

FORMULACION DE UN PROGRAMA DE PREPARACION PSICOLOGICA A LA INTERVENCION QUIRURGICA EN PEDIATRIA

Kathleen Cullen (*)
Pedro J. Mesa (*)
Adolfo Martínez Caro ()**
Alfonso Blanco (*)

(*) Departamento de Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
UNIVERSIDAD DE SEVILLA. España

(**) Departamento de Cirugía. Hospital Universitario Infantil "Virgen del Rocío" de Sevilla.
España.

RESUMEN

Se presentan en este artículo los resultados de la primera fase de un programa de investigación acerca del tema de la Intervención Psicológica en el Hospital General. Dicho programa, acogido a un convenio entre el Departamento de Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de Sevilla y el hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, se inició en su totalidad en el Hospital Infantil adscrito al citado complejo hospitalario.

El objetivo central del programa radica en determinar la validez e importancia relativa de dos tipos de métodos de preparación psicológica para afrontar, en mejores condiciones, el estrés al que se ven sometidos los niños durante el período crítico de espera de una intervención quirúrgica.

SUMMARY

The results of the first phase of a research programme on Psychological intervention at the General Hospital, are introduced in this article. This programme, developed by the Department of Psychiatry, Personality, Assessment and Treatment of The University of Seville, in conjunction with the University Hospital "Virgen del Rocío" (Children's Hospital, Seville), began in March 1989, and will be carried out entirely at the Paediatrics hospital belonging to the aforementioned hospital.

The main objective of this programme is to determine the validity and relative importance of two types of psychological preparation, aimed and facing, in better con-

ditions, the stress that affects children in the critical period of awaiting surgical operation.

Introducción

Se reconoce desde hace tiempo que la hospitalización representa un acontecimiento relevante en la vida de un niño por la elevada carga estresante y ansiógena que comporta, carga que, por otra parte, se incrementa en relación directamente proporcional al tiempo que dura la hospitalización (véase Wolff, 1970).

En los últimos veinte años, existe un creciente interés por desarrollar métodos y técnicas de intervención psicológica con objeto de reducir el impacto psicológico negativo de la hospitalización. Sin embargo, aún subsisten dudas acerca de cuáles son las medidas más eficaces para facilitar la adaptación del niño a las situaciones y exigencias planteadas por el hecho de tener que ser hospitalizado (Cataldo et al., 1979; Dahlquist et al., 1985; Eiser, 1982; Ferguson, 1979; Hovanitz et al., 1984; Karoly et al., 1984; McGrath y Firestone, 1983).

En algunos países, particularmente en Estados Unidos y Canadá, numerosos hospitales pediátricos cuentan ya con programas de preparación a la hospitalización y a las distintas intervenciones médicas que tendrá que afrontar el pequeño paciente durante su estancia en el hospital. Sin embargo, y pese al interesante y notable desarrollo de la investigación en esta área durante las dos últimas décadas (véase para revisión Crocker, 1980 y Daniel et al., 1987, entre otros) todavía queda mucho por hacer, sobre todo respecto a la *validez* de los métodos empleados, así como en otros muchos aspectos del tema, como queda demostrado en la más reciente publicación de la ACCH (Association for the Care of Children's Health, 1984).

Uno de los aspectos más relevantes que pueden desarrollarse es, precisamente, el de la posibilidad de facilitar al paciente un abanico de estrategias de afrontamiento ante una situación característica de estrés (Lazarus, 1976). Ahora bien, es evidente que la adopción de una estrategia específica dependerá no sólo de la personalidad del niño y de su desarrollo cognitivo, sino también de la *calidad o bondad* de la preparación de la que habrá podido beneficiarse. Por otra parte, dicha preparación puede ser, obviamente, de varios tipos, según sea su correspondencia con las diversas orientaciones de la práctica clínica en psicología infantil (Thompson, 1985).

Dado que un grupo de investigadores del Departamento de Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de Sevilla, mostraba desde hacía algún tiempo interés por estudiar con profundidad este tema, se propuso a la Comisión de Investigación del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, un programa de investigación que pudiera acogerse -como otros que ya estaban en marcha con anterioridad- al convenio de colaboración científica establecido por ambos organismos en 1987.

En concreto, se planteó un programa dirigido a evaluar la importancia relativa (validez) de dos tipos de estrategia, propias para la edad infantil, en materia de preparación del paciente durante el período crítico de espera de una intervención quirúrgica. Los dos métodos de preparación propuestos se basan en dos modelos distintos: uno de ellos se centra en la *divulgación de información* y el otro en la *distracción*.

El programa¹, aprobado por las Comisiones de Investigación de ambos Centros, comprende cuatro fases, correspondientes a cuatro situaciones observadas: 1) fase de *control*, 2) fase de preparación mediante *información*, 3) fase de preparación mediante *distracción* y 4) fase de preparación aplicando simultáneamente a los niños ambos procedimientos, *información + distracción*.

En este artículo se exponen los principales resultados de la primera fase, obtenidos a través de la observación de las estrategias de afrontamiento adoptadas por un grupo de niños en espera de una intervención quirúrgica menor y sin el beneficio de un protocolo de preparación particular. Esta situación se ha definido como *situación de control*.

1. Métodos de preparación y estrategias de adaptación o afrontamiento al estrés.

Conviene examinar, ante todo, los modelos teóricos que sustentan los métodos de preparación a la intervención quirúrgica cuya validez se desea determinar.

Con respecto a la *divulgación de la información*, se considera que el hecho de poner al niño en contacto con un estresor (tanto si es una jeringuilla, una máscara de anestesia, etc.) puede ser un método eficaz de *inoculación de estrés* (Wolfer y Visintainer, 1979). Con respecto al método de *distracción*, se piensa, por el contrario, que el hecho de no poseer ningún indicio sobre el estresor potencial, permite al niño relajarse antes de hacer frente a la intervención quirúrgica (Daniel et al., 1987).

Cada uno de estos modelos cuenta con unos adeptos y la literatura científica abunda en los dos sentidos (véase para revisión Thompson, 1985). Ambos métodos persiguen, en realidad, el mismo objetivo: ofrecer un apoyo concreto al niño hospitalizado y enfrentado a una experiencia estresante y, por tanto, ansiógena. La cuestión es averiguar qué método es el más apropiado y en qué circunstancias.

Es de suponer que, según se haya administrado uno u otro método, las estrategias de adaptación o afrontamiento al estrés adoptadas por los niños serán diferentes. Pero ¿qué tipo de estrategia adoptarán aquéllos que no han recibido ninguna ayuda específica? las estrategias de adaptación o afrontamiento al estrés representan un conjunto de reacciones comportamentales que un individuo adopta para hacer frente a una amenaza o peligro inminente o a más largo plazo (Murphy y Moriarty, 1976).

El comportamiento adoptado frente a un estresor determinado forma parte de un proceso de resolución de la dificultad percibida. La adaptación lograda al

final de dicho proceso no constituye en sí una victoria ni una sumisión al evento estresante, sino más bien una tentativa de alcanzar un compromiso.

En este sentido, White (1974) identifica tres componentes indispensables del proceso de adaptación: 1) búsqueda de confort y seguridad, 2) búsqueda de información y 3) búsqueda de autonomía. Estos componentes se encuentran vinculados con una acción de tipo directo de cara a la adaptación. Pero pueden existir otros tipos de comportamientos, como la agresión, la apatía o la huida de la situación. Estos comportamientos dependen tanto de factores personales (procesos atribucionales, *locus de control*, etc.) como de la naturaleza del estresor y de las circunstancias del entorno (condiciones medioambientales).

Obviamente, los niños, aunque dotados de menos recursos defensivos que el adulto, elaboran, a su modo, estrategias de afrontamiento ante la intervención quirúrgica, aunque cabe afirmar que la mayoría de las veces son muy poco eficaces. Sin embargo, la percepción que el niño adquiere sobre dicho acontecimiento puede afectar no sólo su adaptación eventual a acontecimientos análogos, sino también influir notablemente sobre otros aspectos de su comportamiento (Eiser, 1982).

Por ello, es importante que se ofrezcan al niño las mejores condiciones hospitalarias, con objeto de optimizar su capacidad de adaptación y, en definitiva, de ofrecerle una experiencia lo más positiva posible.

2. Diseño general del programa. Marco experimental.

Con objeto de contrastar la validez de los métodos ya mencionados, se ha estructurado el programa en cuatro fases, observando y/o aplicando los distintos métodos a cuatro grupos de niños hospitalizados. Esta cuádruple batería de observaciones constituye, pues, el marco experimental de la investigación, como puede verse en el siguiente cuadro:

FASES DEL PROGRAMA

Situación: control	Situación: experimental A (información)	Situación: experimental B (distracción)	Situación: experimental C (inform. + distracc.)
Grupo control: n1 sujetos	Grupo A: n2 sujetos	Grupo B: n3 sujetos	Grupo C: n4 sujetos

La muestra comprende cuatro grupos equivalentes de 30 niños cada uno, seleccionados según los siguientes criterios:

- edad mínima de tres años y máxima de ocho
- intervención quirúrgica menor
- primera hospitalización
- desarrollo emocional, cognitivo y social normal
- no acompañados de padres o familiares

La observación de las estrategias de adaptación a la situación (o afrontamiento) adoptadas en cada una de las cuatro situaciones dará lugar a otras tantas fases del programa, cuyos contenidos pasamos a describir a continuación.

I Fase: Situación de Control

Corresponde a la observación del primer grupo en una situación considerada como neutra. Dicha observación se realiza con la ayuda de una escala elaborada por los autores (que se describe posteriormente) que permite su compilación y codificación. Además del comportamiento específico de cada niño, se registran, tanto el nivel de ansiedad observado durante la inyección de premedicación, como el comportamiento del personal de enfermería durante todo el proceso y, muy especialmente, en los momentos más estresantes para el niño.

La observación de esta Situación de Control está centrada sobre el comportamiento de los niños durante el transcurso de cuatro secuencias en torno a la intervención quirúrgica:

- a) espera en *sala de despertar*
- b) inyección de premedicación
- c) traslado a quirófano
- d) retorno a la *sala de despertar* tras la operación

II Fase: Situación Experimental A (información).

Para llevar a cabo esta segunda fase, se administrará al segundo grupo un protocolo de preparación a la intervención quirúrgica. Dicho protocolo consistirá en la transmisión de un conjunto de informaciones sobre la intervención misma, a través del material siguiente:

a) imágenes fotográficas representando los momentos más importantes de la hospitalización, entre los cuales destacarán las secuencias relativas a la intervención.

b) un/a muñeco/a especial que aune atractivo para los niños así como la propiedad de aprender, de manera sencilla, la zona anatómica concreta de la operación y la finalidad de la misma (este procedimiento ha sido ya utilizado con éxito por algunos de los autores durante el tratamiento quimioterápico de algunos niños cancerosos (véase Mesa et al., 1988).

c) varios instrumentos utilizados antes y durante la operación (jeringuilla, algodón, máscaras antisépticas, máscara de anestesia, etc).

Este material se presentará con las debidas informaciones el mismo día del ingreso. El día de la intervención, el administrador del protocolo estará en todo momento con el niño para ofrecerle apoyo y toda la información complementaria o aclaraciones que desee. cabría decir que todo el procedimiento trataría de conseguir la mejor desensibilización posible a los estímulos ansiógenos fuentes de temor.

III Fase: Situación Experimental B (distracción)

Durante este tercer momento, se introducirá el componente *distracción* en el

contexto experimental para el tercer grupo. Se trataría de acondicionar la sala de despertar de la planta de cirugía, con objeto de que resulte más funcional para el personal y más agradable y distraída para los niños. Para ello, se instalarán ciertos elementos de distracción: acuarios, música relajante, plantas, juegos diversos, etc.

IV Fase: Situación Experimental C (*información + distracción*)

El cuarto grupo de niños se encontrará en una situación experimental que sume las condiciones de las situaciones B y C, y ello siempre desde el momento de su ingreso en planta.

3. Material, Método y Objetivos de la I Fase

Como ya se dijo, el objetivo de esta primera fase era la recogida de información acerca de las estrategias de adaptación de un grupo de niños sometidos por primera vez a una intervención quirúrgica menor, según las condiciones descritas para la Situación de Control (véase apartado 2).

Los datos fueron recogidos durante los meses de Abril y Mayo de 1989 en la planta de Cirugía del Hospital Infantil Virgen del Rocío de Sevilla.

La muestra comprende un total de 30 niños de ambos sexos (21 varones y 9 hembras) entre los 3 y 8 años de edad.

Por lo que se refiere a las características de la situación, se describen a continuación tanto el marco físico como el desarrollo funcional del entorno de la intervención.

3. 1. Marco físico y funcional.

La sala de despertar, que constituye el marco físico de la observación, se encuentra en la 2ª planta del hospital Infantil. Se trata de un espacio de 5 x 8 m², accesible por una única puerta situada en el lado estrecho, dando al pasillo de la planta. La ventana, muy espaciosa, está situada en el lado opuesto y orientada hacia el sur. Si un niño se sube a una camilla, puede ver la entrada al hospital y algunos edificios cercanos. Los materiales son los típicos de esta clase de establecimientos. El mobiliario se reduce a tres sillones, una silla, una mesa y una camilla, todo ello de estilo *institucional*. Un armario y un velador con instrumental médico junto con el material de limpieza completan el marco físico.

Los niños que fueron hospitalizados el día anterior, son transportados a menudo en sus camas al local hacia las 8 u 8.30 de la mañana y esperan su turno para ser operados. La inyección de premedicación tiene lugar antes del traslado al quirófano (a veces en el propio pasillo de la planta si hay muchos niños en la sala) con el niño acostado en la cama. Una vez finalizada la operación, se le trasla-

da de nuevo a la sala de despertar donde se encuentran los otros niños que, o bien esperan su turno, o acaban de ser trasladados a la sala desde su habitación.

Finalmente, el regreso a la habitación tiene lugar aproximadamente una hora y media más tarde, una vez se han normalizado los signos vitales. Allí, el niño encuentra de nuevo a sus familiares. Durante todo el proceso, hay entrada y salida de personal de enfermería, aunque, habitualmente, hay siempre una o dos enfermeras/os presentes en la sala.

3. 2. Variables Funcionales

Durante esta primera fase se han observado cinco variables relativas al funcionamiento del proceso:

- 1) tipo de asistencia del personal
- 2) duración de la espera
- 3) tamaño del grupo durante la espera
- 4) rango del niño en el grupo
- 5) presencia de adultos diferentes del personal

Los descriptores y escalas utilizados para medir dichas variables han sido los siguientes:

A. Asistencia: intensidad del acompañamiento y de la ayuda psicológica ofrecida al paciente durante la espera y la inyección.

- Escala :
1. asistencia constante
 2. asistencia frecuente
 3. asistencia intermitente
 4. asistencia poco frecuente
 5. asistencia nula

B. Duración: tiempo de espera en la sala de despertar hasta el momento de la inyección.

- Escala:
1. 30 minutos o menos
 2. entre 30 y 60 minutos
 3. entre 60 y 90 minutos
 4. entre 90 y 120 minutos
 5. más de 120 minutos

C. Grupo: tamaño inicial del grupo durante la espera.

- Escala:
1. menos de 4
 2. 4
 3. 5
 4. 6
 5. más de 6.

D. Rango: orden de recepción de la inyección y de la salida de la sala de despertar hacia el quirófano.

- Escala: 1. 1°
 2. 2°
 3. 3° a antepenúltimo
 4. penúltimo
 5. último

E. Adultos: presencia del acompañante de un niño (diferente del personal).

- Escala: 1. ausencia
 2. presencia

3.3. Comportamientos Observados

Los comportamientos observados se refieren a la/s conductas generales durante la espera y a las actitudes o reacciones en ciertos momentos del proceso:

1. conducta durante la espera
2. utilización del espacio y de los recursos físicos
3. grado de ansiedad durante la inyección
4. grado de cooperación durante el traslado al quirófano
5. grado de agitación al retorno a la sala de despertar.

Los descriptores y escalas utilizados para medir dichos comportamientos han sido los siguientes:

A. Conducta durante la espera: se identifican, como máximo, tres tipos de conducta por orden de importancia para cada sujeto (1^a, 2^a, 3^a).

- Escala: 1. autonomía/motivación para cooperar de forma activa
 2. búsqueda de información/motivación para poseer la información sobre la operación
 3. búsqueda de confort y de seguridad/intento para reunirse con sus familiares
 4. actitud atenta/orientación hacia su entorno
 5. evitación/rechazo de contactos mediante una actitud defensiva
 6. agresión/rechazo mediante una actitud ofensiva
 7. inacción o apatía/ausencia de relación con su entorno.

B. Utilización del espacio y de los recursos físicos durante la espera en la sala de despertar.

- Escala: 1. actividades alrededor de la mesita
 2. silla o sillones (el niño está sentado, pasivo, se contenta con observar)

3. camilla (el niño observa el exterior desde la camilla situada contra la ventana)
4. puerta (controla las entradas y salidas del local)
5. cama (el niño permanece sentado o acostado en su cama, esperando el traslado)

C. Grado de ansiedad del niño en el momento de recibir la inyección.

- Escala:
1. sin ansiedad manifiesta/el niño aparece tranquilo
 2. poca ansiedad manifiesta/se aprecian leves signos de tensión
 3. ansiedad moderada/presencia de algunos llantos con inicio de respuesta de protesta verbal y/o gestual
 4. ansiedad muy manifiesta/presencia de llanto intenso y gritos, con protesta verbal y/o gestual
 5. ansiedad extrema/marcada agitación, llanto intenso y continuo con fuerte protesta verbal y/o gestual.

D. Grado de cooperación expresado por el niño antes de entrar en el quirófano.

- Escala:
1. cooperación activa/autonomía
 2. conducta pasiva/inicio de resistencia
 3. resistencia manifiesta
 4. resistencia extrema/es necesario restringir con vigor al niño

E. Retorno a la sala de despertar: grado de agitación expresado (gritos, llantos, lamentos, movimientos físicos, etc.)

- Escala:
1. calma
 2. inquietud/se observan algunos llantos pero no hay agitación
 3. agitación moderada / llantos y lamentos con movimientos físicos
 4. agitación extrema/llanto intenso, gritos de protesta, signos de desorientación y gran actividad física.

3. 4. Procedimiento Observacional

Debe señalarse que en la observación de todo el proceso han participado siempre dos investigadores, con objeto de asegurar los resultados del registro. El grado de concordancia o fiabilidad interjueces ha sido del 80 %. Además, el personal de enfermería ha colaborado en la evaluación del grado de ansiedad de los niños en el momento de la inyección, así como del grado de agitación de los mismos al regresar a la sala de despertar tras la intervención.

4. Resultados

4.1. Variables Funcionales

Las medias de rango obtenidas en la observación de las variables funcionales quedan reflejadas en el cuadro 1:

Cuadro 1. Variables Funcionales. Medias de Rango.

SUJETO	EDAD		TIPO DE ASISTENCIA (CUOTA)	TIEMPO ESPERA (CUOTA)	RANGO GRUPO (CUOTA)	TAMANO GRUPO (CUOTA)	ADULTOS (CUOTA)
	VARON	HEMBRA					
1	5		4	5	2	5	2
2		7	2	4	2	4	2
3	5		1	3	2	2	2
4	5		4	5	4	4	1
5	4		4	5	4	3	1
6		4	4	3	4	2	2
7	5		4	4	2	5	2
8	5		2	5	5	3	2
9		3	1	5	5	4	2
10	4		2	5	4	4	1
11	4		4	4	4	3	1
12	4		2	3	3	3	1
13		4	2	5	3	4	1
14	3		3	2	2	1	1
15	5		3	3	2	2	1
16		6	2	5	2	5	1
17	5		2	4	2	3	1
18		4	4	3	4	5	1
19	5		4	5	4	4	1
20		6	4	5	4	5	1
21	4		4	4	4	4	1
22	5		4	4	3	5	1
23	4		4	5	3	5	2
24	5		4	3	2	2	2
25	4		4	4	1	3	2
26	5		2	3	1	5	1
27	4		2	3	1	2	1
28		3	3	4	3	3	1
29		4	3	3	3	2	1
30	3		3	4	1	2	1
DESVIACION TIPICA			1.014	0.894	1.174	1.172	0.471
VARIANZA			1.007	0.800	1.382	1.373	0.222

Como puede verse, los datos del Cuadro 1 han quedado distribuidos del siguiente modo:

A. Edad del niño (66 % varones, 33 % hembras): 4 años y medio

B. Variables funcionales:

B. 1. asistencia del personal3 (intermitente)

B. 2. tiempo de espera4 (90 a 120 minutos)

B. 3. tamaño del grupo3/4 (más de 3 niños)

B. 4. rango del grupo2.9 (3^o a 4^o)

B. 5. presencia de adultos en la sala0.33 de los casos

4. 2. Variables Comportamentales

Se han documentado las estrategias de adaptación o afrontamiento más frecuentes en cada niño (véase gráfica 1). En los 2/3 de la muestra, la conducta más observada ha sido la *búsqueda del confort y de seguridad*. Esta conducta se expresa, bien por tentativas de distraerse mediante el juego u otra actividad recreativa (dibujar, leer un comic, etc) bien por la demanda de volver a ver a sus padres.

Esta diferencia en la expresión verbal de la conducta denota el nivel de capacidad que tiene el niño para buscar o no la seguridad emocional que se pierde cuando se presenta una situación nueva o ansiógena. Así, ciertos niños se muestran capaces de llevar a cabo una actividad durante la espera de la intervención (modo activo), mientras que otros se limitan a esperar más o menos impacientemente el reencuentro con los padres.

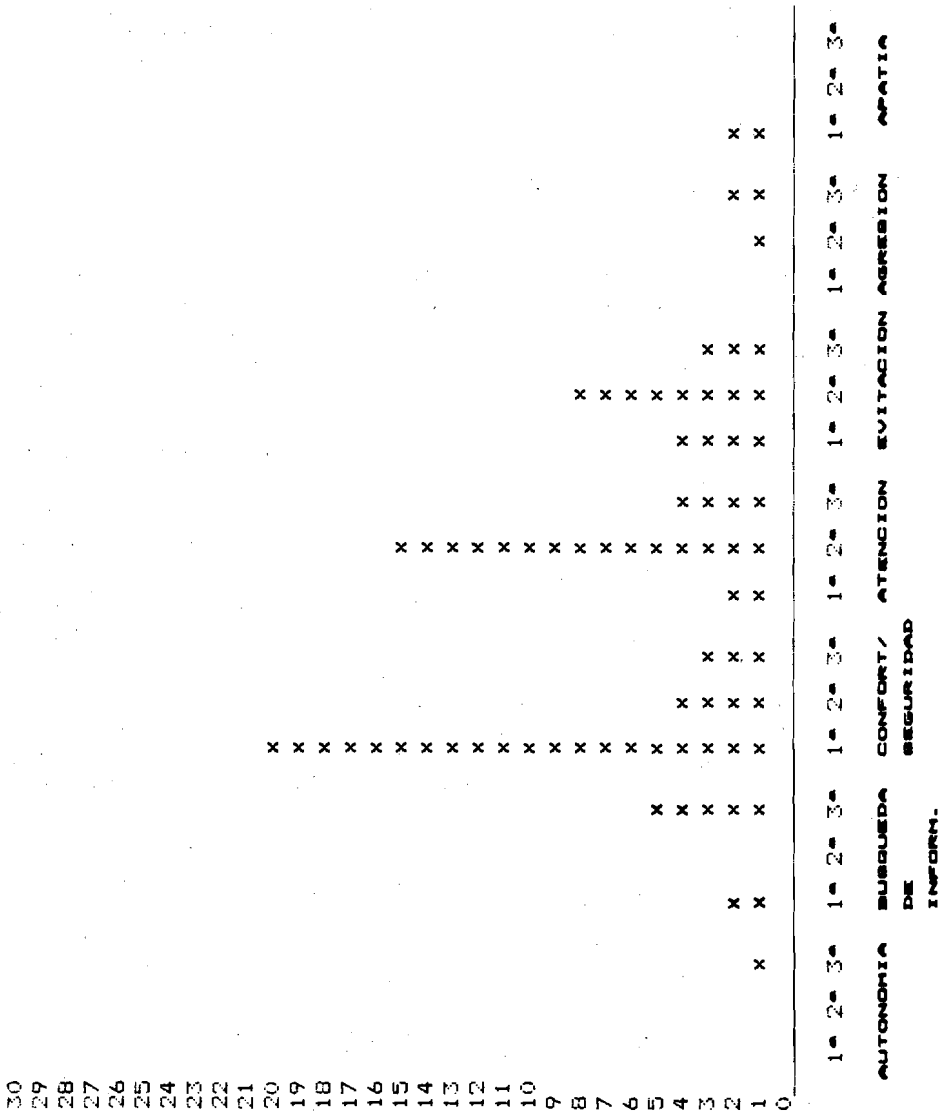
A menudo, estas dos tendencias se manifiestan alternativamente en el mismo niño, aunque también, a menudo, una de ellas aparezca de manera más preponderante. Esto parece confirmar la teoría de White (1974) sobre el *coping style* (estilo de afrontamiento al estrés), ya que cada individuo recurre a su propio bagaje de experiencias para enfrentarse con un estresor determinado. Según White (1974), ciertas personas manifiestan más habilidad que otras para superar una situación ansiógena. Lo mismo sucede con los niños, aunque ellos no posean, obviamente, los recursos internos y externos de que dispone un adulto.

Además del confort y la seguridad, también se han observado, aunque en menor proporción, otras conductas: conducta de atención (2/30), de evitación (4/30), de agresión (1/30), de apatía (2/30).

Los comportamientos de cooperación, como búsqueda de información y autonomía, se han puesto muy raramente de manifiesto y, en todo caso, casi nunca como tendencia principal.

Parece ser que en la situación de control descrita y bajo el efecto de las variables funcionales mencionadas, el niño está demasiado invadido por la ansiedad como para defenderse del estrés sólo con sus propios recursos y sin recibir, al menos, instancias positivas del medio ambiente funcional.

Gráfica 1. Variables comportamentales: Estrategias adaptativas.
Histograma de frecuencias.



Como puede verse, con relación a los comportamientos mencionados se obtienen las medias de rango siguientes:

A.	Utilización del espacio.....	2.76
	(Cuota 3: camilla/el niño observa el exterior)	
B.	Grado de ansiedad durante la inyección	3.46
	(entre ansiedad moderada e intensa)	
C.	Grado de cooperación en el traslado al quirófano.....	3.46
	(entre conducta pasiva y resistencia)	
D.	Grado de agitación al retorno del quirófano	2.60
	(entre inquietud y agitación moderada)	

En general, cabe decir que hay cuatro factores que dificultan la situación de espera a la intervención de espera a la intervención quirúrgica:

1. El niño se encuentra súbitamente solo en una situación extremadamente inhabitual y ansiógena. En la mayoría de los casos, el niño no sabe siquiera por qué está en el hospital.

2. El niño está obligado a vivir el período de espera en un entorno extraño, incluso amenazador, en el cual los recursos físicos presentes no le procuran aliente alguno.

3. El niño se ve confrontado con la realidad del traslado de sus compañeros al quirófano. En el momento de dicho traslado, el niño se *entera* de que les dan un pinchazo. Lo más frecuente es que los adultos presentes oculten la información, adoptando la conocida estrategia de *desdramatizar* la situación. En realidad, según nuestra experiencia, dicha actitud no logra disminuir en absoluto la ansiedad de los pequeños.

4. El niño también se ve confrontado con la realidad del retorno de sus compañeros del quirófano. Asiste así a las manifestaciones características del despertar de la anestesia (llantos, lamentos, gritos incluso desorientación cuando no franca agitación). Todos estos acontecimientos reavivan los temores del niño acerca del dolor y de la mutilación física, temores muy típicos, como es sabido, entre los 5 y 12 años (Scott y Parker, 1979).

Señalaremos también que las medias de rango obtenidas por las hembras (un total de 9 sobre el total de la muestra), son inferiores a las de los varones (excepto en el grado de ansiedad durante la inyección). Dichas medias de rango para el comportamiento de las hembras son las siguientes:

A.	Estrategias de adaptación (1ª conducta)	2.8
	(búsqueda de confort y seguridad)	
B.	Utilización del espacio.....	2.2
	(están pasivas, sentadas observando)	
C.	Grado de ansiedad durante la inyección	3.6
	(entre ansiedad moderada e intensa)	

- D. Grado de cooperación durante al traslado al quirófano..... 2.9
(conducta pasiva)
- E. Grado de agitación al retorno del quirófano..... 2.3
(leve inquietud)

Será interesante comprobar si durante las etapas siguientes de la investigación, se mantienen estas tendencias. De ser así, cabría pensar que la variable sexo pudiera explicar la varianza de los estilos de adaptación o afrontamiento.

Por ahora, la variable que parece más consistente y determinante sobre el comportamiento adaptativo es la *asistencia*. En el Cuadro 3 se muestran las medias de rango según los comportamientos manifestados en relación al tipo de asistencia ofrecido por los adultos, ya sea de cuota 1 (asistencia constante), de cuota 2 (asistencia frecuente), o del conjunto del resto de las demás cuotas (3 a 5: asistencia intermitente como máximo). Estas últimas conciernen a un grupo de 19 sujetos.

En la mayoría de los niños que se han beneficiado de una asistencia constante o frecuente ($n = 11$), la conducta preponderante manifestada en la espera preoperatoria ha sido la búsqueda de confort y seguridad. En las otras secuencias, se observa, en el promedio de los mismos sujetos, una ansiedad moderada (cuota 3) durante la inyección y una cierta cooperación (cuota 3: pasividad sin resistencia) durante el traslado al quirófano.

En los sujetos asistidos de manera constante o frecuente, se observa también una utilización del espacio relativamente variada (cuota 1-2 en 6/11 de los casos). Únicamente el grado de agitación al retorno del quirófano parece un poco más elevado, pero la diferencia con el resto de la muestra no es significativa ($x = 2.63$ contra $x = 2.57$).

En resúmen, la alta frecuencia de la asistencia parece ejercer una influencia favorable sobre el proceso de adaptación de los pacientes ante la experiencia operatoria, dado que se observa una actitud general menos ansiosa en aquellos niños que se han beneficiado de dicha práctica cuando los comparamos con los menos beneficiados.

Por último, en el Cuadro 4 se presenta el índice de correlación entre los rasgos de las variables funcionales y comportamentales. Las escalas siguientes han sido transformadas para evitar el sesgo de las diferencias:

- 1ª conducta: 1 (5/7) 7 (5/7)
- Presencia de adultos: 1, 25-3.75 en lugar de 1-2
- Retorno a sala de despertar: 1 (5/4) 4(5/7)

En todas las correlaciones, el coeficiente de Spearman es positivo y altamente significativo, lo cual traduce el carácter consistente y homogéneo tanto de las condiciones de la situación de control como del comportamiento del grupo observado.

Cuadro 4. Coeficiente de Correlación de Spearman entre Variables Funcionales y Variables Comportamentales.

VARIABLES COMPORTAMENTALES	VARIABLES FUNCIONALES				
	ASISTENCIA	TIEMPO	RANGO	GRUPO	ADULTOS
PRIMERA CONDUCTA	0.98945	0.97582	0.98437	0.98383	0.98803
USO DEL ESPACIO	0.98532	0.97219	0.97974	0.97484	0.97144
ANSIEDAD	0.99244	0.99199	0.98445	0.98784	0.97778
COOPERACION	0.99177	0.99244	0.98754	0.98799	0.97711
AGITACION	0.98445	0.98517	0.98547	0.98345	0.97972

Conclusiones

Como conclusión general al término de la primera fase del programa, cabe decir que, sin protocolo de preparación para afrontar una intervención quirúrgica y dadas las características físicas del entorno, las variables funcionales influyen de modo notable sobre los niños *inhibiendo* el desarrollo de conductas de búsqueda de información y de autonomía.

Las conductas observadas se refieren, básicamente, a la búsqueda de confort y seguridad, lo cual traduce la dificultad que encuentra el niño para jugar un papel más activo en un momento particularmente ansiógeno. Es evidente que el hecho de encontrarse frente a una experiencia a la vez nueva y estresante, desprovisto además del soporte parental, le plantea un desafío desproporcionado.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, cabría esperar que el entorno hospitalario le ofreciera los recursos necesarios para afrontar en mejores condiciones dicha situación. Sin embargo, en el contexto de la Situación de Control, hemos podido comprobar la insuficiencia (que podría calificarse de penuria) de tales recursos. Incluso factores tales como la prolongación de la espera al traslado al quirófano, o la intermitencia de la asistencia por parte del personal, añaden obstáculos que se oponen a todo intento de vivir más positivamente la experiencia preoperatoria, ... si es que existe tal deseo en algún niño que va a ser operado.

Por lo que se refiere precisamente a la asistencia ofrecida por el personal sanitario, debe señalarse que la función de acompañamiento y apoyo resulta especialmente ardua sin un mínimo de recursos medioambientales (Cullen, 1983).

El personal no dispone más que de un único local -a la vez sala de espera y sala de despertar-. Al no disponer de una diversidad de elementos, que corresponden a las diversas funciones, los cuidadores deben reemplazar la inadecuación de los medios con una sobrecarga laboral; y esto, a su vez, se traduce en consecuencias negativas tanto a nivel físico (cansancio, agotamiento) como a nivel psicológico (negación de las emociones, apatía, reducción del nivel de aceptación de la conducta infantil, agresividad, irritabilidad, etc.), lo cual conduce, inevitablemente, al último eslabón de la cadena: un peor rendimiento laboral y no encontrar demasiado sentido a su actividad (algo de lo que son más o menos conscientes).

Además, como el local no posee ningún mobiliario adaptado a las necesidades de actividad, relajación e intimidad de los pacientes, el personal se ve obligado continuamente a frontar la situación con sus propios recursos internos. Naturalmente, esto aumenta el sentimiento de sobrecarga.

Todas estas consideraciones, extraídas de los datos proporcionados por la Situación de Control, acentúan la conveniencia de introducir nuevos recursos psicológicos y ambientales (físicos) como son los que han propuesto para las siguientes fases del programa. Las intervenciones que se intentarán deben orientarse, en consecuencia, a dotar tanto al paciente y su familia, como al personal sanitario, de medios adecuados para afrontar más satisfactoriamente la hospitalización de los niños.

Una vez terminada la observación de las tres fases restantes, y tras haber puesto en práctica los métodos de preparación psicológica a la intervención quirúrgica, el necesario análisis estadístico permitirá pronunciarse sobre la conveniencia de recurrir a uno o a ambos métodos combinados (información/distracción) en el transcurso de las secuencias de una intervención quirúrgica y, por extensión, en el conjunto de la actividad hospitalaria infantil.

Bibliografía

- ASSOCIATION FOR THE CARE OF CHILDREN'S HEALTH (1984): Preparing children and families for health care encounters (2^a Ed.), Washington, D. C., Author.
- CATALDO, M. F., BESSMAN, C. A., PARKER, L. H. (1979): Behavioral assesment for pediatric intensive care units, *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 1, 83-97.
- CROCKER, E. (1980): Preparation for elective surgery: Does it make a difference? *Journal of the Association for the Care of Children's Health*, 9, 3-11.
- CULLEN, K. (1983): *Pour une qualité de vie en milieu hospitalier pediatrique: L'approche psycho-environnementale*. Tesis de Master no publicada, Universidad de Montreal, Canada.
- DAHLQUIST, L. M., GIL, K. M. y BIRD, B. L. (1985): Behavioral management of children's distress during chemotherapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 16, 4, 325-33.
- DANIEL, P., OLDS, A. y HALL, J. (1987): *Child Health Care Facilities. Design guidelines: Literature outline*, Washington, D. C., ACCH.
- EISER, C. (1982): The effects of the chronic illness on children and their families, en J. R. Eiser (Ed.): *Social Psychology and Behavioral Medicine*, Chichester, Wiley.
- FERGUSON, B. F. (1979): Preparing young children for hospitalization: a comparison for two methods, *Pediatric*, 64, 656-664.
- HOVANITZ, C. A., GERWELL, E. L. y RUSSO, D. C. (1984): Behavior methods in pediatric chronic illness, en B. B. Lahey y A. E. Kazdin (Eds.): *Advances in Clinical Child Psychology*, vol 7, Nueva York, Plenum Press.
- KAROLY, P. STEFFEN, J. J. y O'GRADY, D. J. (1982): *Child Health Psychology: Concepts and Issues*, Nueva York, Pergamon Press.
- LAZARUS, R. S. (1976): *Patterns of adjustment*, Nueva York McGraw Hill.
- MCGRATH, P. J. y FIRESTONE, P. (1983): *Pediatric and adolescent Behavioral Medicine. Issues in Treatment*. Nueva York, Springer.
- MESA, P. J., BEL, C., ANGOSTO, M. C. y BLANCO, A. (1989): Intervención psicológica en Unidades de Oncología Pediátrica, *Phronesis*, 1, 34-45.

MURPHY, L. B. y MORIARTY, A. E. (1976): *Vulnerability, coping and growth*, New Haven, Yale University Press.

SCOTT, M. y PARKER, A. (1979): When a child faces hospitalization, en ACCH (Ed.): *Preparing Children and Families for Health Care Encounters*, Washington, D. C., ACCH.

THOMPSON, R. (1985): *Psychosocial research on pediatric hospitalization and health care: A review of the literature*, Washington, D. C., ACCH.

WHITE, R. W. (1974): Strategies of adaptation: an attempt at systematic description, en G. V. Cohelo, D. A. Hamburg y J. E. Adams (Eds.): *Coping and adaptation*, Nueva York, Basic Books.

WOLFF, S. (1970): *Transtornos psicicos del niño: causas y tratamientos*, Madrid, Siglo XXI.

Nota

1. Este programa no cuenta con ninguna fuente oficial de financiación. Los autores desean expresar su agradecimiento al equipo asistencial del Departamento de Cirugía del Hospital Universitario Infantil "Virgen del Rocío" de Sevilla por su inestimable colaboración al desarrollo del trabajo.