Bobes y Bousoño, 2002).

Por otra parte, los padres ansiosos, transmitiendo su propio miedo, pueden obstaculizar la exploración normal del entorno por parte del niño y el desarrollo de las estrategias de afrontamiento adecuadas (Echeburúa, 1998).

De acuerdo con la hipótesis del contagio emocional, si los padres exhiben un elevado estado de ansiedad suscitarán preocupación y nerviosismo en el niño, hecho observado por los profesionales que se oponen al acompañamiento paterno. Sin embargo, también se ha demostrado que la presencia de padres calmados resulta beneficiosa para el paciente pediátrico (Schulman, Foley, Vernon y Allan, 1967), para los padres (Bru, Carmody, Donohue – Sword y Bookbinder, 1993) y para el personal sanitario (Gauderer, Loring y Eastwood, 1989). Estos datos apoyan la pertinencia de incluir a los padres en los programas de preparación psicológica para pacientes pediátricos (Quiles, Méndez y Ortigosa, 2001).

Ante la enfermedad de un hijo, las reacciones de los padres son muy variadas; sin embargo, puede decirse desde un principio que presentan mucha más atención a la realidad externa, a las características de la enfermedad, que a las reacciones de los niños. Así, las diferencias entre enfermedad importante o trivial, que tan poco importan a los pequeños, son de la mayor importancia para el comportamiento del mundo ambiental de los adultos.

Los padres, los médicos y el personal sanitario están acostumbrados a juzgar los casos con objetividad y realismo y manifiestan poca comprensión por la angustia de los niños. Su simpatía no se despierta hasta el momento en que los peligros internos y externos, las amenazas objetivamente experimentadas y objetivamente presentadas respecto a la vida y salud del niño llegan a coincidir (Puyuelo, 1984). Por lo que la hospitalización infantil no sólo es estresante para el niño, sino también para sus padres (Berenbaum y Hatcher, 1992); más aún, en algunos casos se constata que los progenitores experimentan mayor grado de malestar.

El sufrimiento de los padres, la angustia, principalmente de parte de la madre y tanto más cuanto menor es el niño, no dejan sin embargo de aparecer; cuando el pequeño cae enfermo y se encuentran todavía ante la incógnita de lo que tendrá, desde cierto punto de vista, en el caso de enfermedad aguda, el diagnóstico médico es, si no el inicio de la curación, si al menos el de la adquisición de control sobre el mal y permite ver su fin; los padres quedan entonces aligerados de una parte de su angustia. Al contrario, si se trata de una enfermedad crónica, el diagnóstico implica el fin de un estado, el de buena salud (Puyuelo. 1984).

Como en el niño, la enfermedad, sobre todo si es crónica o grave, actúa en los padres como una agresión que reactiva sus problemas personales y suscita una búsqueda etiológica para justificar este mal injusto, una búsqueda del responsable. Se inculpa, según los casos, al niño enfermo, a otro miembro de la familia, la posible herencia, el destino, a Dios, al médico o bien a uno mismo. Es del todo evidente que la enfermedad somática de un niño actúa como un factor revelador de la problemática relacional de este niño y su familia, así como de los padres entre sí y de cada uno de ellos en particular (Echeburúa, 1998).

Meyer y Haggerly observaron que las familias con altos niveles de estrés presentaban infecciones más severas. Por su parte, Jackson y Yalom

estudiaron la colitis ulcerosa dentro del marco de la interacción familiar. Minuchin, menciona la existencia de familias más propensas a desarrollar enfermedad psicosomática y postularon que el estrés familiar podía alterar la reacción biológica de sus miembros (Minuchin, 1979).

Estudios realizados por Goldberg (1990), encontraron que los padres de los niños con problemas médicos o algún tipo de discapacidad, diferían en su estilo de interacción social en comparación con padres de niños sanos, los primeros se mostraban menos sociables y con un mayor aislamiento social. De esta forma, se puede ver que la enfermedad de un hijo tiene un impacto enorme en toda la vida del sistema familiar. La intensidad del impacto de la enfermedad sobre la familia, se relaciona directamente con la capacidad previa de enfrentamiento al estrés y la posibilidad de lograr estabilidad posterior. Durante la hospitalización, los padres deben adoptar nuevas tareas, necesarias para el cuidado del niño enfermo y continuar con la vida familiar (García y De la Barra, 2005).

2.6 Ansiedad Quirúrgica.- La hospitalización, por su naturaleza, representa un evento que causa ansiedad, y se reconoce como el evento que produce mayor ansiedad en los niños. La percepción de éstos en la experiencia de hospitalización excede sus capacidades para poder resolverla y afrontarla, lo que los lleva a presentar estados de ansiedad.

Las razones que hacen del hospital y de la hospitalización una importante fuente de estrés psicosocial son (Rodríguez – Marín, Reig y Mira, 1978; López – Roig, 1990; Moix, 1990 a; Ortiz y Abad, 1990; Ortigosa y Méndez, 2000):

a) Las características peculiares de su organización, tales como la rutina de los procedimientos hospitalarios y la burocratización, que contribuyen a la despersonalización de los pacientes,

b) La relación entre los profesionales y los pacientes dentro de la estructura hospitalaria tiende a aumentar la asimetría, acentuando el estatus de superioridad de los primeros y fomentando la pasividad del enfermo; y

c) El paciente hospitalizado debe adaptarse forzosa e imprevisiblemente a un medio que le resulta novedoso y desconocido y es percibido con frecuencia como amenazante dada su asociación, directa o vicaria, con experiencias desagradables, como la muerte de seres queridos o las intervenciones quirúrgicas.

La hospitalización, para el niño, es un hecho que implica, la separación del entorno familiar, la interrupción de las actividades diarias, los procedimientos de diagnóstico y de tratamientos dolorosos y la intervención quirúrgica.

No obstante, la influencia que estos acontecimientos van a ejercer sobre el niño va a depender, fundamentalmente, de su edad y nivel de desarrollo. El periodo comprendido entre los ocho meses y los cuatro o cinco años es el más peligroso para una hospitalización, sobre todo si el niño va a ser intervenido quirúrgicamente, debido a los efectos emocionales en caso de haber la separación de la madre tiene en el niño en estas edades. En lo que se refiere a los niños en edad escolar, sus niveles de ansiedad y estrés aumentan, en primer lugar, porque las funciones y capacidades físicas y psíquicas de los niños están en plena evolución, en segundo lugar, debido a que los niños aún no tienen desarrolladas las estrategias que les permiten afrontar la pérdida de control que experimentan en el marco del hospital y la necesidad de adaptarse a este nuevo entorno, y finalmente, la ruptura del proceso educativo que impone la hospitalización del niño supone un deterioro de sus potencialidades de desarrollo, lo que fomenta y hace más perdurables los efectos negativos de la hospitalización (Valdéz y Florez, 1992).

Todo esto genera en los pacientes respuestas calificables como desadaptativas por interferir con la finalidad básica de la curación y pueden ser integradas en dos categorías en función de la reacción del niño ante la percepción de incontrolabilidad de la situación: indefensión y reactividad.

En el primero de los casos, el niño reacciona mostrándose desinteresado e inhibido frente al medio, con una manifiesta incapacidad para tomar decisiones y con una sensación de desvalimiento frente a una situación que vive como algo que le desborda y que afronta, por lo general, de un modo evitativo. En el segundo caso, la reacción suele ser de oposición y hostilidad frente al medio y puede ir acompañada de múltiples quejas y actos de rebeldía contra el sistema que pueden desembocar en conductas autodestructivas. A veces parece que el niño trata de restablecer el control cuando en realidad este tipo de reacción encubre una forma de afrontar la situación que podemos denominar como negación defensiva (Rodríguez – Marín, 1986; Sierra, 1999).

Como es de suponer, no todos los pacientes reaccionan desadaptativamente ante la hospitalización: algunos aceptan su situación y adoptan una actitud participativa y racional en el proceso de su tratamiento. El que la persona hospitalizada responda de forma adaptativa o desadaptativa depende de las características de personalidad del paciente hospitalizado y, sobretodo, de la capacidad de la institución hospitalaria para adaptarse a éste y proporcionarle información y medios para que tenga algún control sobre la situación (Porta, 1985).

Según J. Meneghello (2001), se puede manifestar que los cambios emocionales presentados en el niño durante la hospitalización o después de ella dependen de tres factores: 1) Su edad, 2) Su personalidad y 3) Su vivencia durante la internación en el hospital. La presencia de la madre disminuye la angustia que produce la enfermedad y la separación por la enfermedad.

Existen diversas formas de adaptación al ambiente hospitalario, pero siempre influye en este aspecto la edad del paciente, debido a que es según la edad que tengan los niños cómo manifiestan su adaptación al ambiente o medio que los rodea. Generalmente los niños mayores presentan mayor temor a la realización de procedimientos, oponiéndose en muchas oportunidades a que éstos se lleven a cabo; sin embargo los niños menores, si bien manifiestan su temor y dolor a través del llanto, son de mejor manejo (Alfaro y Atria, 2009).

Los efectos de la ansiedad en los niños durante y después de la hospitalización pueden persistir por semanas o meses después del egreso, y en algunos casos hasta la edad adulta. Las reacciones en el niño que experimenta la ansiedad son diversas e incluyen conductas de agresión física y verbal, así como cambios afectivos y de actitud (Aguilera y Whetsell, 2007).

De acuerdo con la opinión de expertos se han identificado respuestas emocionales negativas en algunos niños en el periodo poshospitalario. Estas respuestas incluyen problemas alimentarios, alteraciones en sueño, ansiedad incrementada ante la separación, temores, preocupaciones por su cuerpo, regresión a un nivel de conducta previo, y síntomas somáticos tales como tics y enuresis (Aguilera y Whetsell, 2007).

En cuanto a la asociación de la edad y la percepción del estrés, Fernández y López (2006) obtuvieron datos que reflejan una tendencia a la disminución del estrés conforme aumenta la edad. En este sentido, Quiles, Ortigosa, Méndez y Pedroche (2000), obtuvieron que, a mayor edad, más preocupaciones sobre las intervenciones quirúrgicas y la hospitalización se producían.

Tengamos presente que un mismo acontecimiento estresante no tiene las mismas repercusiones en todos los niños. Es más, aún tratándose del mismo niño, las consecuencias en su estado psicológico dependerán, en

gran medida, de las circunstancias en las que se halle el sujeto en un momento determinado, así como de sus posibilidades y recursos para hacer frente a dicha situación.

A pesar de su finalidad curativa, la cirugía constituye una amenaza a la integridad del cuerpo cuando los niños deben ser intervenidos quirúrgicamente se presentan algunas dificultades especiales; es usual observar en ellos ansiedad y fantasías persecutorias (miedo a la muerte, a la castración y a la mutilación). Además, la internación, la anestesia y la cirugía exacerban las ansiedades infantiles vinculadas a la separación y el alejamiento de sus padres.

La ansiedad frente a un acto quirúrgico funciona como señal de alarma, debemos tener en cuenta que todo acto quirúrgico constituye un trauma psíquico que genera habitualmente un cuadro de ansiedad preoperatoria, cuyos componentes son el temor a la muerte y al dolor físico. Además hay que considerar que todas estas fantasías y miedos están vinculados con la realidad objetiva de la operación y también, con las características individuales del paciente y de su propia historia (Quiles, Méndez y Ortigosa, 2001).

Uno de los estímulos más temidos por el niño cuando debe hacer frente a una operación es la anestesia, sin duda el temor más frecuente es el miedo a no despertar, la casi totalidad de los pacientes (de manera más o menos consciente) fantasean o piensan que el dormir inducido por la anestesia general es como una muerte transitoria, de la que no están seguros de poder "regresar" Por supuesto que a eso se agrega el conocimiento de los riesgos ciertos de la anestesia (Giacomantone y Mejía, 1997).

Para Fernandez, et al. (2006) los miedos a sufrir daños físicos y corporales, a los lugares cerrados, al peligro o la muerte, son los más frecuentes en los niños. Sin embargo Quiles y colaboradores (2000),

hallaron que los miedos más relevantes serían el propio miedo a la estancia hospitalaria, el miedo a los procedimientos médicos (inyecciones, dolor, entre otros) y el miedo a la enfermedad y sus posibles repercusiones.

Así mismo Quiles y colaboradores (2001), mencionan que las principales preocupaciones de niños y (pre)adolescentes se asocian con el desarrollo o el resultado negativo de la operación y con las repercusiones de la enfermedad. La elevada preocupación por la posibilidad de que se desvanezcan los efectos de la anestesia antes de concluir la intervención quirúrgica, despertándose el sujeto en medio de la operación, ilustra cómo el desconocimiento o las falsas creencias distorsionan la realidad y generan innecesariamente malestar en el paciente pediátrico.

Cuando los niveles de ansiedad, que se producen ante la intervención quirúrgica son excesivos pueden producirse, con posterioridad a la operación, varios tipos de reacciones, las cuales pueden ser, según Irache y Aymamí (1992), de tipo:

- 1) Psicológico: ansiedad, depresión, irritabilidad, agresividad, mayor necesidad de sedantes, etc.
- 2) Somáticos: dolor, peor curso de la cicatrización, menos defensas ante las infecciones, etc.
- 3) Evolutiva: menor disciplina, falta de cooperación en los tratamientos, etc.

Serías investigaciones en el campo de la psiconcuroendocrinoimmunología muestran que el estrés y la ansiedad rompen la homeostasis neuroendocrina y retardan la reparación de tejidos, dificultando la cicatrización de las heridas. Los individuos más estresados son más susceptibles de presentar trastornos del sueño, y el sueño profundo se relaciona con la secreción de la hormona de crecimiento que también facilita la reparación tisular (Castillero, 2007, Keicolt – Glaser, 2002).

Los pacientes más ansiosos son los que más se quejan y quienes más preocupaciones refieren, presentan mayores niveles de dolor, dificultades en seguir las orientaciones médicas, con lo que demoran su recuperación y pueden retrasar la decisión del alta (Castillero, 2007).

El estado psicológico prequirúrgico afecta a la recuperación postquirúrgica, en el sentido de que los pacientes con un estado de ansiedad menor antes de la cirugía son los que se recuperan más fácil y rápidamente. Por lo que la ansiedad prequirúrgica parece depender de cómo el paciente evalúa la situación de someterse a una intervención quirúrgica.

Es tal vez conveniente delimitar algunos factores de cuya interacción dependen muchas características de la adaptación psicológica a la cirugía (Giacomantone y Mejía, 1997):

1) La magnitud del factor traumático externo o real. Si la experiencia preoperatoria está determinada por una intervención de cirugía mayor o mutilante, o por un grave accidente con riesgo de muerte, seguramente el efecto psíquico será mayor.

2) La evaluación de ese estímulo como amenazante, incluye distintos fenómenos que pueden ser secuenciales o también superponerse, tales como: a) la percepción consciente de las características del estímulo estresante (peligro real de la cirugía y gravedad de la enfermedad y la operación): b) la evaluación racional y cognitiva del peligro objetivo ya percibido (resultados y ventajas esperables de la cirugía, asegurarse información y una buena atención médica, evaluación de los recaudos para evitar complicaciones), y c) una evaluación más "irracional", no realista, influida por falsas concepciones, recuerdos personales o familiares y diferentes fantasías.

3) La capacidad subjetiva del paciente para hacer frente a ese estímulo, es decir su natural tolerancia y capacidad de defenderse y

confrontar psicológicamente los sucesos por venir. Esto puede conferir un nuevo significado al grado de amenaza implicado en una operación, ya que una intervención menor, "sin importancia", puede ser muy traumática para un enfermo con una personalidad débilmente estructurada o que se encuentra en una situación emocional que lo torna más vulnerable.

Investigaciones han identificado varios factores predictivos de estrés postoperatorio en los niños, incluyendo el tipo de estrategias de afrontamiento, estilos de afrontamiento, la edad, ajuste psicológico y la duración de la estancia hospitalaria (Peterson y Toler, 1986; Robins, 1987).

Las estrategias de afrontamiento más frecuentes son de tipo cognitivo, por ejemplo, búsqueda de información, y de "sensibilización", estilo de afrontamiento que se centra en tratar directamente con el factor de estrés, pronosticando menos estrés post quirúrgico (Burslein y Meichenbaum, 1979; Peterson y Toler, 1986; Robins, 1987).

Niños pequeños que son más ansiosos pueden utilizar las estrategias de afrontamiento menos adaptativas (Thompson, M. L., 1994), la activación emocional puede aumentar con la percepción del dolor en los niños, o el nivel de dolor en los niños refleja el nivel de ansiedad ante la cirugía.

El ajuste psicológico y la estancia en el hospital corta han pronosticado mejores resultados post operatorios (Robins, 1987). Algunos investigadores (Peterson y Toler, 1986) han encontrado trastornos de conducta en los niños más pequeños después de la cirugía, mientras que otros no tienen (Thompson, R. H. & Vernon, 1993).

En otro trabajo sobre posibles predictores de la ansiedad prequirúrgica, se estudiaron tres grupos de variables: características demográficas, cognitivas (Locus de control externo o interno; estrés anticipado) y experienciales (historia de hospitalización y diagnóstico) (Friedlander, Stieinhart, Daly y Snyder, 1982). Las tres series de variables predijeron significativamente la ansiedad prequirúrgica, medida la víspera

de la operación. Sin embargo, las variables cognitivas fueron las únicas determinantes significativas de forma individual. Este hecho apoya, según los autores la importancia del papel de la anticipación de la amenaza en la ansiedad prequirúrgica; es decir, que el estilo atribucional junto con la medida de estrés ante la situación específica de la hospitalización y la enfermedad aparecieron como importantes determinantes de la ansiedad prequirúrgica. Por lo que los niños que reportaron altos niveles de ansiedad anticipatoria informaron elevados niveles de dolor postoperatorio (Palermo & Drotar, 1996).

2.7 Padres Ante un Proceso Quirúrgico.- Una cirugía puede ser devastadora emocionalmente para el niño y sus padres o cuidadores primarios; ya que son estos últimos quienes están directa e indirectamente afectados por el procedimiento quirúrgico que va a experimentar su hijo. Están directamente afectados por sus propias experiencias y también indirectamente, dado que se encuentran como testigos de la experiencia traumática de sus hijos (Ben-Amitay, Kosov, Reiss, Toren, Yoran-Hegesh, Kotler y Mozes; 2006).

Se ha comprobado que la falta de familiaridad con el entorno hospitalario, los temores indeterminados hacia el personal médico, la incertidumbre acerca de la enfermedad, el desconocimiento de los tratamientos médicos, la dificultad de comprensión y / o transmisión de la información médica de la enfermedad y de los procedimientos quirúrgicos a realizarse, así como el desconocimiento de la evolución y el pronóstico; son los principales factores que contribuyen a fomentar estrés y ansiedad en los padres (López y Lee, 2007; Galindo, 2006).

Así mismo los padres refieren que ante un procedimiento quirúrgico, se sienten preocupados por los errores que pudieran ocurrir y que se podrían impedir, por el dolor y la discapacidad (Wollin, Plummer, Owen,

Hawkins, Materazzo, Morrison; 2004), también refieren temor a lo que podría pasar con la anestesia, especialmente cuando han escuchado sucesos desafortunados por el mal manejo de ésta como daño cerebral o incluso la muerte del niño; temor también fundamentado por el formato de responsiva de cirugía que firman, en donde se estipulan los riesgos que pudieran ocurrir durante la cirugía y se responsabilizan ante su ocurrencia (Sobo, 2005).

Sin embargo estos temores se logran mediar a través de pensamientos como: “los malos resultados sólo se producirán en los demás, que son menos cuidadosos que ellos y por lo tanto más vulnerables”, o vivir el procedimiento con una perspectiva de menor riesgo, como un procedimiento de rutina, de menor importancia, comparándolo con otros procedimientos e incluso con cirugías anteriores (Sobo, 1995; Weinstein, 1984, 1989); aunado a la buena reputación del hospital y a la competencia técnica y profesionalismo del cirujano (Sobo, 2001).

Al respecto de cómo los sentimientos de temor y ansiedad de los cuidadores se relacionan con la vivencia de sus hijos ante un procedimiento quirúrgico, se halló que en un estudio con el objetivo de evaluar de forma prospectiva la prevalencia y severidad de la ansiedad post – quirúrgica, y los síntomas depresivos en niños sometidos a cirugía electiva, se observó que los síntomas de ansiedad de las madres eran altos en el día de la admisión y el día de la cirugía; sin embargo se producía una disminución brusca y significativa durante el primer mes después de la cirugía (Ben-Amitay, y cols.; 2006).

En este mismo estudio no se encontró correlación entre los síntomas de los niños y los síntomas de sus respectivos padres en el día de la admisión y cirugía; sin embargo en el primer y sexto mes de seguimiento hubo una correlación significativa y positiva entre los síntomas de los niños y la ansiedad / depresión de sus madres, así como con la ansiedad de los

padres (Ben-Amitay y cols.; 2006). Así la ansiedad se ha reportado con mayor frecuencia, como la respuesta emocional post operatoria con un rango de prevalencia de hasta el 60% (Wollin y cols., 2004).

Investigaciones al respecto también muestran que altos niveles de ansiedad de los padres se correlacionan con altos niveles de ansiedad en sus hijos (López y Lee, 2007), existiendo mayor probabilidad de los hijos de madres ansiosas para manifestar labilidad emocional, afectividad negativa y desadaptación (Beidel y Turner, 1997, Pauli – Pott, Mertesacker y Beckmann, 2004). Del mismo modo la angustia de los padres se ha identificado como un claro predictor de trastorno de estrés postraumático infantil (Daviss, Mooney, Racusin, Ford, Fleischer, Mchugo; 2000).

Por lo que la ansiedad excesiva y el estrés pueden afectar la salud física y mental del niño, reducir la capacidad de cooperación, facilitar la aparición de comportamientos negativos hacia el personal de la salud e incluso dificultar el período post operatorio (López y Lee, 2007)

CAPITULO 3

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

*“...El hombre no está libre de condicionantes, sean biológicos.....
Pero el hombre es y sigue siendo libre
de tomar posiciones con respecto a éstos condicionantes;
siempre conserva la libertad de decidir su actitud para con ellos...”*

Viktor E. Frankl

Se ha propuesto que, frente a eventos amenazantes y/o estresantes de la vida cotidiana, las personas responden de diferentes maneras. Estas diferentes respuestas cognitivas y comportamentales que los sujetos emplean para manejar y tolerar el estrés se conocen en el ámbito de la psicología comportamental como estrategias o estilos de afrontamiento (Omar, 1995).

El afrontamiento alude a los distintos modos en los que los individuos reaccionan en situaciones estresantes, de modo general, el afrontamiento se refiere a la serie de pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar situaciones difíciles; por lo tanto, es un proceso de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible (reduciendo, minimizando, tolerando o controlando) las demandas internas y ambientales (Lazarus y Folkman, 1984).

Por lo que, el afrontamiento esta definido como "aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/ o internas que son

evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (Lazarus y Folkman, 1984).

El afrontamiento da forma a nuestras emociones, pero su función más importante es regular esas emociones una vez generadas, así como las situaciones a veces conflictivas que las provocan. El afrontamiento es lo que hacemos y pensamos en un intento de regular la tensión y las emociones relacionadas con ella, tanto si estos intentos tienen éxito como si no.

En otras palabras, aunque fracasemos, hemos invertido en ello mucha energía, reflexión y acción. Cuando un objetivo ha sido bloqueado o su integridad se ve amenazada, las personas luchan para evitar que ocurra el daño o para poder vencerlo. Si el afrontamiento tiene éxito, la persona ya no está en peligro y los motivos para la angustia emocional desaparecen. Aun cuando se consigan los objetivos, o las personas estén haciendo progresos satisfactorios hacia ello, todavía siguen con el afrontamiento para poder mantener su buena suerte, evitar cambios desfavorables e incluso obtener beneficios adicionales (Aguilera y Whetsell, 2007).

El afrontamiento también sirve para anticipar lo que puede ocurrir. En este sentido, puede influir sobre los futuros estados emocionales, por cuya razón es un componente del proceso de la emoción, estos preparativos, llamados afrontamiento anticipatorio, nos ayudan a reducir la ansiedad y a aumentar nuestra eficacia cuando el acontecimiento tiene lugar. Por ejemplo, cuando se avecina una intervención quirúrgica, hay que prepararse tanto física como psicológicamente para tal proceso; ya que implica la hospitalización, tiempo de recuperación y un tratamiento médico post operatorio, en donde el cuerpo estará a merced de los médicos, para lograr un objetivo común que es recuperar salud.

La habilidad para manejar situaciones estresantes depende de los recursos disponibles de afrontamiento del sujeto. Estos recursos desempeñan un rol crucial en la relación estrés - salud - enfermedad y

constituyen características estables del sujeto y del medio ambiente donde el sujeto funciona (Omar, 1995). Ante la aparición de un suceso determinado, el individuo realiza una serie de valoraciones sobre el mismo. En primer lugar, existe una valoración primaria, que consiste en analizar si el hecho es positivo o no y, además, valorar las consecuencias presentes y/o futuras del mismo. En segundo lugar, se produce una valoración secundaria en la que el objeto de análisis son las capacidades del organismo para afrontarlos y serán los que con más probabilidad susciten reacciones de estrés. A continuación se describirán con mayor detalle.

3.1 Valoración Primaria.- Implica un procesamiento de la información no automático, sino controlado, que actúa con posterioridad al evento desencadenante. El organismo valora las demandas de la situación y produce cambios en consecuencia, no en función de cómo es en sí la situación, sino de su propia evaluación de la misma. Es decir, analiza si la situación contiene algo que pueda afectarle y establece si existe la posibilidad de que de tal situación o suceso se derive algún daño o beneficio tanto para la integridad biológica, como para los valores u objetivos personales. La forma en que se valore el medio determinará de manera importante la posterior respuesta de afrontamiento del organismo. Es evidente que aspectos como la historia personales, el aprendizaje y experiencias anteriores, pueden determinar esta valoración y, en consecuencia, la respuesta del organismo (Buceta. 2001).

El principio fundamental en este caso es que, si no hay nada de importancia adaptativa en juego en un encuentro para activar una reacción de estrés, no se producirán ni el estrés ni las emociones. Si, por el contrario, valoramos que lo que está ocurriendo es una condición de estrés, las alternativas transaccionales son daño / pérdida, amenaza o desafío (Lazarus, 2000).

- a) Daño o pérdida hace referencia a aquellos casos en los que el individuo ha recibido ya un perjuicio (lesión, pérdida de un ser querido, etc.).
- b) La evaluación de amenaza se refiere a aquellos casos en los que se prevén daños o pérdidas, aunque todavía no han ocurrido y se puede tratar de solucionar o afrontar la situación de manera anticipada.
- c) El desafío implica la previsión anticipada de situaciones de daño o pérdida, como la amenaza, pero a diferencia de ésta, se acompaña de la valoración de que existe fuerzas o habilidades suficientes para afrontarlas con éxito y pueden obtenerse ganancias.

Los tres componentes de la valoración primaria son la relevancia del objetivo, la congruencia del objetivo y la implicación del autoconcepto (Lazarus, 2000).

- 1) La relevancia del objetivo es fundamental para que una transacción sea considerada por la persona como relevante para el bienestar. En efecto, no hay emoción, del mismo modo que no hay estrés, si no hay un objetivo en juego.
- 2) La congruencia o incongruencia del objetivo se refiere a si las condiciones de una transacción facilitan o dificultan lo que quiere la persona. En términos sencillos, si las condiciones son favorables, es probable que se produzca una emoción de tono positivo. Si son desfavorables o impiden que la persona logre lo que desea, es de esperar que le siga una emoción de tono negativo.
- 3) El tipo de implicación del ego se relaciona con el rol que desempeñan diversas metas en la modelación de la emoción - por ejemplo, la estima social y personales, los valores morales, los ideales de ego. los significados y las ideas, el bienestar de otras personas y los objetivos vitales. Así la ansiedad depende de una amenaza incierta

que tenga implicaciones existenciales vinculadas a la propia identidad, a la vida y a la muerte.

3.2 Valoración Secundaria.- La evaluación primaria da paso a la llamada evaluación secundaria en la que el individuo valora lo que puede hacer en una situación determinada (¿Cuáles son mis habilidades y capacidades para hacer frente de manera efectiva a esta situación?). Es decir, el organismo valora la situación en relación con sus propias habilidades y capacidades, estimando qué debe hacerse y hasta qué punto dispone de los recursos necesarios para llevarlo a cabo. El resultado de esta evaluación está muy determinado por la evaluación primaria, pero también por las conductas o habilidades para afrontar las situaciones de las que dispone la persona (Holroyd y Lazarus, 1982)

En la teoría del estrés, la valoración secundaria se relaciona con las opciones de manejo. Lo mismo puede atribuirse a las emociones. Particularmente con respecto a la ocurrencia de una emoción, una persona puede evaluar tres aspectos básicos: culpabilidad o crédito en relación a un resultado, el potencial de manejo y las expectativas futuras (Lazarus, 2000).

Tanto la culpabilidad como el crédito requieren un juicio sobre quién o qué es responsable del daño, amenaza, desafío o beneficio. Este juicio, sin embargo, puede ser fácilmente distanciado o apartado. Evaluar la responsabilidad consistente en elaborar una valoración que tiene el estatus cognitivo de información. La evaluación de la culpabilidad o del crédito, sin embargo, implica también una reacción emocional (ante la culpa de alguien hay enojo; ante la aceptación del crédito, hay orgullo, que es una emoción de tono positivo).

El potencial de manejo surge de la convicción personal de que podemos o no podemos actuar satisfactoriamente para reducir o eliminar el daño o la amenaza, o para que el desafío o beneficio sea fructífero.

Las expectativas futuras pueden ser positivas o negativas, por ejemplo, que la relación problemática persona - medio cambie para mejorar o empeorar.

El adjetivo calificador, "secundario" no trata de connotar un proceso menos importante, sugiere sólo que la valoración primaria es una evaluación de si lo que está sucediendo merece o no atención y movilización. Así que, la valoración secundaria se centra en lo que ha de hacerse para el manejo. Por lo tanto, las diferencias entre ellas no se relacionan con la temporalidad sino con el contenido de la valoración. La valoración primaria no necesariamente se produce en primer lugar, ni opera independientemente de la valoración secundaria, y entre ambas existe una combinación activa. Los contenidos diferentes de cada tipo de valoración justifican que sean tratadas separadamente mientras se describen. Sin embargo, en la práctica y en la investigación deberán ser consideradas como partes de un mismo proceso (Buceta, 2001).

Las valoraciones se basan comúnmente en muchas claves sutiles del medio, lo que se ha aprendido de la experiencia previa y una serie de variables de personalidad, como los objetivos, intenciones situacionales y recursos o aptitudes personales. Todo esto establece la base para decidir el modo de respuesta, lo que muestra cuán complicado puede ser el proceso.

Las dos funciones del afrontamiento más importantes son las descritas por Folkman y Lazarus (1980), en donde postulan que el afrontamiento puede reducir las reacciones de estrés, algunas veces mediante acciones que cambian la relación real entre la persona y el medio (afrontamiento centrado en el problema) y algunas veces cambiando meramente el significado de dicha relación (afrontamiento centrado en la emoción). También se ha usado el término afrontamiento cognitivo para expresar esta idea de que el afrontamiento puede influir sobre el estrés y la

emoción mediante una revaloración de la relación persona - medio (Lazarus, 2000).

3.3 Afrontamiento Mediante la Resolución de Problemas.- Un importante patrón de afrontamiento va dirigido a la articulación de una acción para cambiar una situación conflictiva. Esta acción implica la resolución de problemas. Si hemos valorado la situación como que se puede tratar con acciones preventivas o correctoras, comprobamos las cosas para ver qué es lo que está ocurriendo, cuál es el problema y qué se puede hacer con él (Folkman y Lazarus, 1980).

3.4 Afrontamiento Centrado en la Emoción.- Ocurre cuando la resolución de problemas no funciona o no se puede intentar porque el problema es resistente al cambio. Si no es posible cambiar la situación real, es posible dominar o regular de otra manera las emociones angustiosas que ésta causa. Las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, que son interiores y privadas, se constituyen para controlar la angustia y la disfunción que podrían generarse cuando no hay nada o muy poco que se pueda hacer. El afrontamiento centrado en la emoción consiste en lo que se dice la persona en un intento de llevar a cabo ese control. Cambia la manera de pensar acerca de lo que está ocurriendo, se pasa de una valoración amenazadora a otra más serena o positiva (Folkman y Lazarus, 1980).

Un problema en el que poco se puede hacer, como una enfermedad neuromuscular incapacitante. Debido a la incertidumbre por la naturaleza de este problema, es necesario tanto el afrontamiento mediante la resolución de problemas como el afrontamiento centrado en la emoción. La parte de resolución de problemas implica conseguir un buen diagnóstico y un cuidadoso proceso de prueba y error en la utilización de los fármacos para

aumentar la calidad del propio funcionamiento. La parte centrada en la emoción implica mantener alta la moral, no abandonar la esperanza y enfrentarse a la inevitable angustia emocional cuando las cosas no salgan bien.

3.5 Revaloración de la Situación.- Cuando revalorizamos una amenaza, se modifican las emociones elaborando un nuevo significado relacional del encuentro estresante. Aunque originalmente los pacientes puedan sentir ansiedad al descubrirse la enfermedad puede tranquilizarles el hecho de saber que todas las pruebas médicas indican la existencia de un cáncer localizado y, como aún no se ha extendido, que son buenos candidatos para la cirugía.

La revalorización es un modo eficaz de manejar una situación vital estresante, quizá una de las más efectivas. Sin embargo, algunas veces es difícil distinguirla de la evitación.

Existen en realidad muchas estrategias posibles de afrontamiento que puede manejar un individuo. El uso de unas u otras en buena medida suele estar determinado por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce. Lazarus y Folkman (1986), proponen la siguiente taxonomía para clasificar los modos de Afrontamiento, el cual consta de 8 dimensiones (Lagos, Loubat, Muñoz, y Vera, 2004 y Buceta, 2001).

Confrontación.- La cual describe acciones orientadas a alterar la situación y sugiere un grado de hostilidad y toma de riesgo.

Distanciamiento.- Se refiere a los esfuerzos cognitivos por separarse y minimizar el significado de la situación, por ejemplo, olvidar, negarse a tomar en serio la situación, comportarse como si nada hubiese ocurrido.

Autocontrol.- Describe esfuerzos de regularse a sí mismo en cuanto a sus sentimientos y acciones, como por ejemplo, guardar los problemas para sí mismo y procurar no presionarse.

Búsqueda de Apoyo Social.- Describe las acciones para buscar consejo, información o simpatía y comprensión de otras personas.

Aceptación de la Responsabilidad.- La persona identifica su propio error en el problema y trata de corregir la situación (disculparse, criticarse a sí mismo).

Escape – Evitación.- Describe esfuerzos, deseos y pensamientos de escapar o evitar la situación (esperar que ocurra un milagro, tomar alcohol o drogas, etc.).

Resolución Planificada de Problemas.- Describe deliberados esfuerzos orientados al problema para alterar la situación. Se aprecia un enfoque analítico de resolver el problema (establecer un plan de acción y seguirlo).

Reevaluación Positiva.- Describe esfuerzos de crear significados positivos de la situación al enfocarse en el desarrollo personal. Además posee una dimensión religiosa que orienta a una interpretación positiva del problema.

3.6 Estrategias de Afrontamiento Propuesta de Moos.- Dos aproximaciones teóricas han sido las predominantes en esta área de la psicología: el planteamiento de Lazarus y Folkman y el de Moos. A partir de las propuestas de estos autores, se ha tendido a organizar las estrategias de afrontamiento en dos grandes grupos: las que se encaminan al manejo del problema o hacia el control de las emociones, (Folkman y Lazarus, 1986); y las que se dirigen al foco del afrontamiento o al método empleado (Billings y Moss, 1982).

Moos (1982), define una conducta de afrontamiento como una respuesta específica cognitiva o conductual de un sujeto o de un grupo de individuos para reducir o manejar las demandas internas o externas que se le presentan y agrega que las estrategias de afrontamiento no son

inherentemente adaptativas o desadaptativas, ya que estas pueden ser efectivas en una situación y no serlo en otras.

Se ha propuesto una categorización combinando las dos aproximaciones conceptuales más comunes, para clasificar las estrategias de afrontamiento del estrés: la orientación o enfoque de afrontamiento del estrés (aproximación o evitación) y el método de afrontamiento (cognitivo y conductual) (Moos y Schaefer, 1986).

La clasificación según el foco, es la efectuada entre formas de afrontamiento de aproximación versus formas de evitación. Las primeras, se refieren a aquellos esfuerzos cognitivos o conductuales para manejarse directamente con el evento estresante. Las formas evitativas consisten en el no enfrentamiento con el problema o en la reducción de la tensión a través de conductas de escape (Moos, 1998). Cada una de estas orientaciones se dividen en dos categorías; la primera en afrontamiento cognitivo y la segunda en afrontamiento conductual. Tomando de referencia éstas, se proponen cuatro categorías básicas de los procesos de afrontamiento: Aproximación-Cognitivo, Aproximación-Conductual, Evitación-Cognitiva, y Evitación-Conductual.

A su vez, a cada una de estas categorías básicas le corresponden ciertos subtipos de afrontamiento. Al Aproximación – Cognitivo pertenecen las estrategias: Análisis Lógico y Reevaluación Positiva, al Aproximación – Conductual: Búsqueda de Información y Apoyo y Solución de Problemas, a la Evitación – Cognitiva: Evitación Cognitiva y Aceptación, Resignación, y por último, a la Evitación – Conductual corresponden las estrategias: Búsqueda de Recompensas Alternativas y Descarga Emocional (véase tabla 3.1).

Tabla 3.1. Clasificación de las Estrategias de Afrontamiento

ORIENTACIÓN	MÉTODO	
	Cognitivo	Conductual
Aproximación (dirigidas a la resolución del problema)	Análisis Lógico Reevaluación Positiva	Búsqueda de Información y Apoyo Solución de Problemas
Evitación (dirigidas al control de la emoción)	Evitación Cognitiva Aceptación - Resignación	Búsqueda de Recompensas Alternativas Descarga Emocional

3.7 Estilos de Afrontamiento y Enfermedad Física.- Moos y Tsu (1977) señalan que el afrontar una enfermedad física grave o crónica, o un accidente que implique operación u otros procedimientos médicos; tanto a familiares, a amigos como el propio paciente, pueden pasar por una situación estresante, sobre todo este último, porque tiene que enfrentarse al dolor y la incapacidad al entorno hospitalario y las demandas que provienen del personal sanitario y los tratamientos a los que se ve sometido; por lo que el sujeto al inicio debe comenzar por realizar una valoración cognitiva y posteriormente darle una solución a la crisis que le afecta.

Moos y Schaefer (1986), consideran que las acciones adaptativas y la efectividad de sus estilos de afrontamiento dependen de tres factores: aspectos demográficos y personales del individuo, características de la enfermedad y aspectos sociales y medio ambientales a los que se encuentran expuesto, tanto el paciente como sus familiares y amigos (Gutiérrez, 2008).

Así, Moos y Schaefer (1986), establecen los estilos de afrontamiento, en función de las acciones que el individuo realiza para lidiar con la

enfermedad o crisis de vida, por lo que se han utilizado los estilos de afrontamiento de Moos en el ámbito de la salud (Gutiérrez, 2008):

- 1) Acciones adaptativas ante la enfermedad.
 - a) Manejo del dolor, incapacidad y otros síntomas.
 - b) Lidar con el medio hospitalario y procedimientos especiales de tratamiento.
 - c) Desarrollo y mantenimiento adecuado de relaciones con el personal médico.
- 2) Acciones generales.
 - a) Preservar un equilibrio emocional razonable.
 - b) Preservar una adecuada auto – imagen y mantener un sentido de competencia y auto – eficacia.
 - c) Mantener buenas relaciones con la familia y amigos.
 - d) Prepararse para un futuro incierto.

Ante la pregunta, sobre la forma de afrontamiento ideal. La opinión de Lazarus es que la efectividad o ineffectividad de una estrategia de afrontamiento depende de la naturaleza de la situación y de los recursos de la persona. Por ejemplo, cuando una situación es incontrolable, el afrontamiento efectivo centrado en las emociones puede ser la única forma de reducir el estrés. Por el contrario, el afrontamiento centrado en las emociones se ha considerado poco efectivo, e incluso que incrementa el estrés, en muchos otros tipos de situaciones (Aldwin y Revenson, 1987).

Aunque las personas normalmente utilizan varias estrategias de afrontamiento, algunos individuos emplean algunas estrategias más que otras en distintas situaciones estresantes. El afrontamiento centrado en las emociones ha demostrado correlaciones mucho más altas a través de distintas situaciones que el afrontamiento centrado en el problema, lo que ha hecho que Lazarus mencione que el afrontamiento centrado en el problema, es más sensible a los factores contextuales, mientras que el

afrontamiento centrado en las emociones está más influido por los factores personales (Lazarus, 1990).

Moral de la Rubia y Martínez (2009), en su estudio, en donde la finalidad era observar el tipo de afrontamiento dominante y el nivel de estrés percibido por los padres ante el diagnóstico de cáncer de un hijo menor de edad, se determinó que la evitación es el tipo de afrontamiento más relacionado con el incremento del estrés en ambos géneros, y la reevaluación positiva con su disminución. Las mujeres tienden a usar más que los hombres el afrontamiento focalizado en la solución del problema y la reevaluación positiva; por el contrario, los hombres usan más la evitación que las mujeres.

Aunque el nivel de estrés percibido es equivalente estadísticamente entre ambos cónyuges, la tendencia a un mayor nivel de estrés en el hombre es clara. Por el tipo de afrontamiento predominante ante la enfermedad del hijo se puede explicar el hecho de que los hombres (evitación) muestren más estrés que las mujeres. No obstante, también podrían intervenir otros estresores no considerados, como la carga económica de la enfermedad, ya que el hombre, de acuerdo su rol social tradicional de sostén económico de la familia, debe hacerse responsable de ella. (Moral de la Rubia y Martínez, 2009).

Burstein y Meichenbaum (1979), realizaron un estudio con veinte niños de 4,8 años a 8,6 años, para examinar los efectos de la ansiedad y defensa en el afrontamiento utilizado por los niños ante una situación estresante (una operación). Los resultados sugieren que hay dos clases de niños según su estilo de enfrentarse a la situación estresante: un grupo de niños mostraba una baja defensa a la hospitalización, jugaba con los juguetes relacionados con la experiencia hospitalaria (un equipo de doctor y un juego llamado «operación») antes de la hospitalización y mostraba poco estrés y ansiedad después de la cirugía; en contraste, el otro grupo de niños

manifestaba una alta defensa anterior a la cirugía, evitaba jugar con aquellos objetos relacionados con la experiencia hospitalaria antes de la hospitalización y manifestaba más ansiedad después de la cirugía.

El afrontamiento de la hospitalización para intervenciones quirúrgicas programadas requiere de estrategias cognitivo –conductuales para enfrentarlo de forma adaptada. Si no se afronta de manera adecuada se originan alteraciones emocionales y comportamentales desadaptativas a corto, medio y largo plazo tales como: problemas de alimentación, alteraciones del sueño, enuresis, ecopresis, regresión a niveles de comportamiento más primitivos, tics, depresión, ansiedad, terror a los hospitales, personal médico, agujas y procedimientos diagnósticos, etc.(Alonso, 2005).

Al respecto Rodríguez, Pastor y López (1993), opinan que finalmente, la determinación de si una conducta de afrontamiento es adaptativa implica la consideración de tres factores: el dominio de resultado, el momento temporal, y el contexto.

En primer lugar, la eficacia adaptativa puede ser evaluada en los dominios fisiológico, psicológico o social. En segundo lugar, es importante distinguir los resultados a corto y a largo plazo de las respuestas de afrontamiento. En tercer lugar, la eficacia adaptativa de cualquier estrategia de afrontamiento sólo puede determinarse tomando en cuenta el contexto. Una estrategia puede que trabaje bien en un contexto pero no en otro (Rodríguez, Pastor y López, 1993).

En general, la finalidad adaptativa de las estrategias de afrontamiento consiste en: (1) mantener un balance emocional, (2) preservar una imagen de sí satisfactoria y el sentido de competencia personal, (3) sostener relaciones sociales y (4) prepararse para futuras situaciones problemáticas.

En conclusión, el estilo de afrontamiento se relaciona con el modo en que las personas resuelven o se sobreponen a las condiciones vitales que

son estresantes. En cierto grado podría decirse que el estrés y el manejo son recíprocos. Cuando el manejo es inefectivo, el nivel de estrés es alto; sin embargo, cuando el manejo es efectivo, el nivel de estrés puede ser bajo. Y para que tenga éxito, el afrontamiento tiene que ser flexible y adaptarse a las necesidades de la situación, que muchas veces cambian a medida que la acción se va desarrollando. Es necesario aprender cómo ajustarse a la nueva situación. Así que el afrontamiento no es sólo un conjunto fijo de estrategias de las que se echa mano cada vez que se requieren, sino una pauta cambiante que responde a lo que está ocurriendo.

CAPÍTULO 4

CIRUGÍA

Una nueva tecnología y práctica quirúrgica (intervenciones más rápidas, precisas, seguras y menos cruentas) permite que el restablecimiento del equilibrio perdido en la salud física del paciente sea cada vez más eficaz y menos doloroso. Para muchos pacientes el hecho de haber sido operados a tiempo ha resultado de importancia decisiva, pero el proceso quirúrgico es complejo y pluridimensional, junto a los aspectos clínicos y de tipo técnico también existe la otra cara, la de los aspectos psicológicos que se movilizan y pueden desajustarse tanto en el niño como en su familia y que, por extensión y resonancia, pueden afectar también al equipo asistencial; es por tal razón que en este capítulo abordaré y explicaré que es una cirugía, que tipos de cirugía existen y cuales son las diferencias entre estas; para así tener un mejor panorama de lo que es el acto quirúrgico; ya que aparece como el hecho central del proceso médico en el cual la acción directa, en forma de actividad manual de un experto (el cirujano), parecería cobrar el máximo valor e importancia, tanto que se piensa que solo de él depende el resultado final de la terapéutica (Boretti y Lovesio, 1989; González y Martínez, 1990).

El cirujano trabaja en forma directa sobre el cuerpo de un semejante y eso da a su actividad una dimensión distinta, ya que lo pone frente a situaciones de responsabilidad extrema, en las que, en no pocas oportunidades, está en juego la vida misma, para cuya defensa él sabe que dispone únicamente de los recursos limitados de su conocimiento, tecnología actual y de su contexto. El ejercicio de la cirugía no es solo la práctica del acto operatorio, sino que implica además el conocimiento

médico de la enfermedad, psicofísico y social del paciente. De ahí que al pretender analizar el significado del acto quirúrgico debemos tener en cuenta lo que representa, para el cirujano y su equipo (Boretti y Lovesio, 1989).

En una indagación etimológica, la palabra cirugía nos remite al vocablo griego cheirurgia, compuesto de los términos cheir, “mano”, y érgon, “trabajo”, por lo que su campo semántico se extiende, en principio, a todo lo que significa trabajar con las manos, realizar una técnica o habilidad manual. La mano aparece, pues, como un ingrediente esencial del acto quirúrgico (Pera, 2003).

En principio, frente a la acción curativa o paliativa del medicamento o fármaco que se administra al paciente y que caracteriza a la medicina en sentido restringido, la cirugía procura la curación o la paliación de la enfermedad mediante actos manuales e instrumentales realizados sobre el propio paciente (Pera, 2003).

Un acto quirúrgico, en una primera aproximación, es la acción de las manos del cirujano, solas o manejando instrumentos, sobre el espacio anatómico del paciente, con una intencionalidad diagnóstica, terapéutica y pronóstica; las manos del cirujano en su actuar pueden lesionar los tejidos orgánicos sin abrir sus cubiertas externas, aunque provocando algunas lesiones internas, como sucede cuando se trata de conseguir la reducción de una fractura. En esta modalidad de acto quirúrgico, no hay lugar a una herida operatoria que inevitablemente sangra, el acto quirúrgico se califica como incruento (Abreu y Pérez, 2004).

Toda cirugía abierta nos permite una exploración visual y manual del campo operatorio en el que se halla la lesión, e incluso olfativa por parte del cirujano, como puede suceder en la evaluación del posible diagnóstico etiológico de una infección intracavitaria o de las masas musculares. En los actos quirúrgicos que se inician por una incisión operatoria, a través de la

cual se “invade” el espacio anatómico del paciente, se denominan actos quirúrgicos cruentos (Pera, 2003).

Son tres los actos quirúrgicos básicos: la ablación, reconstrucción y sustitución. En el primero se realiza la extirpación de una parte del órgano o tejido lesionado, en la reconstrucción, el objetivo es reparar lo alterado, incluyendo lo que la propia cirugía pudiera modificar y la sustitución es la aplicación de injertos o el trasplante de órganos (Pérez y Coello, 1994).

La cirugía puede ser clasificada como mayor o menor, de acuerdo con la gravedad de la enfermedad, las partes del cuerpo afectadas, la complejidad de la operación y el tiempo de recuperación esperado.

La cirugía mayor, son las cirugías de cabeza, cuello, tórax y abdomen. El tiempo de recuperación puede ser largo y exigir la permanencia en terapia intensiva o varios días de hospitalización. Luego de estas cirugías, existe un riesgo mayor de que se presenten complicaciones.

En los niños, los tipos de cirugía mayor pueden incluir, entre otros, los siguientes (Abreu y Pérez, 2004):

- a) Extirpación de tumores cerebrales.
- b) Reparación de malformaciones óseas en el cráneo y la cara.
- c) Reparación de cardiopatías congénitas, trasplante de órganos y reparación de malformaciones intestinales.
- d) Reparación de anomalías de la espina dorsal y tratamiento de lesiones sufridas en traumatismos contusos graves.
- e) Corrección de problemas en el desarrollo fetal de los pulmones, los intestinos, el diafragma o el ano.

Se considera cirugía menor, por que el tiempo de recuperación es corto y los niños retoman rápidamente sus actividades normales. Generalmente, estas cirugías no requieren hospitalización y los niños retornan a sus hogares en el mismo día. Es extraño que surjan complicaciones con estos

tipos de cirugía. Los ejemplos de los tipos más comunes de cirugía menor son, entre otros (Abreu y Pérez, 2004):

- a) De tubos ("diábolos") de timpanostomía
- b) Reparación de hernias
- c) Reparación de fracturas de los huesos
- d) Extirpación de lesiones en la piel
- e) Biopsia de tumores.

La cirugía electiva, son los procedimientos, que pueden ser útiles pero no esenciales, a los que el niño se someterá por decisión de los padres, por lo que estos procedimientos se pueden planear y programar. La mayoría de ellos puede llevarse a cabo en forma ambulatoria (el paciente no pasa la noche en el hospital). Un ejemplo es la extirpación de marcas de nacimiento o la circuncisión en el bebé de sexo masculino (González y Martínez, 1990).

Cirugía necesaria, son los procedimientos que necesitan practicarse para asegurar la calidad de vida del paciente en el futuro. Un ejemplo es la realización de una fusión vertebral para reparar una curvatura severa de la columna vertebral (Abreu y Pérez, 2004).

Cirugía de emergencia o urgencia. Este tipo de cirugía se realiza como resultado de una necesidad médica urgente, como en el caso de la reparación de una malformación cardíaca congénita que pone en peligro la vida o la reparación de órganos internos lesionados luego de un accidente automovilístico (González y Martínez, 1990).

La cirugía conservadora se aplica a aquellas opciones técnicas que, frente a las que suponen la realización de una amplia ablación, especialmente en la cirugía oncológica, procuran reducir la amplitud de la exéresis realizada en el espacio anatómico, con el fin de conservar, por razones funcionales o incluso estéticas, parte del órgano extirpado, a expensas de complementar la reducción con otros medios terapéuticos (Pérez, 1994; Abreu, 2004).

La cirugía de invasión mínima es un procedimiento quirúrgico que permite, mediante pequeñas incisiones, la visualización directa de las cavidades del tórax, abdomen, pelvis, columna y articulaciones. Se lleva a cabo con la ayuda de un elemento de visión directa llamado endoscopio e instrumental quirúrgico de elementos especialmente diseñados. Dicho endoscopio ó cámara de visión directa permite al cirujano realizar procedimientos tanto de diagnóstico como terapéutico, a través de pequeños orificios, pero con imágenes magnificadas en un monitor, sin la necesidad de las grandes incisiones clásicas. Un ejemplo de esto es la cirugía laparoscópica y la cirugía endoscópica (Abreu, 2004; Pera, 2003; Pérez, 1994).

Pero ¿Cuáles son los aspectos que giran en torno a un procedimiento quirúrgico (pre, trans y posoperatorio) que se realiza en niños? (González y Martínez, 1990)

Los pacientes se programan en consulta externa; deben contar con historia clínica completa y exámenes de laboratorio prequirúrgicos. Además, es requisito que estén sanos en el momento de su ingreso. En estos casos, el ayuno prequirúrgico será de 8 horas aproximadamente. En la mañana, antes de la intervención, se instala una venoclisis, de preferencia en el dorso de a mano, y se administra la premedicación indicada por el anesthesiólogo en el momento de bajar al quirófano.

Durante el transoperatorio se vigilará diuresis (cantidad de orina producida en un tiempo determinado), temperatura y aporte hidroelectrolítico, y se repondrá volumen a volumen de sangre.

El niño deberá abandonar la sala de operaciones cuando tenga automatismo respiratorio y temperatura de 36.5 °C o más; debe acompañarlo el cirujano hasta la sala de recuperación, en donde será entregado al personal que ha de continuar su vigilancia.

En la mayoría de los casos la alimentación por vía oral se inicia con el posoperatorio inmediato (dentro de las primeras 4 horas); si la tolera se retiran las soluciones parenterales. Es importante una buena analgesia, mantener las heridas limpias, vigilar la presencia de sangrados anormales y que todo catéter y / o canalización funcionen correctamente.

Si el trauma quirúrgico fue pequeño, el paciente podrá egresar una vez que tolere la vía oral y se encuentre libre de complicaciones inmediatas.

El control posterior será mediante la consulta externa, donde se retirarán suturas y se hará su seguimiento de acuerdo con el tipo de patología.

La realización de una intervención quirúrgica constituye un acontecimiento estresante para el niño y su familia. A menudo los pacientes pediátricos experimentan sentimientos de ansiedad, indefensión y desorientación ante esta circunstancia, sobre todo aquellos que no comprenden la necesidad de la hospitalización y la intervención quirúrgica. Algunos niños distorsionan seriamente la realidad y malinterpretan la operación.

Por lo que el estado de ansiedad en los pacientes quirúrgicos se debe al miedo a las circunstancias que rodean la intervención: miedo al dolor, a lo desconocido, a la dependencia de factores y personas ajenas, a cambios corporales (mutilación), a la posibilidad de morir, etc. (Martín y Pallarés, 1996). La realización de una anestesia, principalmente la anestesia general, se identifica muchas veces con la pérdida del autocontrol por parte de la persona e incluso con la muerte, lo que genera a su vez ansiedad. Este estado de ansiedad puede repercutir en el curso evolutivo intraoperatorio en forma de una mayor incidencia de inestabilidad hemodinámica, o requerimiento de mayor dosis de fármacos, y en el postoperatorio, con trastornos de comportamiento que pueden interferir en la recuperación del paciente tales como enuresis, dificultades en la alimentación, apatía y

encierro, además de alteraciones del sueño que pueden ser la resultante de la ansiedad preoperatoria (Moix, 1996). Algunos estudios indican que hasta un 60% de todos los niños que requieren cirugía presentan cambios conductuales las dos primeras semanas del postoperatorio (Quiles, Méndez y Ortigosa, 2001). Por otro lado, parecen existir una serie de factores que podrían favorecer la ansiedad preoperatoria, como son: el sexo (más en mujeres), la edad (disminuye con la edad), la experiencia previa, etc. (Ricci, 1995; Taenzer, Metzack, Jenas, 1986).

Por otra parte, también es relevante el impacto subjetivo del diagnóstico y el proceso quirúrgico que, según el modelo transaccional de estrés psicológico de Lazarus y Folkman (1986), depende de cómo cada enfermo percibe, interpreta, evalúa y afronta la situación.

JUSTIFICACIÓN.- Una intervención quirúrgica en un niño, prevista o no, es un evento que provoca estrés y angustia, tanto para el niño que vive la cirugía como para el cuidador primario que lo acompaña; a la incertidumbre de la evolución de la intervención quirúrgica, se suman las diferentes reacciones de los involucrados ante las demandas del equipo de salud. Las estrategias de afrontamiento que utilice el cuidador primario tendrá un impacto en el niño y su respuesta emocional ante el evento (Alonso, 2005).

El propósito del presente estudio es identificar si existen diferencias en las estrategias de afrontamiento del cuidador primario y el nivel de ansiedad que presentan los niños que serán sometidos a cirugía. Los posibles hallazgos permitirán desarrollar una intervención para que los cuidadores primarios desarrollen estrategias más adaptativas ante un proceso quirúrgico, dirigidas a disminuir los niveles de ansiedad ante la hospitalización y la intervención quirúrgica; así como también coadyuvar a una mejor adherencia al tratamiento post – operatorio, disminuyendo respuestas emocionales negativas como problemas alimentarios,

alteraciones de sueño, ansiedad incrementada ante la separación, preocupaciones por su cuerpo, regresión a un nivel de conducta previo (Aguilera y Whetsell, 2007).

OBJETIVO GENERAL.- Describir cómo se relacionan las estrategias de afrontamiento del cuidador primario de pacientes que fueron sometidos a cirugía y el nivel de ansiedad que presentaron los niños ante este evento.

Para lo cual también se estableció la estructura y propiedades psicométricas de la Escala de Estrategias de Afrontamiento Personal de Moos, para padres de niños hospitalizados que iban a ser sometidos a un proceso quirúrgico.

CAPÍTULO 5

MÉTODO

5.1 Participantes.- La población fue no probabilística de sujetos tipo, la cual estuvo conformada por 52 cuidadores primarios de pacientes que fueron sometidos a una intervención quirúrgica y 52 pacientes que estaban programados para una intervención quirúrgica tratados en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” I.S.S.S.T.E., en el área de Cirugía Pediátrica; con las siguientes características:

Criterios de Inclusión del Cuidador Primario.-

- Cuidador Primario de pacientes que estuvieran programados para una intervención quirúrgica.

Criterios de Exclusión del Cuidador Primario.-

- Cuidador Primario de pacientes que no estuvieran programados para una intervención quirúrgica.
- Que se encontrarán imposibilitados mentalmente para responder a los instrumentos.

Criterios de Inclusión de los Niños.-

- Niños con una edad cronológica entre los 6 y los 12 años de edad.
- Tener programada con fecha próxima, de 1 a 3 días, una intervención quirúrgica.
- Que no tuvieran antecedentes de intervención quirúrgica o haber tenido 1 o 2 intervenciones en una edad de 0 años a 2 años

Criterios de Exclusión de los Niños.-

- Niños que fueran menores de 6 años y mayores a 12 años.
- Que no tuvieran programada una intervención quirúrgica

- Haber tenido tres o más intervenciones quirúrgicas.
- Que se encontrarán imposibilitados mentalmente para responder a los instrumentos.

5.2 Escenario.- La población fue obtenida del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” I.S.S.S.T.E., del servicio de Cirugía Pediátrica, ubicado en el 5° piso. Los instrumentos fueron aplicados en el mismo lugar en forma privada y confidencial.

5.3 Medición.- Se elaboró un *Cuestionario Sociodemográfico* para reconocer la muestra; el cual contenía datos como sexo del paciente y del cuidador primario, edad del paciente y del cuidador primario, escolaridad del paciente y del cuidador primario, posición en el orden de nacimiento, lugar de procedencia, diagnóstico de base del paciente, tipo de cirugía, número de cirugías anteriores, médico tratante, fecha de ingreso al hospital y fecha de la cirugía.

Así mismo se aplicó *La Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (Revisada)* de Reynolds y Richmond (1997), es un instrumento que está diseñado para valorar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes, por medio de la evaluación de cuatro subescalas además de la puntuación de ansiedad total. Estas subescalas se denominan: Ansiedad Fisiológica, Inquietud / Hipersensibilidad, Preocupaciones Sociales / Concentración, y Mentira. Se compone de 37 reactivos, en donde el niño tiene 2 opciones de respuesta “Sí”, que indica que el reactivo está describiendo los sentimientos o acciones del niño, mientras la respuesta “No”, indica que el reactivo por lo general no lo está describiendo.

Este instrumento posee una confiabilidad en población mexicana de .46 en Ansiedad Fisiológica; .61 en Inquietud / Hipersensibilidad; .61 en Preocupaciones Sociales / Concentración; .71 en Mentira y .71 en Ansiedad

Total. (Reynolds & Richmond, 1978; Richmond, Rodrigo, & de Rodrigo, 1988)

La *Escala de Estrategias de Afrontamiento Personal de Moos*, Subescala de la versión castellana, traducida y adaptada por los Doctores H. Ayala y J. J. Sánchez Sosa, de la Escala de Salud y Vida Cotidiana, Forma B de Moos, R. (1984).

Debido a que el instrumento revisado en el presente estudio se utilizó para investigar la relación entre las estrategias de afrontamiento utilizadas por parte de los cuidadores primarios y la presencia de ansiedad en los niños ante una cirugía mayor, fue importante determinar las propiedades psicométricas del mismo, en padres de niños hospitalizados que iban a ser sometidos a un proceso quirúrgico. En ausencia de datos sobre la estructura del instrumento en este tipo de población se estableció su estructura y propiedades a efecto de conservar la información útil y evitar sesgos al ocupar estructuras propias de poblaciones distintas. Participaron 110 usuarios del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” I.S.S.S.T.E., del servicio de Cirugía Pediátrica, ubicado en el 5° piso. Los instrumentos se aplicaron en el mismo lugar de manera privada y confidencial.

La escala de Estrategias de Afrontamiento Personal de Moos es un instrumento que evalúa ocho estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes.

Las primeras cuatro escalas se refieren a estilos basados en la aproximación al problema (Análisis Lógico, Reevaluación Positiva, Búsqueda de Guía y Soporte y Resolución de Problemas), las cuatro restantes evalúan estilos de evitación o centrados en la emoción (Evitación Cognitiva, Aceptación – Resignación, Búsqueda de Recompensas Alternativas y Descarga Emocional).

De la misma forma, las dos primeras escalas de cada bloque evalúan métodos cognitivos y las dos restantes conductuales (Gutiérrez, 2008). Se

compone de 35 reactivos referentes a los tipos de afrontamiento propuestos por Moos con una escala de seis opciones de respuesta tipo likert a elegir de “nunca” a “siempre”.

La *Escala de Estrategias de Afrontamiento Personal de Moos*, Forma B de Moos, estandarizada para cuidadores primarios quedó en un total de 26 reactivos distribuidos en 5 áreas; después del análisis de confiabilidad y validez por población, se obtuvieron los siguientes datos de confiabilidad, .81 en Análisis Lógico; .82 en Búsqueda de Guía y Apoyo; .65 en Solución de Problemas; .71 en Aceptación y Resignación y .53 en Evitación Cognitiva (Ver anexo).

5.4 Tipo de Estudio.- Fue de tipo transversal, ya que se realizó una sola medición de las características del grupo en un momento dado, sin pretender evaluar la evolución de estas características. También se trató de un estudio correlacional, puesto que se midió el grado de relación que existe entre las estrategias de afrontamiento por parte de los cuidadores primarios y el nivel de ansiedad que presentan los niños ante una intervención quirúrgica.

5.5 Procedimiento.- Para la realización de esta investigación se acudió a las autoridades correspondientes del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, para que se autorice el desarrollo de esta investigación en el servicio de Cirugía Pediátrica. Aprobado el trabajo de investigación, se inició el rastreo de la muestra, que cumpliera con los criterios mencionados; por lo que se acudió tanto con la Jefe de Enfermeras como con los residentes del servicio de Cirugía Pediátrica, para solicitar un enlistado de los pacientes que serían intervenidos quirúrgicamente.

Una vez obtenido este enlistado, se abordó a los cuidadores primarios de los pacientes y a los pacientes que iban a ser sometidos a una

intervención quirúrgica, para preguntarles si podrían contestar un par de instrumentos psicológicos relacionados al nivel de ansiedad en los pacientes y el estilo de estrategias implementadas por los cuidadores primarios. Se invitó a 75 participantes, de los cuales solo aceptaron 52 en esta investigación. Al acceder a colaborar se les proporcionaba una carta de consentimiento informado (ver anexo), al cuidador primario de los pacientes, en donde autorizaron su participación en esta investigación, dado su consentimiento se procedió a la aplicación del Cuestionario Sociodemográfico, elaborado por la investigadora.

En una sesión posterior se aplicó a los cuidadores primarios la Escala de Estrategias de Afrontamiento Personal de Moos, en donde se solicitaba que contestarán de acuerdo a cómo han actuado durante estos días de hospitalización y el día de cirugía de sus hijos.

La ejecución del cuestionario sociodemográfico así como la Escala de Estrategias de Afrontamiento Personal de Moos, fue de tipo individual, en donde se les proporcionaba a los cuidadores primarios los instrumentos impresos y lápiz o pluma en caso de ser necesario. El tiempo de aplicación para ambos instrumentos fue de 12 a 15 minutos en promedio; esta se realizaba en el cuarto de hospitalización.

El investigador se mantuvo ausente durante el tiempo que duró la aplicación; cuando los participantes tenían dudas acerca de los reactivos, se brindó la oportunidad de no contestarlo y que cuando se recogiera la escala, el aplicador aclararía expresamente el contenido del reactivo sin inducir ninguna respuesta al participante. Al final se revisaba que los instrumentos estuvieran completamente contestados.

La aplicación a los pacientes de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños, se realizó de forma individual y verbal, de 30 a 20 minutos antes de la intervención quirúrgica. Proporcionando las siguientes instrucciones verbales: “Esta aplicación consta de un cuestionario en donde tienes dos

posibilidades de respuesta (Sí o No), en donde nos interesa conocer en este momento como te sientes, por favor dime la opción que elijas para cada reactivo. Tus respuestas son absolutamente confidenciales, contesta con toda sinceridad”.

RESULTADOS

La estructura de la adaptación del Inventario de Estilos de Afrontamiento Personal de Moos (1984), se obtuvo con un grupo de 110 cuidadores primarios de pacientes que fueron sometidos a una intervención quirúrgica, siendo el 78.2% madres y el 21.8% padres, con una edad promedio de 40 años (DS 7.63) y con una escolaridad promedio de licenciatura (40.9%).

Se logró la mejor solución con Rotación Varimax a 5 factores que explicaron el 52.07% de la varianza. Eliminando 9 reactivos y 3 áreas; ya que no fueron significativos en esta población.

Se eliminaron 9 reactivos: 7 (Me preparo por si pasa lo peor), 9 (Cuando me siento enojado (a) me desquito con otras personas), 10 (Cuando me siento deprimido (a) me desquito con otras personas), 22 (Trato de olvidarme por un tiempo del problema), 24 (Evito estar con la gente), 26 (Me cuesta trabajo creer lo que está pasando), 28 (Trato de no sentir nada), 31 (Intento relajarme o tomarlo con calma: bebiendo más o comiendo más o haciendo más ejercicio, o fumando más o tomando más tranquilizantes o hago otras cosas) y 35 (Tengo un círculo de amigos (as) con quienes mantengo un contacto cercano).

Se eliminaron 3 áreas: Descarga Emocional: Consiste en reducir la tensión mediante la expresión de sentimientos negativos, o mediante el empleo de estrategias de reducción de tensión como beber, fumar, ingerir drogas, etc.; Re evaluación Positiva: Su finalidad es reconstruir el problema de forma positiva mientras se acepta la realidad de la situación; y Búsqueda de Recompensas Alternativas: Consiste en paliar el efecto del estrés que engendra el problema involucrándose en actividades con la finalidad de crear nuevas formas de satisfacción.

Área Análisis Lógico: Estrategia cognitiva cuyo objetivo es entender y prepararse mentalmente para enfrentarse con el estresor y sus consecuencias.

Factor 1			
Varianza explicada: 15.215 α y (α estandarizada): .819 (.832)	Carga Factorial	Correlación inter ítems	Alpha si se elimina el ítem
1. Trato de saber más sobre el problema.	.636	.568	.796
2. Hablo con mi pareja o con otros parientes sobre el problema.	.672	.526	.800
4. Hablo con un profesionista (médico, abogado, cura, etc.) sobre el problema.	.466	.420	.826
11. Trato de verle el lado bueno al problema.	.503	.549	.796
14. Pienso en varias opciones para manejar el problema.	.702	.681	.781
18. Trato de analizar las cosas y ver realmente como son.	.572	.513	.802
19. Pienso en el problema para tratar de entenderlo mejor.	.637	.471	.806
20. Trato de no actuar precipitadamente.	.656	.505	.802
23. Sé lo que debo hacer y me esfuerzo para que funcionen las cosas.	.590	.569	.795

Área Aceptación y Resignación: Su finalidad es la aceptación del problema y la adopción de una actitud de resignación ante el mismo.

Factor 2			
Varianza explicada: 11.393 α y (α estandarizada): .711 (.717)	Carga factorial	Correlación inter ítems	Alpha si se elimina el ítem
3. Hablo con un(a) amigo(a) sobre el problema.	.397	.346	.736
5. Le pido a Dios que me guíe.	.885	.694	.539
6. Rezo para darme valor.	.857	.579	.594
29. Busco la ayuda de personas o grupos que han tenido problemas parecidos.	.431	.412	.701

Área Evitación Cognitiva: Se utiliza una estrategia para evitar pensar realmente en el problema o estresor.

Factor 3			
Varianza explicada: 9.185 α y (α estandarizada): .532 (.544)	Carga Factorial	Correlación inter ítems	Alpha si se elimina el ítem
8. No me preocupo, pienso que todo saldrá bien.	.743	.305	.475
12. Hago otras cosas para no pensar en el problema.	.497	.268	.508
21. Me digo cosas a mi mismo(a) para sentirme mejor (me echo porras).	.441	.334	.448
25. Trato de que, en el futuro, las cosas sean diferentes.	.503	.397	.414

Área Solución de Problemas: Se analiza alguna acción con la finalidad de acabar directamente con el problema.

Factor 4			
Varianza explicada: 8.966 α y (α estandarizada): .656 (.661)	Carga Factorial	Correlación inter ítems	Alpha si se elimina el ítem
13. Pienso en un plan de acción y lo hecho a andar.	.678	.647	.512
15. Pienso en cómo resolví problemas parecidos anteriormente.	.642	.547	.557
16. No dejo ver lo que siento.	.636	.246	.659
17. Tomo las cosas como vienen.	.338	.373	.619
27. Como yo no puedo hacer nada para cambiar las cosas, las acepto como vienen.	.400	.244	.661
30. Trato de sacarle provecho al problema.	.384	.314	.650

Área Búsqueda de Guía y Apoyo: Su objetivo es buscar información, soporte y ayuda ante el estresor.

Factor 5 Varianza explicada: 7.318 α y (α estandarizada): .799 (.795)	Carga Factorial	Correlación inter ítems	Alpha si se elimina el ítem
32. Considero que tengo aproximadamente ____ amigos verdaderos.	.843	.724	.690
33. Tengo alrededor de ____ amigos cercanos con quienes puedo platicar de mis problemas.	.818	.738	.681
34. Conozco a ____ personas de quienes puedo esperar ayuda real cuando tengo problemas.	.603	.551	.777

Los datos se presentan de manera descriptiva en gráficas de barras por porcentaje acumulado de frecuencias, se hizo así para preservar toda la información del grupo sin que se vea afectado por valores extremos, como ocurriría con el uso de medias, o por la variedad del número de reactivos. Los porcentajes se calcularon por su equivalencia donde el 100% es igual al máximo posible de puntuación por reactivo, por número de reactivos en el área y por el número de participantes. El porcentaje del área se calculó con la sumatoria total de los participantes en el área en cuestión. En la ordenada se muestra el porcentaje y en la abscisa las áreas de cada una de las escalas.

En las Figuras 1 y 2, se observa el porcentaje acumulado de frecuencia para ansiedad en los niños y afrontamiento en los cuidadores primarios.

Figura 1. Ansiedad en los Niños.

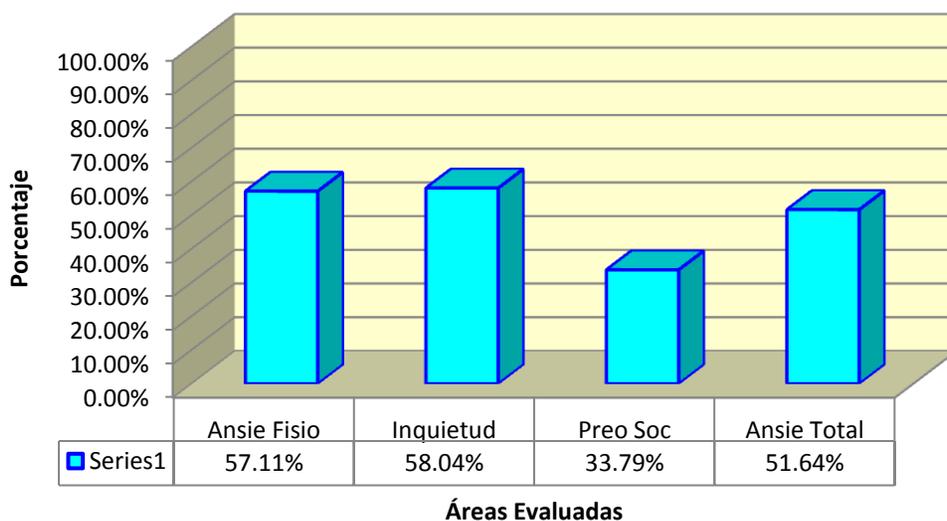


Figura 1. Niveles de ansiedad observados en los niños (n=52) por Tipo de Ansiedad.

Se observa que hubo un nivel alto de ansiedad en relación al máximo que puede medir la escala, los más altos se presentaron en Inquietud/Hipersensibilidad (58.04%) y Ansiedad Fisiológica (57.11%). El nivel más bajo se observó en Preocupaciones Sociales (33.79%).

Figura 2. Afrontamiento en Cuidadores Primarios.

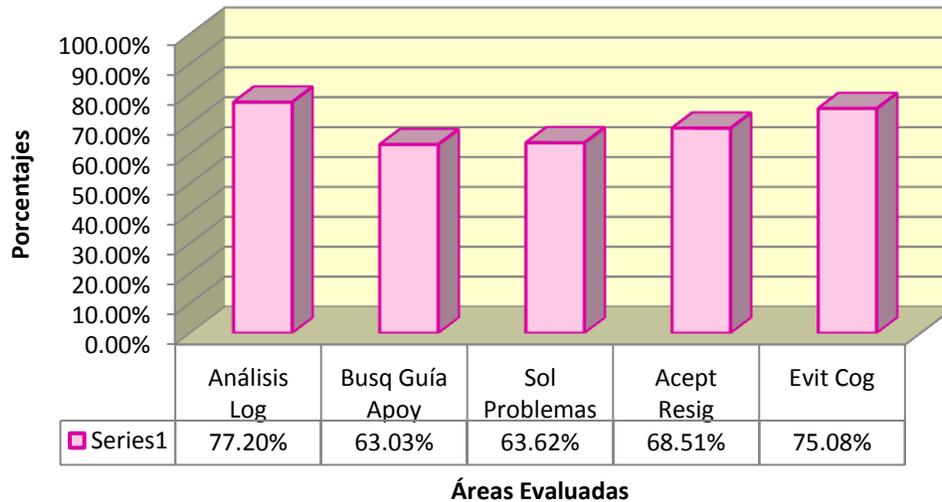


Figura 2. Estilos de Afrontamiento observados en los cuidadores primarios (n=52) por Tipo de Estrategia.

En la Figura 2 se muestra que existe un mayor uso de algunos estilos de afrontamiento por parte de los cuidadores primarios, en relación a los estilos de afrontamiento que la escala puede medir, los porcentajes más altos se presentaron en Análisis Lógico (77.20%) y Evitación Cognitiva (75.08%). El porcentaje más bajo se observó en Búsqueda de Guía y Apoyo (63.03%).

Con el objetivo de identificar la normalidad de la distribución en las variables bajo estudio se corrió el estadígrafo Kolmogorov-Smirnov que arrojó que la distribución es normal en todas las variables excepto Preocupaciones Sociales ($Z=1.411$, $p<.037$).

Tabla 1. Kolmogorov-Smirnov

Área	N	Z	p asociada
Ansiedad Fisiológica	52	1.050	.220
Inquietud / Hipersensibilidad	52	1.045	.225
Preocupaciones Sociales	52	1.411	.037
Ansiedad Total	52	.852	.462
Análisis Lógico	52	.738	.648
Búsqueda de Guía y Apoyo	52	1.123	.161
Solución de Problemas	52	.559	.914
Aceptación y Resignación	52	.656	.782
Evitación Cognitiva	52	1.044	.226

En virtud de que prácticamente todas las variables mostraron una distribución normal, se utilizaron estadígrafos paramétricos para observar la asociación entre éstas. Los resultados se analizaron para conocer la relación entre los niveles de ansiedad en los niños y los estilos de afrontamiento de los cuidadores primarios. Se utilizó el estadígrafo de Pearson por tratarse ansiedad de una variable dicotómica mientras que los

estilos de afrontamiento son variables de tipo ordinal con referentes proporcionales específicos en cada reactivo, por lo que son susceptibles de análisis como intervalar.

La Tabla 2 muestra los coeficientes de correlación entre las variables, en las primeras cuatro columnas /filas, se presentan las áreas que miden ansiedad, y en las últimas cinco las áreas de afrontamiento.

Tabla 2. Coeficientes de correlación entre variables.

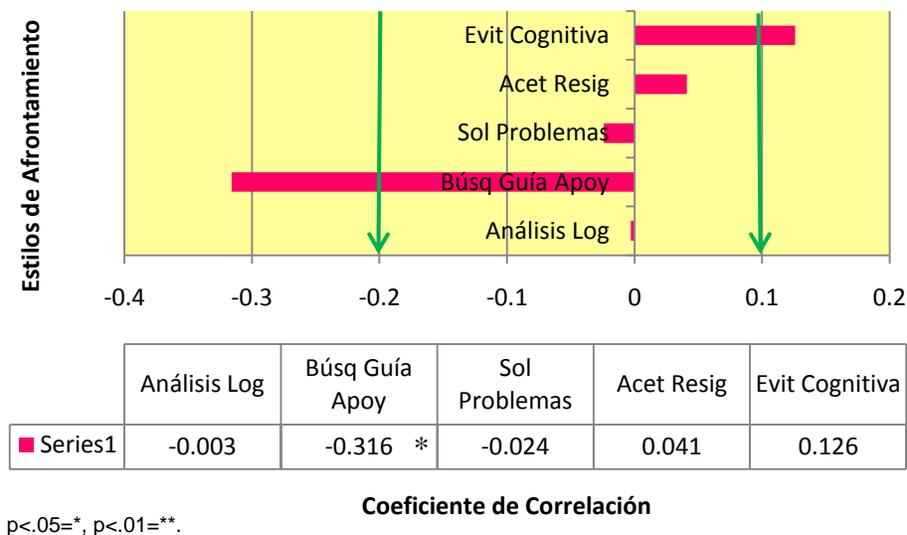
	Ans Fisio	Inq/Hip	Pero Soc	Mentira	Ana Log	Búsq GyA	Sol Prob	Acept Resig	Evit Cog
AnsFisio	----								
Inq/Hip	.644**	----							
PreoSoc	.428**	.444**	----						
Mentira	-.219	-.106	-.197	----					
AnaLog	-.071	.016	-.045	.076	----				
Búsq GyA	-.269	-.207	-.267	-.004	.415**	----			
SolProb	.084	-.156	-.015	.000	.513**	.371**	----		
Acept Resig	.025	.028	-.054	-.109	.389**	.369**	.363**	----	
EvitCog	.058	.147	.053	-.126	.501**	.173	.457**	.357**	----

Hubo relación significativa entre las variables que pertenecen a la misma escala, entre las tres de ansiedad, y las de afrontamiento excepto Evitación Cognitiva con Búsqueda de Guía y Apoyo ($r=.173$, $p=.221$). Aunque no resultaron significativas, las asociaciones más fuertes entre las variables de ansiedad en los niños y los estilos de afrontamiento de los

cuidadores ocurrieron en Búsqueda de Guía y Apoyo con Ansiedad Fisiológica y Preocupaciones Sociales que además tuvieron signo negativo, es decir que entre más Ansiedad Fisiológica menor uso del estilo de Búsqueda de Guía y Apoyo ($r=-.269$, $p=.054$) y entre más Preocupaciones Sociales, menor uso del mismo estilo ($r=-.267$, $p=.056$).

La Figura 3 muestra los coeficientes de correlación, donde las barras representan los Estilos de Afrontamiento de los padres y su relación con la Ansiedad Total, la flecha verde marca el punto en que la correlación es estadísticamente significativa.

Figura 3. Correlación entre Ansiedad Total y Estilos de Afrontamiento

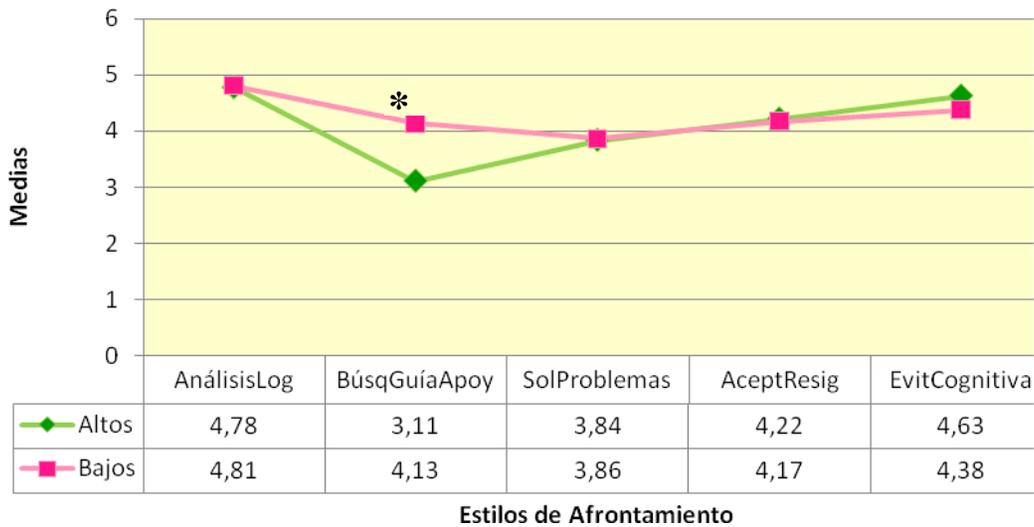


Ansiedad Total en los niños tuvo una relación positiva con los estilos de Evitación Cognitiva y Aceptación y Resignación, es decir que entre más uso de estos estilos por parte de los cuidadores primarios, hay mayor presencia de ansiedad en los niños, resultando significativa esta relación con el estilo de Evitación Cognitiva ($r=0.126$, $p<.05$).

Así mismo se observa una relación negativa con los estilos de Análisis Lógico, Búsqueda de Guía y Apoyo, y Solución de Problemas, es decir que entre más ocupan estos estilos los padres hubo menor ansiedad en los niños, resultando estadísticamente significativa esta relación en Búsqueda de Guía y Apoyo ($r=-.316$, $p<.05$).

Se realizó un análisis por grupos contrastados por los niveles de ansiedad con el objetivo de identificar cuáles son los Estilos de Afrontamiento y en que se diferencian los cuidadores primarios de los niños con mayor (alta) y menor ansiedad (baja). Los grupos se separaron por los cuartiles P25 y P75 para identificar los extremos en ansiedad baja y alta respectivamente. La significancia de las diferencias se estableció a través de pruebas t para grupos independientes ya que se observó una distribución normal en las variables por la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

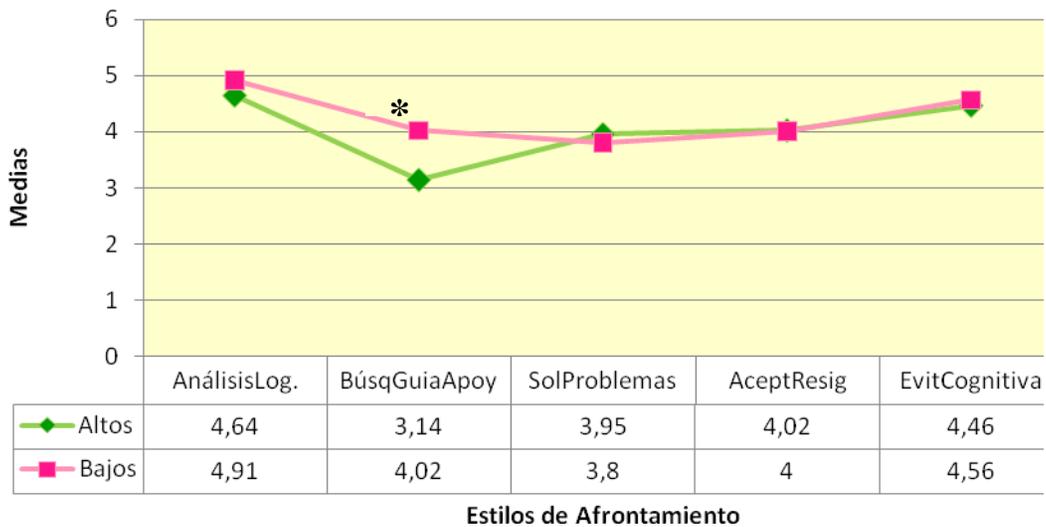
Figura 4. Ansiedad Total y Estilos de Afrontamiento.



Los estilos de afrontamiento fueron muy similares entre los cuidadores primarios de niños con alta y baja ansiedad; sin embargo, Búsqueda de Guía y Apoyo fue en estilo notablemente más empleado en los cuidadores primarios de niños con baja ansiedad, resultando significativa ($t=2.264$, $p=.031$).

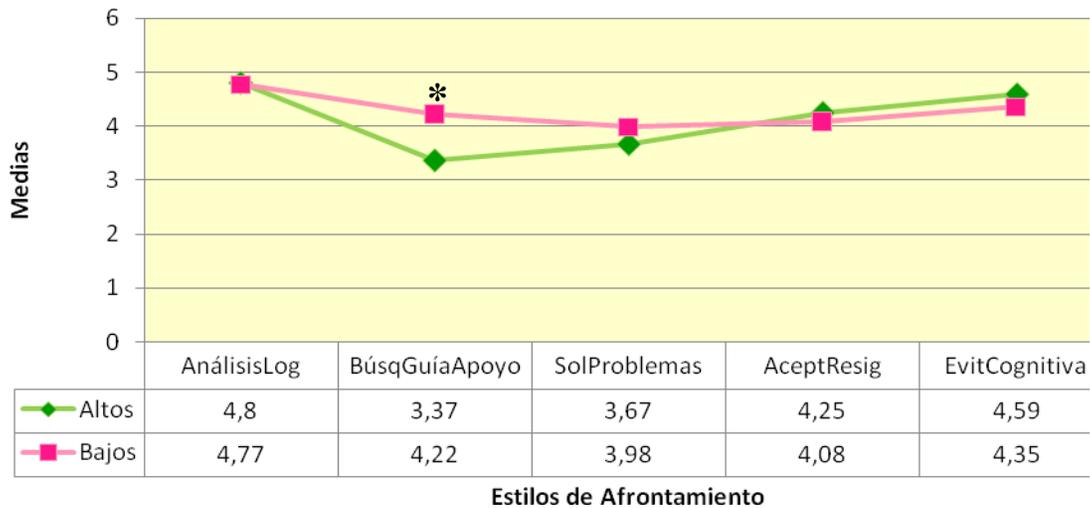
A continuación en las Figuras 5 a 7 se desglosarán cada una de las subescalas de ansiedad en relación a los grupos contrastados por los estilos de afrontamiento de los cuidadores.

Figura 5. Ansiedad Fisiológica y Estilos de Afrontamiento



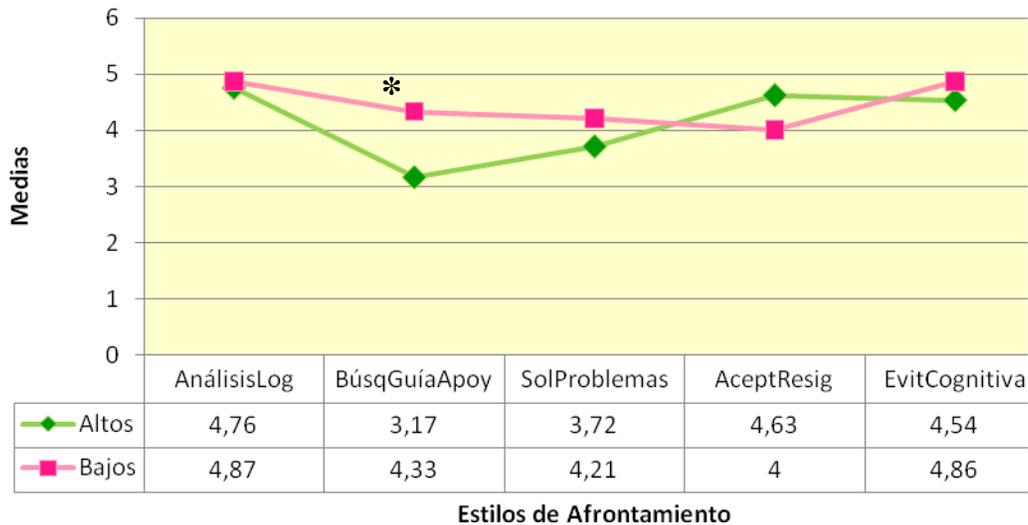
La Figura 5, muestra que los estilos de afrontamiento fueron muy similares entre los cuidadores primarios de niños con alta y baja ansiedad; nuevamente, Búsqueda de Guía y Apoyo fue en estilo notablemente más empleado en los cuidadores primarios de niños con baja ansiedad, resultando significativa ($t=1.863$, $p=.074$).

Figura 6. Inquietud / Hipersensibilidad y Estilos de Afrontamiento



En la Figura 6, muestra que los estilos de afrontamiento fueron también muy similares entre los cuidadores primarios de niños con alta y baja ansiedad; como en las escalas anteriores Búsqueda de Guía y Apoyo fue en estilo notablemente más empleado por los cuidadores primarios de niños con baja ansiedad, resultando significativa ($t=2.335$, $p=.026$). Así mismo se encontró, a pesar de ser mínima la diferencia, que el empleo del estilo de Solución de Problemas ($t=1.005$, $p=.322$) también se relaciona con un menor nivel de ansiedad en los niños.

Figura 7.Preocupaciones Sociales / Concentración y Estilos de Afrontamiento



La Figura 7 muestra que los estilos de afrontamiento fueron muy dispares entre los cuidadores primarios de niños con alta y baja ansiedad; sin embargo, Búsqueda de Guía y Apoyo fue en estilo notablemente más empleado en los cuidadores primarios de niños con baja ansiedad, resultando significativa ($t=1.395$, $p=.190$).

En Preocupaciones Sociales / Concentración, los niños reportan que esta subescala aumenta conjuntamente con el empleo de Estilos de Afrontamiento como Aceptación y Resignación; sin embargo, estos disminuían ante el uso de Análisis Lógico ($t=.244$, $p=.812$), Búsqueda de Guía y Apoyo ($t= 1.396$, $p=.190$), Solución de Problemas ($t=.842$, $p=.418$) y Evitación Cognitiva ($t=.818$, $p= .431$).

DISCUSIÓN

A pesar de que en nuestra sociedad, en general, concibe el hospital como el mejor recurso que tenemos para tratar y curar enfermedades, al que se acude con la esperanza de que se realizará todo lo necesario para que su curación se produzca; los pacientes tienden a sentir ansiedad y miedo ante los procedimientos y acontecimientos que puedan ocurrir durante su hospitalización. Por ello, el hospital es visto, por un lado, como un lugar que proporciona alivio y curación y, por otro lado, como un sitio desagradable, donde su cuerpo está sometido a intervenciones dolorosas. Siendo el miedo y la ansiedad parte de la experiencia del periodo que rodea una intervención quirúrgica.

Como la cirugía no influye de la misma forma en todos los niños, sobre todo por el apoyo de los padres el propósito del presente estudio consistió en conocer la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento de los padres (cuidadores primarios) de niños sometidos a cirugía y el nivel de ansiedad que presentaron los niños ante este evento. Se buscó una posible relación entre el empleo de los estilos de Búsqueda de Guía y Apoyo, Análisis Lógico y Solución de Problemas, por parte de los cuidadores y una disminución en el nivel de ansiedad en los niños. Mediante este último método las estrategias centradas en el problema son más fácilmente aprendidas que las centradas en la emoción, debido posiblemente a que son más fáciles de copiar por simple observación porque generalmente son estrategias conductuales.

Ante el uso de estrategias como Evitación Cognitiva y Aceptación y Resignación hay mayor presencia de ansiedad en los niños previo a un evento quirúrgico, como menciona Calvanese, Feldman y Weisinger (2004), los pacientes que tienen un manejo menos efectivo de su enfermedad

suelen utilizar estrategias de afrontamiento no funcionales orientadas a la aceptación o resignación pasiva, lo cual se asocia con manifestaciones elevadas de ansiedad y depresión, bajo nivel de ajuste psicosocial, mayor atribución de control externo y menos expectativas de rehabilitación; así mismo se asocia el uso de estrategias pasivas como la religión a un mayor grado de desadaptación (Soucase, Monsalve y Soriano, 2004). Lo cual también coincide con lo que menciona Cristovao (1999), en que los métodos de afrontamiento orientados al problema son más efectivos que los centrados en la emoción.

Así, la percepción de mejor salud mental, se relacionó de manera positiva con el estilo de afrontamiento centrado en el problema, es decir, asumir un papel activo en la situación, analizar las causas y seguir pasos concretos, seguir un plan de acción, hablar con las personas implicadas y poner en acción soluciones concretas, como han sugerido otros autores (Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez, 2007).

En cuanto a la correlación entre los tipos de ansiedad que componen la escala utilizada y los estilos de afrontamiento se encontró que el estilo de Búsqueda de Guía y Apoyo correlacionó de forma negativa con Ansiedad Fisiológica y Preocupaciones Sociales, lo cual indica que a mayor Ansiedad Fisiológica y Preocupaciones Sociales, hubo menor empleo de Búsqueda de Guía y Apoyo. Este estilo como señalan Holahan, Moos, & Schaefer (1997), se concibe como una forma de evitación conductual y no como un afrontamiento centrado en la resolución del problema, ya que dicha estrategia facilita la posibilidad de distraerse del problema y de no ejercer acciones específicas para solucionarlo. De acuerdo con autores como Wahl, Hanestad, Wiklund & Poum (1999), el fenómeno de distorsión de la realidad es un tipo de afrontamiento que se emplea para conservar la esperanza y el optimismo para negar tanto lo ocurrido como su implicación, como si lo ocurrido no tuviera importancia, estrategia que ha sido relacionada con

niveles más altos de inhabilidad y niveles bajos de salud mental y calidad de vida.

El presente estudio sugiere la importancia del empleo de estrategias de afrontamiento como Búsqueda de Guía y Apoyo, Análisis Lógico y Solución de Problemas por parte de los cuidadores primarios en la reducción de ansiedad en sus hijos ante un procedimiento quirúrgico. Estas estrategias parecen favorecer una percepción de control sobre la situación, anticipación y preparación para resolver el problema, y permiten un papel más activo, por parte de los cuidadores primarios, durante el proceso hospitalario de sus hijos. Se supone que esto ocurre a través de brindar seguridad y apoyo para una rápida y mejor adaptación en este ambiente.

Una contribución más del presente estudio es el establecimiento de la estructura y propiedades psicométricas para el instrumento de Estrategias de Afrontamiento Personal de Moos, en padres de niños hospitalizados, permitiendo la exploración por medio de este instrumento en un campo poco estudiado y en el que se poseen pocos instrumentos para la evaluación del mismo en nuestro país.

Algunas de las recomendaciones que pueden derivarse de los resultados del presente estudio para investigaciones futuras son el considerar una población mayor, tanto en sexo como por edad, en cuidadores primarios e hijos. Pudiera haber alguna diferencia entre estas variables, ya que la forma en que se responde ante un evento estresante, se determina en parte por el tipo de pensamiento que se presenta en las diferentes etapas del desarrollo.

Se debería considerar otra escala para medir el nivel de ansiedad en pacientes con una edad entre los 6 y 7 años; ya que se observó dificultad para que los niños comprendieran algunos de los reactivos; además de que en esta edad los niños refieren ansiedad ante diferentes situaciones que los niños de mayor edad. Así mismo sería importante tomar en cuenta el tiempo

desde el diagnóstico del padecimiento de base y su historia médica; ya que existen pacientes que desde su nacimiento han sido constantemente internados, lo cual crea una perspectiva diferente de los procedimientos médicos a diferencia de los que tienen un recién diagnóstico. De igual forma integrar el tiempo de la estancia hospitalaria pre y post quirúrgico pudiera dar una referencia de si hay algún cambio en el empleo de estilos de afrontamiento o si estos se conservan a pesar del tiempo.

Se propone que se analice la relación de los estilos de crianza y un evento quirúrgico, ya que brindaría diversas pautas para el manejo pre, post operatorio y quizá también para la adhesión al tratamiento.

Finalmente se sugiere desarrollar intervenciones de corte cognitivo conductual, para promover tanto en los padres como en los pacientes estilos de afrontamiento más adaptativos. A pesar de los avances en la medicina y las técnicas quirúrgicas, la cirugía siempre representará un evento estresante, continuarán las preocupaciones sobre la muerte, dependencia física, no despertar de la anestesia, el dolor, la enfermedad, recuperación, separación con la familia, situación económica y laboral y hospitalización, entre otros.

BIBLIOGRAFÍA

Abreu, L. M. y Pérez, V. J. (2004). Cirugía para el estudiante y el médico general. Distrito Federal, México: Méndez.

Affleck, G., Tennen, H., Urrows, S., y Higgins, P. (1992). Neuroticism and the pain – mood relation in rheumatoid arthritis: Insights from a prospective daily study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 119 – 126.

Aguilera, P. P. y Whetsell, V. M. (2007). La ansiedad en los niños hospitalizados. *Aquichan*, 7(2), 207 – 218.

Aldwin, C. M., Revenson, T. A. (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 337 – 348.

Alfaro, R. A. y Atria, M. R. (2009). Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño hospitalizado. *Revista Pediatría Electrónica*. (6), 36 – 54.

Alonso, L. J. (2005). Programa de preparación psicológica en cirugía infantil programada. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, (3), 56–70

Andrews, G. (1996). Comorbidity and the general neurotic syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 168 (Suppl 30), 76-84.

Barber, B. K. (1996). Parental psychological control: Revisiting a neglected construct. *Child Development*, 67, 3296 – 3319.

Beck, A. y Emery, G. (1985). Anxiety disorders and phobias. U. E.: Basic books.

Beck, J. (2000). Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización. España: Gedisa.

Beidel, D. C. y Turner, S. M. (1997). At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 918 – 924.

Ben-Amitay, G., Kosov, I., Reiss, A., Toren, P., Yoran-Hegesh, R., Kotler, M., and Mozes, T. (2006). Is elective surgery traumatic for children and their parents?. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 42, 618 – 624.

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

Billings, A. y Moos, R. (1982). Conceptualizing and measuring coping recourses and process. In L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.) Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects. New York: Macmillon.

Bobes, G. J. y Bousoño, G. M. (2002). Trastorno de ansiedad generalizada. Barcelona, España: Ars Medica.

Bolger, N. (1990). Coping as a personality process: A prospective study. *Journal of personality and Social Psychology*, 59, 525 – 537.

Boretti, J. J. y Lovesio, C. (1989). Cirugía bases fisiopatológicas para su práctica. Buenos Aires, Argentina: “El Ateneo”.

Brody, N. (2000). Psicología de la personalidad. Madrid: Prentice Hall.

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

Bru, G., Carmody, S., Donohue-Sword, B. Y., Bookbinder, M. (1993). Parental visitation in the post-anaesthesia care unit: a means to lessen anxiety. *Children’s Health Care*, 22, 217-226.

Buceta, J. (2001). Intervención psicológica y salud control del estrés y conductas de riesgo. Madrid: Dykinson.

Burnham, J. J. y Gullone, E. (1997). The fear survey schedule for children – II: A psychometric investigation with American data. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 165 – 173.

Burstein, S., & Meichenbaum, D. (1979). The work of worrying in children undergoing surgery. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 7, 121 – 132.

Calpe, E., (1990). Diccionario de medicina – espasa. Argentina: Espasa Calpe.

Calvanese, N., Feldman, L., y Weisinger, J. (2004). Estilos de afrontamiento y adaptación al tratamiento en pacientes sometidos a hemodiálisis. *Nefrología Latinoamericana*, 11 (2), 49 – 63.

Casares, J. (1991). Diccionario ideológico de la lengua española. Barcelona: Editorial Gustavo Gili.

Caspi, A. (2000). The child is the father of the man: personality continuities from childhood to adulthood. *J Pers Soc Psychol*, (78), 158-72.

Castillero, A. Y. (2007). Intervención psicológica en cirugía cardíaca. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1), 52 – 63.

Chess, S., Thomas A. (1996). Temperament. Theory and practice. New York: Brunner and Mazel INC

Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124, 3 – 21.

Clark, L. A., Watson, D., y Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 103-116.

Cloninger, C.R. (1994). Temperament and personality. *Curr Opin Neurobiol*, (4), 266 – 273.

Cloninger, S. C. (2003). Teorías de la personalidad (3ª. Edición). México: Prentice Hall.

Cloninger, C. R. y Svrakic D. M. (1992). Handbook of anxiety. Amsterdam: Elsevier Science Publishers BV.

Cloninger, C. R. y Svrakic, D. M. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Arc Gen Psychiatry*.

Cohn, J., & Tronick, E. (1983). Tree-month-old infants' reaction to simulated maternal depression. *Child Development*, 54, 185 – 190.

Cohn, J., & Tronick, E. (1989). Specificity of infants' response to mothers' affective behavior. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 28, 242 – 248.

Contreras, F., Esguerra, G. A., Espinosa, J. C. y Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*, 10 (2), 169 – 179.

Corsini, R. (1999). The dictionary of psychology. E. U.: Brunner/Mazel, Taylor & Francis group.

Costa, P. T., J. R. y McCrae, R. R. (1990). Personality: Another "hidden factor" in stress research. *Psychological Inquiry*, 1, 22 – 24.

Cowan, P. A., Cowan, C. P., & Schulz, M. S. (1996). Thinking about risk and resilience in families. In E. M. Hetherington & E. Blechman (Eds.), *Risk and resilience: Advances in family research* (Vol. 5, pp. 1 – 38). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Craig, G. y Baucum, D. (2001). Desarrollo psicológico (8ª. Edición). México: Pearson Educación.

Crespo, M. & Labrador, F. (2003). Estrés. Madrid: Síntesis.

Cristovao, F. (1999). Stress, coping, and quality of life among chronic haemodialysis patients. *Edtna Erca Journal*, 25 (4), 35 – 38.

Cummings, E. M., & Davies, P. T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 73 – 112.

Cummings, E. M., Davies, P. T., & Campbell, S. B. (2000). Developmental Psychopathology and Family Process. New York: The Guilford Press

Cwaigenbaum, D. (2001). La psicoprofilaxis quirúrgica infantil. Una tarea preventiva. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, (2), 41 – 44.

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

Davies, C. (1984). Mother's anxiety may increase child's distress. *Nursing Mirror*, 158, 30 – 31.

Daviss, W. B., Mooney, D., Racusin, R., Ford, J., Fleischer, A., Mchugo, G. J. (2000). Predicting Posttraumatic Stress Disorder After Hospitalization for Pediatric Injury. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 39, 576 – 583.

Dong, Q., Yang, B. y Ollendick, T. H. (1994). Fears in chinese children and adolescents and their relations to Anxiety and Depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 351 – 363.

Echeburúa, O. E. (1998). Trastornos de la ansiedad en la infancia. Madrid: Pirámide.

Elfström, M., Kreuter, M., Rydén, A., Persson, L. & Sullivan, M. (2002). Effects of coping on psychological outcome when controlling for background variables: a study of traumatically spinal cord lesioned persons. *Spinal Cord*, 40, 408 – 1.

Engler, B. (1996). Introducción a las teorías de la personalidad. México: Mc GrawHill.

Endler, N.S., y Kocovski, N.L. (2001). State and trait anxiety revisited. *Journal of Anxiety Disorders*, 15(3), 231-245.

Endler, N. S., y Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assesment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844 – 854.

Epstein, S., y Meier, P. (1989). Constructive thinking: A broad coping variable with specific components. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 332 – 350.

Eysenck, H. (1971). Fundamentos Biológicos de la Personalidad. Barcelona: Fontanella.

Feldman, R. (2008). Desarrollo de la infancia (4ª. Edición). México: Pearson.

Fernández, C. A. y López, N. I. (2006). Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 631 – 645.

Field, T. (1992). Infants of depressed mothers. *Development and Psychopathology*, 4, 49 – 66.

Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219 – 239.

Font, L. (2004). Mente y personalidad. Un nuevo modelo integrador. Madrid: Biblioteca Nueva.

Friedlander, M. L., Steinhart, M. J., Daly, S. S., y Snyder, J. (1982). Demographic, Cognitive and Experimental predictors of presurgical anxiety, *Journal of Psychosom. Res.*, 26 (6), 623 – 627.

Galindo, L. A. (2006). Project for psychological intervention on families with children affected by congenital heart diseases: application of a programme of progressive relaxation, *MAPFRE Medicina*, 17, 38 – 46.

Gándara, J. y Fuentes, J. (1999). Angustia y ansiedad, Causas, síntomas y tratamiento. España: Ediciones pirámide.

García, S. R. y De la Barra, M. F. (2005). Hospitalización de los niños y adolescentes. *Revista Médica Clínica Condes*; 16 (4), 236 – 241

Gauderer, M. W., Loring, J. L., Eastwood, D. W. (1989). Is there a place for parents in the operating room. *Journal Pediatric Surgery*, 24, 705-707.

Giacomantone, E., Mejía, A. (1997). Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico. El impacto emocional de la cirugía. México: Paídos.

Goldberg, S. (1990). Chronic illness and early development: Parent – child relationship. *Pediatric Annals*. 19, 35 – 41

Gómez, Z. Y. (2008). Estilos de crianza, hábitos de estudio y niveles de ansiedad en exámenes, de alumnos universitarios. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.

González, G. R. y Martínez G. A. (1990). Principios de cirugía pediátrica. México: Trillas.

Gothelf, D. (2004). Life events and personality factors in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. *ComprPsychiatry*, (45), 192 – 198.

Gottman, J. M., Katz, L. F., & Hooven, C. (1996). Parental meta-emotion philosophy and the emotional life of families. Theoretical models and preliminary data. *Journal of Family Psychology*, 10, 243 – 268.

Gottman, J. M., Katz, L. F., & Hooven, C. (1997). Meta-emotion: How families communicate emotionally. Hillsdale, NJ: Erlbaum

Gray, J. (1971). The psychology of fear and stress. New York: McGraw Hill.

Gullone, E. y King, N. J. (1993). The fears of youth in the 1990s: Contemporary normative data. *The journal of Genetic Psychology*, 154, 137 – 153.

Gullone, E. y King, N. J. (1997). Three – year follow – up of normal fear in children and adolescents aged 7 and 18 years. *British Journal of Developmental Psychology*, 15, 97 – 111.

Gutiérrez C. M. I. (2008). Estilos de afrontamiento en estudiantes universitarios con síndrome de intestino irritable. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM. México.

Hewitt, P. L. y Flett, G. L. (1996). Personality traits and the coping process. En M. Zeidner y N. S. Endler (Eds.), *Handbook of Coping*. New York: Wiley.

Holahan, C. J., Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1997). Coping, stress resistance and growth: Conceptualizing adaptive functioning. En M. Zeidner, & N. Endler. (Eds.), Handbook of coping: Theory, research, applications. Nueva York: Wiley.

Holroyd, K. A. y Lazarus, R. S. (1982). Stress coping and somatic adaptation. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.) Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects, New York: Frec Press.

Jerusalem, M. y Schwarzer, R. (1989). Anxiety and selfconcept as antecedents of stress and coping. *Personality and Individual Differences*, 11, 53 – 63.

Kagan, J., Reznick, J., Snidman, N. (1987). The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child Development*, 58: 1459 – 1473.

Kain, Z., Mayes, L. C. y Caramico, L. (1999). Distress during induction of anesthesia and postoperative behavioral outcomes. *Anesth & Analg*, 88, 1042 – 1047.

Kaslow, M. H., Deering, C. G., & Racusia, G. R. (1994). Depressed children and their families. *Clinical Psychological Review*, 14, 39 – 59.

Keefe, F. J., Dashikar, A., Zuck, S. & Caldwell, D. S. (1998). Coping strategies for the patients with osteoarthritis. En: Doherty, M. Brandt, K. & Lohmander. S. (Eds.), Testbook on Osteoarthritis. New York: Oxford University Press.

Kelly, D. (1980). Anxiety and emotions. U. E.: Charles C. Thomas.

Kiecolt-Glaser, J.K. (2002). “Psychoneuroimmunology: Psychological influences on immune function and health”. *J. Consult. Clin. Psychol*, 70 (3) 537.

Lagos, H. E., Loubat, D. M., Muñoz, A. E. y Vera, F. P. (2004). Estrategias de afrontamiento de padres de niños con secuelas de quemaduras visibles. *Revista de Psicología*, 13, (2), 51 – 62.

Lamb, M. E. (1992). Parent-child relationships. In M. H. Bornstein, & M. E. Lamb (Eds.), Developmental Psychology: An Advanced Textbook. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Lazarus, R. S. (1990). Theory – based stress measurement. *Psychological Inquiry*, 1, 3 – 13

Lazarus, R. (2000). Pasión y razón. La comprensión de nuestras emociones. México: Paidós.

Lazarus, R. (2000). Estrés y emoción manejo e implicaciones en nuestra salud. España: Ed. Desclée de Brouwer.

Lazarus, R. S. & Folkman. S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Ed. Martínez Roca.

Lesse, S. (1970). Anxiety. New York: Grune and Stratton.

Lopez, V. y Lee, T.L. (2007). Psychoeducational preparation of children for surgery: The importance of parental involvement. *Patient Education and Counseling*. 65 (1), 34 – 41.

Luby, J.L. and Svrakic D. M. (1999). The junior temperament and character inventory: preliminary validation of a child self – report measure. *Psychol Rep.* (84), 1127 – 1138.

Maccoby, E. E. (1992). The role of parents in the socialization of children: An historical overview. *Developmental Psychology*, 28 (6), 1006 – 1017.

Martin, M. T., Miller-Johnson, S., Kitzmann, K. M., & Emery, R. E. (1998). Parent-child relationships and insulin-dependent diabetes mellitus: Observational ratings of clinically relevant dimensions. *Journal of Family Psychology*, 12, 102 – 111.

Martín, M., Pallarés, M. J. (1996). Aspectos psicológicos del dolor. En: Sociedad Española de Dolor eds. Manual terapéutico del dolor. Madrid: Salvat/Masson.

Matthews, G., Saklofske, D.H., Costa, P.T Jr, Deary, I.J., y Zeidner, M. (1998). Dimensional models of personality: A framework for systematic clinical assessment. *European Journal of Psychological Assessment*, 14(1), 36-49.

McCathie, H. y Spence, S. H. (1991). What is the revised fear survery schedule for children measuring? *Behaviour Research and Therapy*, 29, 495 – 502.

Meares, A. (1963). The managment of the anxious patient. U.E.: W. B. Saunders.

Méndez, F. X. (2002). Miedos y temores en la infancia: Ayudar a los niños a superarlos. Madrid: Pirámide.

Meneghelo, J. (2001). Situaciones en las que el pediatra debe enviar un paciente a un servicio de psiquiatría. En Meneghelo, J. Pediatría Práctica en diálogos. (4ª Ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana.

Milar, K. (1995). Assessment of preoperative anxiety. Comparison measures in patients awaiting surgery of breast cancer. *Br J Anaesth*, 14(2), 183 – 198.

Minuchin S. (1979). Psychosomatic Families. Anorexia Nervosa in contex. Harvard University Press. London.

Miró, J. y Raich, R. M. (1998). Cirugía, estrés y estrategias de afrontamiento: un análisis exploratorio. *Anuario de Psicología*, (29), 3, 73 – 87.

Moix, J. (1990 a). Factores que inciden en la ansiedad prequirúrgica. *Revista de Psicología de la Salud*, 2, 3 – 12.

Moix, J. (1990 b). Incidencia de la ansiedad prequirúrgica en la recuperación postoperatoria. II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos de España. Comunicaciones. Área 5: *Psicología y Salud*, Yagraf, 199 – 201.

- Moix, J. (1996). Preparación para la cirugía en pediatría. *Arch Pediatría*, 47, 211 – 217.
- Moliner, M. (1971). Diccionario de uso del español. Madrid: Ed. Gredos.
- Moos, R. H. (1998). Life stressors and coping resources influence health and well-being. *Psychological Assessment*, 4 (2), 133 – 158.
- Moos, R. H. y Schaefer, J. A. (1986). Life transitions and crises: a conceptual overview. En R. H. Moos (Ed.). *Coping with life crises: an integrated approach*. New York: Plenum Press.
- Moos, R. y Tsu, V. D. (1977). The crisis of physical illness: An Overview. En R. H. Moos (de.) Plenum. *Coping with physical illness*. New York.
- Moral de la Rubia, J. y Martínez R. J. (2009). Reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo: estrés y afrontamiento. *Psicología y Salud*, (19), 2, 189 – 196
- Ochoa B., Polaina-Lorente A. (1999). El estrés de los padres como consecuencia de la hospitalización de sus hijos: una revisión. *Estudios de psicología*. 63, 147 – 161
- Ollendick, T. H., King, N. J. y Frary, R. B. (1989). Fears in children and adolescents: Reliability and generalizability across gender, age and nationality. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 19 – 26.
- Omar, A. (1995). Las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológico y psicológico. Buenos Aires, Argentina: LUMEN.
- Ortigosa, Q. J., y Méndez C. F. (2000). Hospitalización infantil. Repercusiones psicológicas. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.
- Palermo, T. M., & Drotar, D. (1996). Prediction of children's postoperative pain: The role of presurgical expectations and anticipatory emotions. *Journal of Pediatric Psychology*. 21 (5), 683 – 698.
- Palermo, E. y Fernández – Abascal, E. (1999). Emociones y salud. Barcelona: Ariel.
- Palomo, M. P. (1995). El niño hospitalizado. Características, evaluación y tratamiento. Madrid: Pirámide.
- Pauli – Pott, U., Mertesacker, B., y Beckmann, D. (2004). Predicting the development of infant emotionality from maternal characteristics. *Development and Psychopathology*, 16, 19 – 42.
- 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.

Pelechano V. (1991): Familia, stress y enfermedad. *Análisis y modificación de conducta*. Volumen 17, Número 55, pp. 729-774.

Pellergrini, D. S. (1990). Psychosocial risk and protective factors in childhood. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 11, 201 – 209.

Pera, B. C. (2003). Un diccionario filosófico de la cirugía. Barcelona, España: Acantilado.

Pérez, D. R., Martín, C. M. y Quiñonez, C. M. (2000). Influencia de la ansiedad prequirúrgica en la evolución de la cirugía de las várices. *Revista Cubana Angiología y Cirugía Vascul*, 1 (2), 95 – 100.

Pérez, G. y Coello, C. (1994). Cirugía pediátrica. Madrid, España: Aranda.

Persson, L. O. & Sahlberg, D. (2002). The influence of negative illness cognitions and neuroticism on subjective symptoms and mood in rheumatoid arthritis. *Annals Rheumatism Disease*, 61, 1000 – 1006.

Peterson, L., & Toler, S. M. (1986). An information seeking disposition in child surgery patients. *Health Psychology*, 5, 343 – 358.

Pinel, J. (2001). Biopsicología. Madrid: Prentice Hall.

Puyuelo, R. (1984). Ansiedad infantil. Barcelona: Editorial Herder.

Quiles, M.J., Ortigosa, J. M., Méndez, F. X. y Perdroche, S. (2000). The child surgery worries questionnaire adolescent form. *Psychology in Spain*, 4, 82 – 87.

Quiles, M. J., Méndez, F. X. y Ortigosa, J. M. (2001). Preocupaciones prequirúrgicas: estudio empírico con población infantil y adolescente. *Anales Españoles de Pediatría*, 55 (2), 129 – 134.

Rae – Grant, N., Thomas, B. J., Offord, D. R., & Boyle, M. H. (1989). Risk, protective factors, and prevalence of behavioral and emotional disorders in children and adolescents. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 262 – 268.

Ramírez, C., Esteve, R. & López, A. (2001). Neuroticismo, afrontamiento y dolor. *Anales de Psicología*, 17, 129 – 137.

Ramírez, C. y Valdivia, I. (2003). Evaluación del funcionamiento diario de pacientes con dolor crónico. *Psicología Conductual*, 11, 283 – 291.

Rettew, D. C. and Copeland, W. (2004). Associations between temperament and DSM – IV externalizing disorders in children and adolescents. *Journal Development Behavioral Peiatrics*, (25), 383 – 391.

Reynolds, C. R. y Richmond, B. O. (1978). What i think and feel: A revised measure of Children´s Manifest Anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 271 – 280.

Reynolds, C. y Richmond, B. O. (1997). Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (Revisada). México: Manual Moderno

Ricci, V. (1995). Operative stress and neuroendocrines changes: influences of anxiety, pain and drugs. *Minerva Med*, 86(3), 81 – 87.

Richmond, B. O., Rodrigo, G. & de Rodrigo, M. (1988). Factor structure of a Spanish versión of the Revised Children´s Manifest Anxiety Scale in Uruguay. *Journal of Personality Assessment*, 43, 281 – 283.

Robins, P. M. (1987). Coping responses and adaptational outcomes of children undergoing orthopedic surgery. *Journal of Clinical Child Psychology*, 16, 251 – 259.

Rodríguez, M. J., Esteve, R. y López, A. (2000). Dolor crónico y estrategias de afrontamiento. *Analisis y Modificación de Conducta*, 36, 391 – 418.

Rodríguez, M. J., Pastor, M. A. y López, R. S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, (1), 349 – 372.

Rojas, E. (1998). La ansiedad. Madrid: Ediciones Temas de Hoy.

Rothbaum, F., Weisz, J. R. & Snyder, S. S. (1982). Changing the world and changing the self: A two process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 5 – 37.

Rothbaum, F., & Weisz, J. R. (1994). Parental coregiving and child externalizing behavior in nonclinical samples: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 116, 55 – 74.

Rutter, M. (1983). Statistical and personal interactions: Facets and perspectives. In D. Magnusson & V. Allen (Eds.), *Human development: An interaccional perspective*. New York: Academic Press.

Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626 – 631.

Rutter, M., Tizard, J., Yule, W., Graham, P., & Whitmore, K. (1977). Research report: Isle of Wight Studies 1964 – 1974. *Psychological Medicine*, 6, 313 – 332.

Sáinz de Robles, F. C. (1975). Ensayo de un diccionario español de sinónimos y antónimos. Madrid: Ed. Aguilar.

Salgado, A. (2001). Hipertensión arterial. En M. A. Simón y E. Amenedo (Eds.). Manual de Psicofisiología clínica. Madrid: Pirámide.

Sánchez Cánovas, J. y Sánchez López, M. P. (1994). Psicología diferencial: Diversidad e individualidad humanas. Madrid: Ramón Areces.

Sánchez – Sosa, J. J. (2002). Health psychology prevention of disease an illness: Maintenance of health. In: *Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS), Social Sciences & Humanities* (pp. 1 – 12). Oxford, Uk.

Sandín, B. (1991). Las fobias específicas. Madrid: Klinik.

Sandín, B. (1999). El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas. Madrid: Klinik.

Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M. y Santed, M. A. (1998). Frecuencia e intensidad de los miedos en los niños: Datos normativos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3, 15 – 25.

Schmeck, K. and Goth, K. (2001). Reliability and validity of the junior temperament and character inventory. *Inr J Methods Psychiatric Res.* (10), 172 – 182.

Schulman, J. L., Foley, J. M., Vernon, D. T., Allan, D. (1967). A study of the effect of the mother's presence during anesthesia induction. *Pediatrics*, 39, 111 – 114.

Sierra, P. (1999) Calidad de vida en el niño hospitalizado. *Revista de la Sociedad Colombiana de Pediatría*. En Alfaro, R. A. y Atria, M. R. (2009). Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño hospitalizado. *Revista Pediatría Electrónica*. (6), 36 – 54.

Sineiro, G. C. y Paz, M. M. (2007). Labilidad emocional / afectividad negativa y regulación emocional en hijos de madres ansiosas. *Psiothema*. 19, (4), 627 – 633

Sobo, E. (1995). Choosing unsafe sex: AIDS-risk denial among disadvantaged women. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Sobo, E. J. (2001). Rationalization of medical risk through talk of trust: an exploration of elective eye surgery narratives. *Anthropology & Medicine*, 8 (2/3), 265 – 278.

Sobo, E. J. (2005). Parents' perceptions of pediatric day surgery risks: unforeseeable complications, or avoidable mistakes?. *Social Science & Medicine* 60, 2341 – 2350.

Soucase, B. V., Monsalve, J. F. Soriano, et al. (2004). Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 11, 353 – 359.

Stassen, B. K. (2006). Psicología del desarrollo, infancia y adolescencia (7ª. Edición). Madrid, España: Médica Panamericana.

Stein, A., Woolley, H., Cooper, S. D., & Fairburn, C. G. (1994). An observational study of mothers with eating disorders and their infants. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 733 – 748.

Steinberg, L., Lamborn, S. D., Darling, N., Mounts, N. S., & Dornbusch, S. M. (1994). Over-time changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 65, 754 – 770.

Svrakic, N. M. (1996). A general quantitative theory of personality development: fundamentals of a self-organizing psychobiological complex. *Dev Psychopathol*, (8), 247 – 272.

Taenzer, P., Metzack, R., Jenas, M. (1986). Influence of psychological factors on postoperative pain, mood and analgesic requirements. *Pain*, 24, 331 – 342.

Thatcher, R. W. (1987). *Human cerebral hemispheres develop at different rates and ages*. *Science*, 236, 110 – 1113.

Thompson, S. C. (1981). Will it hurt less if I can control it? A complex answer to a simple question. *Psychological Bulletin*, 90, 98 – 101.

Thompson, M. L. (1994). Information-seeking coping and anxiety in school-age children anticipating surgery. *Children's Health Care*, 23, 87 – 97.

Thompson, R. H., & Vernon, D. T. A. (1993). Research on children's behavior after hospitalization: A review and synthesis. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 14, 28 – 35.

Universidad Nacional Autónoma de México (1997). *Inventario de Estrés y Afrontamiento*.

Valdéz, C. y Florez, A. J. (1992). El niño ante su hospitalización: principales agentes estresantes. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina Barcelona*, 19, (5), 202 – 209.

Valenzuela, M. (1997). Maternal sensitivity in a developing society. The context of urban poverty and infant chronic undernutrition. *Developmental Psychology*, 33, 845 – 855.

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, 414 – 419.

Vallejo, R. y Gastó C. (2000). Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. España: Masson.

Wahl, A., Hanestad, B., Wiklund, I. & Poum, T. (1999). Coping and quality of life in patients with psoriasis. *Quality of life Research*, 8, 427 – 433.

Watson, D., Clark, L.A., y Harkness, A.R. (1994). Structures of Personality and their relevance to psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 18-31.

Weinstein, N. (1984). Why it won't happen to me: perceptions of riskfactors and susceptibility. *Health Psychology*, 3 (5), 431 – 457.

Weinstein, N. (1989). Perceptions of personal susceptibility to harm. In V. Mays, G. Albee, & S. Schneider (Eds.), *Primary prevention of AIDS: psychological approaches* (142 – 167). Newbury Park, CA: Sage.

Wenar, C. H. (1990). Childhood fears and phobias. En M. Lewis y S. Miller (Eds.), Handbook of Developmental Psychopathology. New York: Plenum Press.

Wertlieb, D., Hauser, S. T. y Jacobson, A. M. (1986). Adaptation to diabetes: Behavior symptoms and family context. *Journal of Pediatric Psychology*, 11, 463 – 479.

Wickrama, K. A. S., Lorenz, F. O. & Conger, R. D. (1997). Parental support and adolescent physical health status: A latent growth – curve analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 149 – 163.

Wollin, S. R., Plummer, J. L., Owen, H., Hawkins, R. M., Materazzo, F., Morrison, V. (2004). Anxiety in children having elective surgery. *J. Pediatrics. Nurs*; 19, 128 – 132.

A N E X O



CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE" I.S.S.S.T.E.

PSICOLOGÍA DE ENLACE

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

México D. F. a _____ de _____ de _____
Día Mes Año

Por la presente y de acuerdo al Artículo 52 de la Ley General de Salud y al Artículo 81 del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica autorizo al personal de Psicología de Enlace del C. M. N. "20 DE NOVIEMBRE" para que se realice a mi familiar y/o representado los ESTUDIOS (Psicológicos) así como los TRATAMIENTOS (Psicológicos) convenientes al caso médico, así mismo para, en caso de ser necesario; en el conocimiento de que los procedimientos citados señalan efectos secundarios de los cuales se me ha informado ampliamente como también se me informó en relación al padecimiento, tratamiento y todo lo necesario en referencia al caso de mi familiar y/o representado.

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Cama: _____

Registro: _____

Nombre del responsable legal: _____

Parentesco (en caso de responsable legal): _____

Firma: _____

Testigo

Testigo

Responsable de la Investigación:

Julieta Beatriz Candelario Mosco
Pasante de Licenciatura en Psicología de la UNAM

Vo.Bo. Psic. Clínica Susana Guadalupe Ramirez Sibaja
Responsable del Servicio de Psicología de Enlace.



PSICOLOGÍA DE ENLACE

Cuestionario Sociodemográfico

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Cama: _____

Escolaridad: _____ Orden de Nacimiento: _____

Diagnóstico de base: _____

Tiempo del Diagnóstico: _____

Tipo de Cirugía: _____

Médico Tratante: _____

Fecha de ingreso: _____

Nombre del cuidador primario: _____

Sexo: _____ Edad: _____

Escolaridad: _____

Parentesco: _____ Residencia: _____



PSICOLOGÍA DE ENLACE

Escala de Estrategias de Afrontamiento Personal de Moos

Sexo: _____ Edad: _____ Cama: _____

Escolaridad: _____ Parentesco: _____

Instrucciones:

En esta sección intento conocer cuáles son las formas como tratas de solucionar los problemas que se te presentan cotidianamente. **No hay respuestas buenas ni malas**, por favor contesta con toda franqueza, diciendo la verdad.

Las preguntas empiezan con una parte escrita y después tienen seis posibilidades para escoger. Escoge la opción que refleje mejor tu propio caso.

Cuando tengo problemas actúo de las siguientes maneras:

1. Trato de saber más sobre el problema.

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre

2. Hablo con mi pareja o con otros parientes sobre el problema.

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre

3. Hablo con un(a) amigo(a) sobre el problema.

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre

4. Hablo con un profesionalista (médico, abogado, cura, etc.) sobre el problema.

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre

5. Le pido a Dios que me guíe.

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre

6. Rezo para darme valor.

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre

7. No me preocupo, pienso que todo saldrá bien.

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre

8. Trato de verle el lado bueno al problema.

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre

9. Hago otras cosas para no pensar en el problema.

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre

10. Pienso en un plan de acción y lo hecho a andar.

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre

11. Pienso en varias opciones para manejar el problema.

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre

12. Pienso en cómo resolví problemas parecidos anteriormente.

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre

13. No dejo ver lo que siento.

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre

14. Tomo las cosas como vienen.

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre

15. Trato de analizar las cosas y ver realmente como son.

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre

16. Pienso en el problema para tratar de entenderlo mejor.

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre

17. Trato de no actuar precipitadamente.

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre

18. Me digo cosas a mi mismo(a) para sentirme mejor (me echo porras).

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre

19. Sé lo que debo hacer y me esfuerzo para que funcionen las cosas.

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre

20. Trato de que, en el futuro, las cosas sean diferentes.

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre

21. Como yo no puedo hacer nada para cambiar las cosas, las acepto como vienen.

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre

22. Busco la ayuda de personas o grupos que han tenido problemas parecidos.

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre

23. Trato de sacarle provecho al problema.

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre

24. Considero que tengo aproximadamente _____ amigos verdaderos.

- a. Ninguno
- b. Uno
- c. Dos
- d. Tres
- e. Más de tres

25. Tengo alrededor de _____ amigos cercanos con quienes puedo platicar de mis problemas.

- a. Ninguno
- b. Uno
- c. Dos
- d. Tres
- e. Más de tres

26. Conozco a _____ personas de quienes puedo esperar ayuda real cuando tengo problemas.

- a. Ninguna
- b. Una
- c. Dos
- d. Tres
- e. Más de tres

LO QUE PIENSO Y SIENTO (CMAS-R)

Cecil R. Reynolds, PhD y Bert O. Richmond, EdD



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. Editorial El Manual Moderno, (Colombia), Ltda.
Av. Sonora 206 - 201 Col. Hipódromo, C.P. 06100 México, D.F. Carrera 12-A No. 78-09/06 Bogotá, DC

Nombre: _____ Fecha: _____
Edad: ____ Sexo (encierre uno dentro de un círculo): Femenino (niña) Masculino (niño) Grado: ____
Escuela: _____ Nombre de la maestra (opcional): _____

INSTRUCCIONES

Aquí hay varias oraciones que dicen cómo piensan y sienten algunas personas acerca de ellas mismas. Lee con cuidado cada oración. Encierra en un círculo la palabra “**Sí**” si piensas que así eres. Si piensas que no tiene ninguna relación contigo encierra en un círculo la palabra “**No**”. Contesta todas las preguntas aunque en algunas sea difícil tomar una decisión. No marques “**Sí**” y “**No**” en la misma pregunta.

No hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo tú puedes decirnos cómo piensas y sientes respecto a ti mismo. Recuerda, después de que leas cada oración, pregúntate “¿Así soy yo?” Si es así, encierra en un círculo “**Sí**”. Si no es así, marca “**No**”.

	Puntuación natural	Percentil	Puntuación T o puntuación escalar
Total:	_____	_____	_____
I:	_____	_____	_____
II:	_____	_____	_____
III:	_____	_____	_____
IV:	_____	_____	_____

Copyright © 1985 por WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES
Traducido y reimpresso con autorización. © 1997 por EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Av. Sonora núm. 206; Col. Hipódromo; 06100; México, D.F. Prohibida su reproducción parcial o total.

Nota: Este material está impreso en ROJO Y NEGRO.
No lo acepte si está en un solo color.

MP

47-2



0107

1. Me cuesta trabajo tomar decisiones	Sí	No
2. Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no me salen como quiero	Sí	No
3. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí	Sí	No
4. Todas las personas que conozco me caen bien	Sí	No
5. Muchas veces siento que me falta el aire	Sí	No
6. Casi todo el tiempo estoy preocupado(a)	Sí	No
7. Muchas cosas me dan miedo	Sí	No
8. Siempre soy amable	Sí	No
9. Me enojo con mucha facilidad	Sí	No
10. Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir	Sí	No
11. Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas	Sí	No
12. Siempre me porto bien	Sí	No
13. En las noches, me cuesta trabajo quedarme dormido(a)	Sí	No
14. Me preocupa lo que la gente piense de mí	Sí	No
15. Me siento solo(a) aunque esté acompañado(a)	Sí	No
16. Siempre soy bueno(a)	Sí	No
17. Muchas veces siento asco o náuseas	Sí	No
18. Soy muy sentimental	Sí	No
19. Me sudan las manos	Sí	No
20. Siempre soy agradable con todos	Sí	No
21. Me canso mucho	Sí	No
22. Me preocupa el futuro	Sí	No
23. Los demás son más felices que yo	Sí	No
24. Siempre digo la verdad	Sí	No
25. Tengo pesadillas	Sí	No
26. Me siento muy mal cuando se enojan conmigo	Sí	No
27. Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal	Sí	No
28. Nunca me enojo	Sí	No
29. Algunas veces me despierto asustado(a)	Sí	No
30. Me siento preocupado(a) cuando me voy a dormir	Sí	No
31. Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares	Sí	No
32. Nunca digo cosas que no debo decir	Sí	No
33. Me muevo mucho en mi asiento	Sí	No
34. Soy muy nervioso(a)	Sí	No
35. Muchas personas están contra mí	Sí	No
36. Nunca digo mentiras	Sí	No
37. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase	Sí	No