EL PAPEL DE LOS PADRES EN LA PREPARACIÓN PSICOLÓGICA A INTERVENCIONES MÉDICAS ESTRESANTES: UNA REVISIÓN

Quiles M.J., Méndez F.X. y Ortigosa J.M.
Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.
Facultad de Psicología.
Universidad de Murcia.

RESUMEN

En este artículo se presenta una revisión sobre los programas de preparación psicológica infantil a intervenciones médicas estresantes en las que se incluye a los padres. Se consideran los principales estresores que afectan a padres y niños y las repercusiones sobre el hijo del estrés parental. Se analizan las características de las muestras y los instrumentos de evaluación utilizados en los estudios revisados. Se describen las adaptaciones de las técnicas de intervención aplicadas para afrontar esta experiencia esta experiencia: apoyo emocional, información, modelado filmado, entrenamiento en habilidades de afrontamiento. Se analizan los estudios controlados que investigan la eficacia de la preparación a través de los padres. Se sugieren futuras líneas de investigación en esta área.
Palabras Clave: Padres, programas de preparación psicológica infantil, control del estrés, procedimientos médicos estresantes

ABSTRACT

In this article a review of psychological preparation programs for psychological preparation programmes for child stress medical interventions is shown. Main stressors for parents and children and the stress parent' repercussions on their child

are considered. Sample characteristics and assessment instruments are analysed. Adaptations of applied interventions techniques to cope with this experience are considered: supportive care, information, filmed modelling and coping skills training. Outcome studies compare preparation though parents are analysed. Future research is suggested.
Key Words: Parents, child psychological preparation programs, stress management, stress medical interventions.

INTERVENCIONES MÉDICAS Y ESTRÉS INFANTIL

La enfermedad es un evento al que se enfrenta el niño a lo largo de su desarrollo y que genera respuestas de estrés y ansiedad, especialmente si conlleva dolor, procedimientos médicos invasivos, intervenciones quirúrgicas y hospitalizaciones. La experiencia hospitalaria no es un fenómeno estresante unitario, sino que aúna en un período de tiempo concreto (estancia hospitalaria) y en un espacio determinado (hospital), situaciones con entidad por sí solas para evocar respuestas de estrés (Méndez, Ortigosa y Pedroche, 1996).

El afrontamiento de la hospitalización, de la cirugía y de otros procedimientos médicos dolorosos o atemorizantes requiere estrategias cognitivo-conductuales para enfrentarlos de forma adaptada. Si no se afrontan adecuadamente se originan alteraciones emocionales y comportamientos desadaptativos a corto, medio y largo plazo tales como problemas de alimentación, alteraciones del sueño, enuresis o encopresis, regresión a niveles de comportamientos más primitivos, tics, depresión, inquietud y ansiedad, terror a los hospitales, personal médico, agujas y procedimientos diagnósticos, mutismo, etc. (Eiser, 1985; Schaffer y Callender, 1959; Zetterström, 1984). Algunos autores mantienen que afrontar el estrés médico es un evento socializador, que brinda al niño una oportunidad para adquirir autonomía y confianza al poner en práctica estrategias de afrontamiento diversas (Melamed, 1993; Vernon y Schulman, 1964).

La hospitalización infantil produce estrés también en los padres y repercute negativamente en otros miembros de la familia (Ellerton y Merriam, 1994; Skipper y Leonard, 1968; Whelan y Kikby, 1997; Ziegler y Prior, 1994). Los progenitores están expuestos a estresores (véase tabla 1) que elicitan intranquilidad e incertidumbre sobre su papel en el hospital y sentimientos de incompetencia ante el desconocimiento de las labores de cuidado en interacción con los modernos instrumentos terapéuticos. Estas preocupaciones provocan altos niveles de ansiedad, que afectan negativamente al niño (Tomlinson, Kirschbaum, Harbaugh, Anderson, 1996). Los progenitores, especialmente el que acompaña al hijo, experimentan malestar durante la enfermedad del niño, las pruebas diagnósticas y el tratamiento

médico. Los familiares informan de una variedad de reacciones negativas como ansiedad, miedo, indefensión, depresión, confusión, alteración del sueño, pensamientos intrusivos y deterioro en la ejecución de tareas (Berenbaum y Hatcher, 1992).

Tabla 1.- Principales estresores que afectan a padres y niños durante las intervenciones médicas

	BIOFÍSICOS	PSICOSOCIALES	SOCIOFAMILIARES
NIÑOS	Enfermedad y molestias físicas	Pérdida de autonomía e intimidad	Actitud negativa de los familiares
	Procedimientos médicos atemorizantes	Incertidumbre sobre la conducta adecuada	Ansiedad de los familiares
	Incapacidad/riesgo de muerte	Rechazo de la enfermedad	Lejanía del entorno familiar
	Cambio de horario	Alejamiento de la toma de decisiones	Interacciones inadecuadas
	Ruidos, olores, mobiliario, decoración	Separación de los seres queridos	Culpabilización de los familiares
	Instrumental técnico y/o material	Relación con desconocidos	Régimen de visitas restrictivo
PADRES	Entorno físico desconocido	Temor del hijo	Trato despersonalizado
	Aparataje extraño	Dolor que padece el niño	Falta de apoyo social
	Cambio de horario	Ansiedad de separación	Número de hijos elevado
	Apariencia física alterada de los hijos	Demandas de cuidado del hijo	Lejanía del entorno familiar

La repercusión de los estresores está modulada por diversos factores. Méndez y Ortigosa (1997) destacan los siguientes:

1) *Variables del niño:* edad, sexo, experiencia previa de hospitalizaciones y operaciones, repertorios básicos de conducta.
2) *Variables de la familia:* características psicosociales de la familia, entre ellas, habilidades de afrontamiento de los padres y recursos socioeconómicos.

3) *Variables de los profesionales de la salud*: información proporcionada y relación médico-paciente/padres.

El estrés parental afecta directamente al niño (Kain, Mayes, O'Connor y Cichetti, 1996). Robinson (1968) comprobó que el temor materno ante la enfermedad del hijo tenía importantes implicaciones para el bienestar del niño durante la hospitalización. Brophy y Erickson (1990) encontraron una relación curvilínea entre la ansiedad de la madre y el nivel de activación cardíaca del hijo. Carlson, Council y Gravley (1991) hallaron que la ansiedad de la madre se asociaba a peor ajuste hospitalario. La falta de adaptación de los progenitores correlaciona significativamente con peores índices de recuperación post-quirúrgica y con cambios conductuales más negativos observados en el niño durante la hospitalización y tras el alta (Peterson y Shigetomi, 1982; Scaife y Campbell, 1988; Skipper y Leonard, 1968).

Así pues, la relación padres-hijo influye notablemente en el ajuste psicológico y social del paciente pediátrico a la situación hospitalaria. Durante esta experiencia los padres desempeñan un doble papel en la hospitalización infantil funcionando como figuras de apoyo y como modelos que los hijos imitan. Su comportamiento es un referente para los niños, por lo que un repertorio de conductas paterno adecuado contribuye al bienestar psicológico del hijo. La utilidad de incluir a los padres en la preparación psicológica fue reconocida hace tiempo por diversos autores (Ferguson, 1979; Peterson y Shigetomi, 1981; Roskies, Mongeon y Gagnon-Lefebvre, 1978; Skipper, Leonard y Rhymes, 1968; Vulcan y Nikulich-Barret, 1988; Wolfer y Visintainer, 1975, 1979). Sin embargo, hasta bien recientemente las investigaciones se centraron en preparar al niño más que a los padres (Melamed, 1993; Ogilvie, 1990).

El objetivo de esta revisión es analizar los programas de preparación psicológica a intervenciones médicas estresantes en los que se incluye a los padres, intentando responder las siguientes preguntas: ¿cómo influyen los padres en las intervenciones médicas estresantes efectuadas al niño?, ¿cuál debe ser el papel de los padres durante esas intervenciones?, ¿qué programas para padres son más efectivos?, ¿qué beneficios se obtienen al incluir a los padres en los programas de preparación psicológica?

PROGRAMAS DE PREPARACIÓN PSICOLÓGICA

Conviene que los programas de preparación psicológica con pacientes pediátricos incluyan a los padres con el fin de reducir el estrés y la ansiedad de los progenitores, de modo que no influyan negativamente en sus hijos, y de enseñarles procedimientos para que ayuden a los niños a afrontar intervenciones médicas estresantes. De lo contrario, un afrontamiento inadecuado de esta experiencia por parte de los padres complica el problema, porque en lugar de desempeñar el papel de eficaces figuras de apoyo para el niño, incrementan el estrés infantil (Méndez *et al.*, 1996).

El papel de los padres en los programas de preparación psicológica a intervenciones médicas estresantes es diferente en función del objetivo de la preparación y del grado de implicación. Se distinguen dos niveles de participación (Quiles y Pedroche, 1999):

1. Entrenar a los padres en habilidades de afrontamiento adecuadas para que controlen su grado de activación en situaciones estresantes. De esta forma ejercen indirectamente una influencia positiva sobre el hijo (*hipótesis de la crisis parental*), o al menos no le perjudican (*hipótesis del contagio emocional*).
2. Formar a los padres para que preparen a sus hijos a procedimientos médicos dolorosos o amenazantes. Los progenitores actúan como paraprofesionales durante la experiencia médica, enseñando, facilitando y reforzando las habilidades de afrontamiento necesarias para superarla.

A continuación revisamos las investigaciones que incluyeron a los padres en la preparación psicológica, como sujetos activos o como espectadores pasivos. Mediante búsqueda bibliográfica en las bases de datos MEDLINE y PSYCLIT reunimos 43 artículos en los cuales se informaba de 44 estudios publicados en un período de treinta y tres años (1965-1998), aunque la mayoría de ellos corresponde a las dos últimas décadas. De estos estudios se han eliminado cinco por no presentar resultados cuantitativos de los programas aplicados (Dobbs y Poletti, 1981; Kauffmann, Burke, Harrison y Wong, 1998; Mendoza y Cobo, 1986; Meng y Zastowny, 1982; Villar, 1993). En el resto de estudios encontramos importantes deficiencias metodológicas que impiden la interpretación clara de los resultados obtenidos como la falta de control sobre variables relevantes (p. ej. Lynch, 1994) o el tamaño muestral insuficiente (p. ej. Robinson y Kobayashi, 1991). El análisis de estas investigaciones se presenta en el anexo 1.

En función del grado de implicación de los padres distinguimos *padres pasivos*, cuando se limitaron a acompañar al niño durante la preparación o *padres acti-*

vos, si se les proporcionó estrategias de manejo de estrés para que luego ayudaran directa o indirectamente a sus hijos a afrontar la experiencia. El 45% de los estudios se encuadró en esta categoría. En el resto de investigaciones el papel de los progenitores se redujo a la mera presencia mientras el hijo recibía la preparación psicológica.

Características de las muestras reclutadas

El rango del tamaño muestral fue muy amplio, variando de 3 a 163 sujetos (*M*=52). La edad de los pacientes infantiles osciló de 9 meses a 17 años. En la práctica totalidad de las investigaciones revisadas participaron sujetos de ambos sexos y su distribución en los grupos experimentales fue similar, con la única excepción del estudio de Lynch (1994) en la que el número de varones fue significativamente mayor que el de niñas.

La tabla 2 ofrece la clasificación de los pacientes pediátricos en función de la intervención médica a la que fueron sometidos. La cirugía menor programada fue la situación más frecuente (77,93%) con pacientes hospitalizados (59,28%) y no hospitalizados (18,65%).

Tabla 2.- Distribución de los pacientes pediátricos de los 39 estudios revisados preparados psicológicamente para diferentes intervenciones médicas estresantes.

Pacientes Pediátricos N= 2.043			
Hospitalizados N= 1.461 (78,63%)		Ambulatorios N= 484 (29,.69%)	
Diagnóstico Amigdalitis Apendicitis Etc.	*Diagnóstico* Cáncer Desórdenes respiratorios e gastrointestinales, etc.	*Diagnóstico* Cáncer: neuroblastoma, leucemia Problemas cardíacos	*Diagnóstico* Amigdalitis Hernias Etc.
Intervención Médica Cirugía menor programada	*Intervención Médica* Hospitalización	*Intervención Médica* Aspiración de médula ósea Punción lumbar	*Intervención Médica* Cirugía sin ingreso Extracciones dentales
N= 1.211 (59,28%)	N= 348 (17,03%)	N= 103 (5,04%)	N=381 (18,65%)

Sólo seis estudios evaluaron las características demográficas de los progenitores, cuya edad media aproximada fue treinta años. Este dato debe tomarse con precaución ya que corresponde únicamente al 18 % de los padres. La distribución

por sexos no fue similar ya que en la mayoría de los casos es la madre quien participa en el programa. El rango de la muestra de los padres osciló de 6 a 143 sujetos por estudio.

Evaluación psicológica practicada

Las variables medidas fueron ansiedad (85% de sujetos), ajuste post-hospitalario (56%), recuperación post-quirúrgica (35%) y cooperación (33%). La mayoría de los estudios evaluó la ansiedad atendiendo a los sistemas de respuesta cognitivo, psicofisiológico y motor. Los autoinformes más utilizados fueron el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños *(State Trait Anxiety Inventory for Children) (STAIC)*, de Spielberger, Gorsuch, Lushene, Montouri y Platzek (1973) y la Escala de Apreciación de Miedos al Hospital *(Hospital Fears Rating Scale) (HFRS)*, de Melamed y Siegel (1975). Numerosos investigadores añadieron pruebas elaboradas por ellos mismos para medir las variables dependientes seleccionadas, debido a la escasez de instrumentos de evaluación con garantías psicométricas en este ámbito. El pulso arterial fue la medida psicofisiológica predominante, aunque también se empleó la tensión arterial, la temperatura corporal y la sudoración palmar. Las observaciones se registraron por medio de observadores entrenados con protocolos previamente definidos. Dependiendo de la naturaleza del estudio se concedió más importancia a un tipo de medida u otro. Así, la técnica de evaluación usada con más frecuencia en las investigaciones centradas en la preparación para procedimientos médicos dolorosos fue la observación del comportamiento infantil o su interacción con el adulto mientras que con pacientes quirúrgicos fueron se utilizaron más los autoinformes.

La eficacia de los programas se valoró mediante la reducción no solo de la ansiedad, sino también de las repercusiones negativas de la hospitalización tras el alta, siendo el instrumento más utilizado el Cuestionario de Conductas Posthospitalarias (*Posthospital Behavior Questionnaire)*, de Vernon, Schulman y Foley (1966).

Los índices post-operatorios constituyeron una medida objetiva de la recuperación del paciente quirúrgico, siendo los más utilizados ingesta de líquido, vómitos, fiebre y cantidad de calmantes. La evaluación de la adaptación del paciente pediátrico se evaluó en el 8% de los sujetos siendo más frecuente en los primeros estudios (hasta finales de la década de los ochenta). Esta variable presenta dificultades de interpretación, ya que la mayoría de los autores omitieron una definición operacional del comportamiento adaptativo, a menudo descrito genéricamente como cooperación con el personal sanitario, y emplearon escalas elaboradas *ex profeso*, de modo que los datos obtenidos no son comparables.

Otras variables infantiles evaluadas fueron adaptación al hospital (7,48%), comportamientos positivos y negativos en los momentos críticos de estrés (3,23%),

estrategias de afrontamiento (2,31%), locus de control, depresión, autoconcepto y habilidades sociales (2,15%), estrés (1,61%) y percepción subjetiva de dolor (1,24%).

La *evaluación psicológica de los padres* se realizó en 33 de los estudios revisados, con una muestra de 1.854 sujetos. Las variables dependientes más comunes fueron ansiedad (96%) y satisfacción (38%). De la misma forma que con los niños, la prueba más usada fue el *State Trait Anxiety Inventory (STAI)*, de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970). La ansiedad se midió también con escalas de tipo analógico y diarios comportamentales. Los registros psicofisiológicos se emplearon mucho menos que con niños. Esporádicamente se utilizó el *Parental Stressor Scale (PSS)*, de Miles y Carter (1982)

Las escalas de satisfacción recogieron la opinión de los padres sobre los cuidados médicos recibidos, la atención dispensada por el personal sanitario, la comunicación médico-paciente/padres y la preparación psicológica aplicada. Generalmente no se evaluó con pruebas estandarizadas ni los informes detallaron el instrumento usado. Medidas menos utilizadas fueron apoyo paterno durante intervenciones médicas dolorosas (12,58%), participación en los cuidados (8,25%), estrés parental (6%), adaptación (4,75%) y preocupaciones (3,06%).

La evaluación con los padres fue mucho más pobre que con los niños. Así, la mitad de las investigaciones evaluó sólo ansiedad (véase anexo 1) y algunos estudios únicamente en el período post-quirúrgico e incluso después del alta hospitalaria (Mahaffy, 1965; Skipper y Leonard, 1968). La tabla 3 presenta algunos de los instrumentos de evaluación utilizados con más frecuencia en los estudioso revisados.

Tabla 3.-Instrumentos de evaluación utilizados con los padres más frecuentemente en los estudios revisados

AUTO-INFORMES	Cuestionario de padres *(Parent Questionnaire)(*Robinson y Kobayashi, 1991)
	Escala de Creencias parentales *(Parental Believe Scale)* (Melnyk, 1994)
	Escala de satisfacción de los padres con los cuidados médicos de sus hijos *(Parent Medical Interview Satisfaction Scale (P-MISS)* (Lewis, Scott, Pantell y Wolf, 1986)
	Listado de adjetivos de humor *(Mood Adjective Checklist)* (Ferguson, 1979)
	Diario de padres *(Parent Diary)* (Wolfer y Visintainer, 1975)

Tabla 3.-Instrumentos de evaluación utilizados con los padres más frecuentemente en los estudios revisados (Continuación).

OBSERVACIÓN CONDUCTUAL	Escala de comportamiento parental *(The Parent Behavior Scale) (PBS)* (Jay y Elliott, 1990) Escala de Observación de la ansiedad -Forma Adultos *(The Observer Rating Scale of Naxiety-Adult* (Ferguson, 1979) Escala de estimación del comportamiento del cuidador *(Caregivers' Behavior Rating Scale (CBRS)* (Campbell, Kirkpatrick, Berry, Penn, Waldman y Mathewson (1992) Escala de estimación de la competencia (*The Competence Rating Scale) (CRS))* (Campbell, Kirkpatrick, Berry, Penn, Waldman y Mathewson (1992) Escala de Interación niño-adulto durante los procedimientos médicos *(The Child-Adult Medical Procedure Interaction Scale (CAMPIS-R)* (Blount, Cohen, Frank, Bachanas,, Smith, Manimala y Pate, 1997).
REGISTROS FISIOLÓGICOS	Pulso arterial Presión sanguínea Índice de sudoración palmar

Componentes de los programas aplicados

Los procedimientos psicológicos para preparar a intervenciones médicas estresantes, aplicados de forma aislada o con mayor frecuencia integrados en programas multicomponentes, fueron información (96% de sujetos), modelado (33%), apoyo emocional (30%) y entrenamiento en habilidades de afrontamiento (24%).

Apoyo Emocional

Según Valdés y Flórez (1996) el personal sanitario proporciona apoyo emocional al niño y sus padres, antes y durante los procedimientos médicos, para establecer una relación personal positiva que les tranquilice, crear un clima de confianza, reducir miedos, fomentar la expresión emocional y ayudar en la adaptación al proceso. Los primeros tratamientos para aminorar el estrés por hospitalización y cirugía se basaron en suministrar adecuado apoyo psicológico (Skipper y Leonard, 1968; Skipper, Leonard y Rhymes, 1968; Wolfer y Visintainer, 1975, 1979) convirtiéndose en la técnica más utilizada de 1965 a 1975. A partir de la década de los ochenta este tipo de preparación dejó de realizarse y se sustituyó por programas cognitivo-conductuales (excepto dos estudios realizados por el grupo de Sharon Burke de la Escuela de Enfermería de Queen's University, Canadá, con padres de pacientes crónicos hospitalizados). Esta intervención difiriere de la práctica habi-

tual del personal de enfermería que se centra en los estresores identificados por cada familia con la finalidad de ayudarles a desarrollar conjunto personal de estrategias de afrontamiento. Para ello, una enfermera especialmente asignada establece un contacto personal durante toda la experincia hospitalaria y tras el alta y se facilita su disponibilidad permanente (Burke, Handley-Derry, Costello, Kauffmann y Dillon, 1997; Kauffman *et al*., 1998).

El apoyo emocional reduce la ansiedad infantil y mejora el ajuste post-hospitalario y los índices de recuperación post-quirúrgica en la mayor parte de los estudios revisados. La ansiedad parental y la satisfacción mejora en todos los estudios revisados. Sin embargo, estos resultados deben tomarse con cautela ya que los instrumentos de evaluación utilizados en estas primeras investigaciones se basan principalmente en escalas tipo Likert y en algunos la valoración se realiza tras el alta hospitalaria (Mahaffy, 1965; Skipper y Leonard, 1968). Los mejores resultados se obtienen cuando el apoyo se combina con el componente de información y se interviene en los momentos críticos (Visintainer y Wolfer, 1975; Wolfer y Visintainer, 1975). Los beneficios no se mantienen si se contacta con los padres únicamente en una ocasión (por ejemplo en admisión) o no se facilita información (Skipper, Leonard y Rhymes, 1968).

Estos resultados parecen indicar que la eficacia del apoyo emocional se solapa con el efecto de la información proporcionada a los padres sobre el procedimiento y la rutina hospitalaria. Con el fin de evaluar la aportación de cada componente a la preparación, Wolfer y Visintainer (Visintainer y Wolfer, 1975; Wolfer y Visintainer, 1975, 1979) desarrollaron un programa de apoyo en los "puntos de estrés" *(Stress-point preparation)* basado en la provisión de información y apoyo emocional en los momentos de la experiencia hospitalaria considerados más estresantes. En cada uno de los puntos de estrés la enfermera encargada de atender a la familia facilitaba esta preparación intentando dar una atención individualizada a la madre, explorando y clarificando sus sentimientos y pensamientos, dando información exacta y tranquilizadora, y explicando cómo podía ayudar a su hijo. La finalidad era generar en el paciente y sus acompañantes unas expectativas adecuadas sobre los eventos hospitalarios y proporcionar al niño la oportunidad de anticipar las situaciones amenazantes mediante el ensayo de los procedimientos, así como estimular el sentido de participación activa de niños y padres con un control parcial de lo que ocurre. Los resultados mostraron que el apoyo, sólo en el caso de que se facilite junto con información, produce un aumento de la satisfacción con los cuidados recibidos y una reducción del nivel de ansiedad de los padres. Por sí mismo, el apoyo no produjo cambios significativos en la ansiedad de la madre ni del paciente infantil**.**

Los datos de los estudios que utilizan la información y el apoyo emocional obtienen beneficios sobre padres e hijos, pero, en consonancia con Meng y Zastowny (1982), consideramos que se trata de funciones de enfermería, que facilitan la

adaptación de la familia a la experiencia hospitalaria, pero cubren sólo una parte de la preparación que éstos necesitan.

Información

En las investigaciones revisadas la información fue la forma más habitual de preparación psicológica. Este dato coincide con los resultados de dos importantes encuestas llevadas a cabo en Estados Unidos (Azarnoff y Woody, 1981; O'Byrne, Peterson y Saldana, 1997), en Australia (Whelan y Kirkby, 1995) y de un estudio nacional efectuado en España con 111 hospitales (Ortigosa, Méndez y Quiles, 1999). Este último muestra que en nuestro país el 92% de los centros encuestados facilita información oral sobre hospitalización y cirugía como forma de preparación. Otras variantes utilizadas son el manejo de material médico (46%), material escrito (29%) y visita por el hospital (23%).

En los estudios revisados varió el formato de presentación y el tipo de información. El método más común fue información verbal en situación de entrevista (*explicación oral*) (p. ej. Polaino y Lizasoaín, 1992). Modalidades alternativas consistieron en informar durante una visita al hospital (*recorrido hospitalario*) (p. ej. Peterson y Shigetomi, 1982), en una sesión antes de la cirugía (*clase preoperación*) (p. ej. Twardosz, Weddle, Borden y Stevens, 1986), por escrito mediante entrega de folletos u otros materiales impresos (*bibliopreparación*) (p. ej. Chambers, Reid, McGrath y Ellerton 1997) y por medio de una grabación (*videocinta informativa*) (p. ej. Jay y Elliott, 1990). En un tercio de los estudios la información se proporcionó al grupo control, considerándola como preparación mínima con la que comparar otras técnicas.

El contenido de la información facilitada a los padres fue muy variado (véase tabla 4). Habitualmente se proporciona información específica que permite un conocimiento útil acerca del papel que pueden desempeñar en el hospital y cómo preparar a su hijo para afrontar los momentos más estresantes. El apoyo teórico de la información como una estrategia reductora del estrés parental proviene de la *teoría de la autorregulación* (Leventhal y Johnson, 1983) según la cual la provisión de información concreta y objetiva facilita el afrontamiento a través de la formación de un esquema cognitivo análogo a la experiencia de la vida real. Por tanto, proporcionar información exacta a la familia del niño reduciría su nivel de ansiedad y facilitaría un incremento en las respuestas adaptadas a esta nueva situación (la meta de la resolución de problemas).

Tabla 4.- Estudios basados en la información

AUTORES	INFORMACIÓN PROPORCIONADA

Skipper y Leonard (1968)	Explicaciones sobre el procedimiento médico Información sobre las sensaciones que tendría tras la intervención.
Wolfer y Visinatienr (1979)	Descripción y explicación de las rutinas del hospital, Procedimientos que iba a emplear el personal sanitario Papeles apropiados para padres e hijos
Vulcan y Nikulich-Barret (1988)	Respuestas de ansiedad más comunes de los pacientes estos menor ansiedad.
Polaino y Lizasoaín (1992)	Reglas y rutinas del centro Derechos del niño hospitalizado Importancia de las actitudes parentales para ayudar al niño
Melnyk (1994)	Información sobre el comportamiento del niño, Información sobre el papel de los padres en el servicio de urgencias pediátricas (mejores resultados) Combinación de ambos tipos de información.
Kain, Mayes y Caramico (1996)	Información general sobre los procedimientos prequirúrgicos Información detallada sobre la anestesia Recorrido hospitalario
Chambers, Reid, McGrath y Ellerton (1997)	Folleto sobre la evaluación y manejo del dolor infantil

Modificada de Quiles y Pedroche, 1999

A pesar de que la información oral es la forma usual de preparación informal en los hospitales, no se suele valorar la eficacia de estas intervenciones. Whelan y Kirkby (1995) citan el ejemplo de un folleto enviado a padres e hijos para ayudarles a preparar la experiencia hospitalaria. En él se pedía al niño que coloreara una jeringa con aguja de mayor tamaño que ningún otro dibujo de la página, incluyendo el que representaba al paciente infantil. Este tipo de material puede contribuir a sensibilizar al niño frente a los estímulos temidos, provocando el efecto contrario al esperado inicialmente. Otra dificultad para valorar el efecto de esta intervenciones radica en que la información es utilizada como procedimiento de preparación del grupo control, para poner a prueba diversas técnicas de modificación de con-

ducta o como elemento base para elaborar programas multicomponentes (estrategia de construir el tratamiento).

La información modifica las respuestas cognitivas las respuestas cognitivas, como cuando se describe las sensaciones que experimentará el niño durante los procedimientos médicos, respuestas psicofisiológicas, como cuando se le asegura que se recobrará de la anestesia sin ningún problema, y respuestas motoras, como cuando se le indica que el timbre situado en la cabecera de la cama sirve para llamar a la enfermera. (Méndez, Macià y Olivares, 1992). La información se considera útil pero no suficiente en muchos casos. En los estudios revisados la información por sí misma no mejora los resultados obtenidos con el modelado filmado (Ferguson, 1979) o el apoyo emocional (Wolfer y Visintainer, 1979).

La información acompañada de instrucciones del comportamiento deseado sobre el papel parental durante los procedimientos aumenta la participación en el cuidado del paciente infantil y mejora la adaptación de los niños durante y después de la hospitalización (Melnyk, 1994; Melnyk, Alpert-Guillis, Hensel, Cable-Beiling y Rubenstein, 1997).

Modelado Filmado

Las primeras investigaciones de modelado filmado no tuvieron en cuenta el papel de los padres como potenciales agentes facilitadores de ansiedad (Ortigosa, Méndez y Quiles, 1996) de modo que los audiovisuales se elaboraron para niños. Posteriormente, se produjeron videocintas y colecciones de diapositivas para enseñar estrategias de afrontamiento a los padres (p. ej. Robinson y Kobayashi, 1991) o para mostrarles modelos de afrontamiento adecuados que deben exhibir ante sus hijos (p. ej. Pinto y Hollandsworth, 1989).

La mayoría de las filmaciones abarcan los momentos más importantes de la hospitalización, desde que los niños son ingresados hasta el día del alta, incluyendo extracciones de sangre, rayos x, separación de los padres, inducción de la anestesia, sala de recuperación y retorno a la habitación. También se han elaborado películas dirigidas a padres que se centran en aspectos concretos de la cirugía como la anestesia (Karl, Pauza, Keyneman y Tinker, 1990) o en procedimientos médicos como la aspiración de la médula ósea o el pinchazo lumbar (Jay y Elliot, 1990). En los estudios en los que se presentaba a los padres un modelo de conducta adecuado para actuar con sus hijos, los resultados apuntan a los beneficios de este tipo de preparación. Por ejemplo, la cinta “Afrontando la leucemia infantil: La perspectiva de los padres” [*Coping with childhood leukemia: A parent's perspective*] (Jay y Elliott, 1990) proporciona información sobre la enfermedad, así como modelos de cogniciones y conductas de afrontamiento adecuadas para los padres que acompañan a sus hijos durante los procedimientos médicos.

El modelado filmado reduce la ansiedad de los padres y mejora su satisfacción con la hospitalización. Se ha evaluado la eficacia de distintos tipos de modelado y se ha comprobado que los beneficios se mantienen con una película comercial, un vídeo realizado en el hospital donde se va a realizar la intervención o un espectáculo de muñecos, aunque los mejores resultados se producen en este último caso (Peterson, Schultheis, Ridley-Johnson, Miller y Tracy, 1984). También es eficaz si el vídeo está narrado por un niño o por un adulto (Pinto y Holandsworth, 1989) o si se combina con una visita pre-hospitalaria de la enfermera a casa del paciente (Ferguson, 1979).

Las investigaciones revisadas han evaluado diversos aspectos que modulan la eficacia de las técnica de la técnica del MF, entre ellos:

Presencia de los padres en la preparación del hijo: Aunque los resultados no son concluyentes, se puede afirmar que esta presencia es positiva, tanto si el vídeo va dirigido a los padres (Jay y Elliott, 1990) como si ha sido diseñado para los pacientes infantiles (Pinto y Hollandsworth, 1989). Los beneficios se reflejan en menores niveles de ansiedad en niños y padres y en un aumento significativo de las conductas de ayuda durante los ejercicios de afrontamiento que los niños aprenden a través del vídeo. Sin embargo, Faust, Olson y Rodríguez (1991) informaron que un grupo de niños que atendieron a un programa de diapositivas sin la presencia de sus madres se mostraron menos ansiosos (en función del pulso y la sudoración) que aquellos que vieron las diapositivas con sus madres. Los niños de este segundo grupo exhibieron menos conductas de malestar durante la recuperación post-quirúrgica, por lo que parece que la presencia de las madres pudo tener repercusiones positivas sobre el comportamiento de sus hijos. Aunque los datos de esta investigación deben tomarse con cautela ya que la preparación se realizó una hora antes de la intervención quirúrgica, lo que contribuye a sensibilizar a los niños y afecta a los posibles beneficios de cualquier intervención (Melamed, Meyer, Gee, y Soule, 1976).

Enseñanza de estrategias de afrontamiento a los padres: Por ejemplo, Robinson y Kobayashi (1991) tomaron el modelado como componente básico para comprobar si era viable la enseñanza de hhaa de afrontamiento mediante un formato audiovisual. El vídeo enseñaba el entrenamiento en relajación, pensamientos positivos y autoinstrucciones positivas con el fin de enseñar estrategias de afrontamiento a los padres para que sean capaces de controlar su propia ansiedad. Para ello se elaboraron 3 películas:

1. *Información presentada por modelado*, por medio de una niña llamada Julia de 8 años.

2. *Información y estrategias de afrontamiento para el niño*: En esta cinta se veía a la modelo aprendiendo y practicando habilidades de afrontamiento y más tarde poniéndolas en práctica en los momentos más estresantes.
3. *Información y estrategias de afrontamiento para el niño y sus padres*: Este vídeo era idéntico al anterior, sólo que cuando se mostraba al niño aprendiendo habilidades de afrontamiento, también se incluía este aprendizaje para los padres. Es importante destacar que las técnicas que se incluían estaban destinadas a enseñar a los padres a controlar su propia ansiedad y no para que éstos ayudaran a sus hijos a que se sintieran más calmados.

Los resultados no muestran diferencias significativas entre los tres grupos, aunque los autoinformes de ansiedad de los padres entrenados mostraron un descenso importante. Asimismo los padres del tercer grupo fueron los únicos que mostraron un descenso en esta medida antes de la intervención quirúrgica, a diferencia de los otros padres que mostraron un aumento en esos niveles. Una posible explicación de la falta de significación estadística de las pruebas realizadas radica en las dificultades metodológicas que presenta este estudio ya que los autores no tuvieron en cuenta la influencia de hospitalizaciones previas, que ha podido contaminar estos resultados.

Habilidades de Afrontamiento

El entrenamiento en habilidades de afrontamiento pretende incrementar el refuerzo de los padres, aumentar las respuestas activas para reducir la interpretación de peligro, promover la habituación a las sensaciones corporales y acentuar la sensación de control (Zastowny, Kirschenbaum y Meng, 1986). Adiestrar a los padres en el uso de técnicas de afrontamiento cognitivo puede aumentar la efectividad de la información preparatoria y las técnicas de modelado filmado (Peterson y Shigetomi, 1981).

Esta técnica se incorporó tardíamente a la preparación psicológica para intervenciones médicas estresantes. Inicialmente se realizó con ayuda de películas y después se entrenó en vivo a los padres como paraprofesionales. Las habilidades adiestradas comprendieron relajación, respiración, imaginación placentera o distractora, autoinstrucciones bien de forma aislada o con el formato de la inoculación de estrés. Estas técnicas se combinaron en programas que otorgaban un papel activo a los padres, enseñándoles a manejar adecuadamente el propio estrés (Jay y Elliot, 1990) y el del hijo (Zastowny *et al.*, 1986).

En los estudios que entrenan a los padres para controlar su ansiedad, con el fin de que influyan positivamente en sus hijos, los progenitores se muestran más tranquilos y competentes, mientras que los niños aparecen menos ansiosos en todos los grupos en los que se ha realizado esta intervención. (Manne *et al.*, 1990; Robinson

y Kobayashi, 1991; Zastowny *et al.*, 1986). Entre estos estudios se ha valorado la eficacia de las habilidades de afrontamiento frente a la información y la psicoterapia tradicional en un estudio dirigido a madres cuyos hijos iban a someterse a una cateterización cardíaca. Los resultados indicaron que las madres entrenadas en habilidades de afrontamiento y sus hijos se adaptaron mejor a la hospitalización (Campbell, Kirkpatrick, Berry, Penn, Waldman y Mathewson, 1992). Posteriormente, Jay y Elliott (1990) compararon la eficacia de la inoculación de estés, frente a la educación y el entrenamiento en autoinstrucciones en un programa dirigido a padres de pacientes oncológicos. Los progenitores que recibieron la intervención informaron de menos ansiedad y de puntuaciones más altas en autoafirmaciones positivas. También hubo un aumento de las conductas de asistencia a los hijos en los ejercicios de respiración e imaginación durante los procedimientos médicos. Esta técnica es muy efectiva en la preparación hospitalaria, especialmente respecto al aumento de las conductas de afrontamiento y permite que los padres participen en la preparación de su hijos y asuman un papel activo en ella (Meng y Zastowny, 1982).

Los padres también son entrenados en habilidades de afrontamiento para adiestrar a los pacientes y fomentar su uso y ayudarles durante los asistir a su hijos durante los momentos más estresantes para que actúen como *"entrenadores de afrontamiento".* Uno de los primeros programas de este tipo y considerado punto de referencia para investigaciones posteriores es el de Peterson y Shigetomi (1981) en el que se entrenaba a los padres para asistir a su hijo en relajación, ayudarles a desarrollar una imagen mental vívida y a personalizar algunas autoinstrucciones reconfortantes. Los grupos experimentales fueron los siguientes:

1. *Procedimiento de información preparatoria:* Los niños y sus padres fueron invitados a "la fiesta del helado del gran pájaro", cuatro días antes del ingreso, en la que se explicaba una experiencia hospitalaria típica con la ayuda de un muñeco del gran pájaro.
2. *Información + Habilidades de afrontamiento:* Una vez que se había realizado el procedimiento anterior, el experimentador entrenaba a los niños en relajación muscular profunda, imaginación/distracción mental y autoverbalizaciones. Los padres fueron animados a participar en cada técnica.
3. *Información + Modelado Filmado:* Tras la presentación verbal del Gran Pájaro, los niños y sus padres vieron la película "Ethan tiene una operación" (*Ethan has an operation)* (Melamed y Siegel, 1975), que presenta la experiencia de hospitalización y cirugía de un niño de 7 años.
4. *Habilidades de Afrontamiento + Modelado Filmado:* Este grupo recibió las tres intervenciones señaladas anteriormente: el componente de información, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y finalmente, vieron la película de modelado.

Los resultados muestran que los padres que recibieron el entrenamiento de afrontamiento informaron de menores niveles de ansiedad y de un incremento de sus sentimientos de competencia. Además sus hijos mostraron puntuaciones más bajas en los comportamientos de malestar y más conductas cooperativas. En un estudio posterior, los autores realizaron un seguimiento de un año a los sujetos que habían participado en esta investigación y el 30% informaron haber utilizado estas técnicas de afrontamiento fuera del contexto hospitalario, incluyéndolas en su repertorio conductual.

Esta investigación fue ampliada posteriormente por Zastowny *et al.* (1986), comparando la efectividad de un grupo de reducción de la ansiedad paterna frente al papel de los padres como entrenadores de afrontamiento. Ambos programas redujeron significativamente el temor de los niños y el malestar de los padres. No se pudo determinar la superioridad de una forma de preparación sobre la otra, aunque los niños que aprendieron estrategias de afrontamiento se adaptaron mejor durante y tras la hospitalización.

La actuación de los padres como entrenadores de afrontamiento está especialmente indicada en el caso de pacientes sometidos con frecuencia a intervenciones médicas dolorosas como punciones lumbares o aspiraciones de médula ósea. En esta línea Blount, Powers, Cotter, Swan y Free (1994) enseñaron estrategias de afrontamiento a un grupo de niños oncológicos para procedimientos médicos aversivos y entrenaron a los padres en la práctica y el refuerzo de estos comportamientos en los momentos apropiados. Los niños aprendieron a utilizar la distracción mental en las fases previas al procedimiento y técnicas de respiración profunda mientras se estaban sometiendo a este tratamiento. La intervención de los padres como entrenadores de sus hijos facilitó el uso de esta técnicas por parte de los niños a través del tiempo. Los resultados muestran que los niños experimentaron un descenso en los niveles de malestar y un aumento en las conductas de afrontamiento, que se mantuvieron durante todo el período que duró el tratamiento médico de la enfermedad. El entrenamiento de los padres para reforzar estas habilidades en sus hijos, también se mantuvo alto durante el seguimiento. Los autores de este estudio afirman que un factor que facilitó los buenos resultados obtenidos fue la sincronía establecida entre el comportamiento de los padres y el del niño, de forma que el padre facilita la conducta de afrontamiento de su hijo a través de la práctica guiada, lo que provoca efectos beneficiosos sobre su propio malestar.

Otro aspecto evaluado en la enseñanza de las habilidades de afrontamiento es el formato de presentación: cuando se entrenan a través del vídeo la enseñanza no resulta tan eficaz como cuando se entrena en vivo. Sin embargo, estos datos no son concluyentes ya que las investigaciones en las que empeora el entrenamiento se ha realizado poco antes de la intervención médica, dejando poco tiempo para el entrenamiento. En los estudios en los que el lapso temporal es mayor (Meng y Zastowny, Zastowny *et al*., 1986).

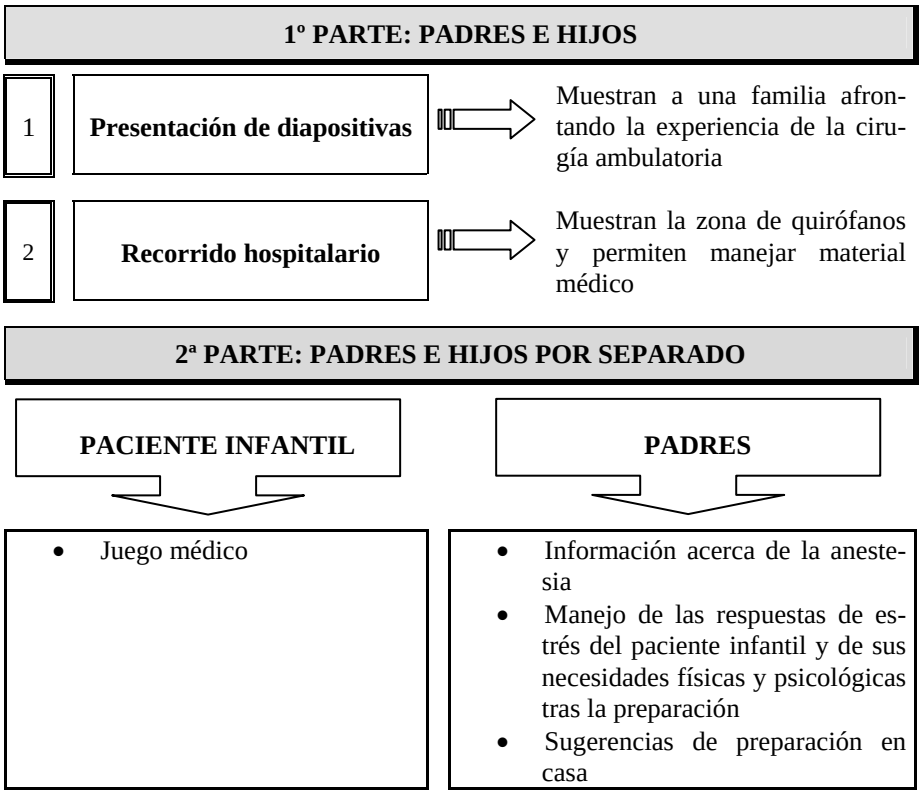
El entrenamiento en habilidades de afrontamiento potencia los beneficios de otras estrategias utilizadas habitualmente, como la información o el modelado (Whelan y Kirkby, 1998). Los resultados de Zastowny *et al*. (1986) y de Jay *et al.* (1990) permiten afirmar que los programas en los que se facilitan a los progenitores estrategias para ayudar a sus hijos con habilidades de afrontamiento, se observan descensos en la ansiedad de los padres y en los comportamientos de malestar de los niños. Por su parte, las intervenciones dirigidas específicamente a los padres (como Melnyk *et al.*, 1997; Ellerton *et al.*, 1994 o Campbell *et al.*, 1992) muestran la efectividad de preparar a los padres para que éstos puedan controlar su propia ansiedad y dispongan de las habilidades necesarias para ayudar a sus hijos a afrontar de forma adaptada la hospitalización. La importancia de esta preparación es cada vez mayor, especialmente con la generalización de la cirugía sin ingreso, que presenta ventajas económicas y elimina gran parte de los estresores de la hospitalización derivados de la separación.

Preparación a través de los padres

Actualmente los investigadores están desarrollando programas que tienen como objetivo la preparación de los padres para que sean ellos quienes entrenen a su hijo en las habilidades de afrontamiento necesarias y refuercen y faciliten el empleo de estas estrategias en los momentos más estresantes. De esta forma los padres pueden actuar como modelos de afrontamiento positivos, facilitando información relevante y proporcionando un sentido de control sobre los procedimientos médicos. Estos programas son muy recientes y el volumen de investigación desarrollado no permite extraer conclusiones definitivas. A continuación, expondremos detalladamente un ejemplo de dos tipos diferentes de preparación a la hospitalización infantil a través de los padres: preparación para la cirugía infantil y para hospitalizaciones en el servicio de urgencias

Con el desarrollo de la cirugía ambulatoria, los padres reciben la responsabilidad de la preparación pre-quirúrgica y del cuidado postoperatorio de sus hijos. Desde esta área están surgiendo investigaciones que tratan de comprobar la eficacia de programas de preparación para cubrir esta necesidad. En este contexto, Ellerton y Merriam (1994) han estudiado la efectividad de un programa de preparación de las familias con el objetivo de familiarizar a los padres con las sensaciones físicas y los componentes procedimentales de la cirugía ambulatoria, enfatizando las habilidades de afrontamiento. El procedimiento empleado se esquematiza en la figura 1.

Figura 1. Procedimiento de preparación del estudio de Ellerton y Merriam (1994)



Se observaron reducciones significativas en la ansiedad del grupo de padres que asistió a la preparación, con respecto al grupo control. Los niños preparados también experimentaron un descenso en sus niveles de ansiedad y las enfermeras del servicio evaluaron a los progenitores del programa más capacitados para ayudar a sus hijos a manejar este estrés.

Para los padres de niños hospitalizados en servicios de urgencia se ha desarrollado el programa COPE (*Creating Opportunities for Parent Empowerment) (*Melnyk *et al.*, 1997). La finalidad de esta intervención es el incremento de las habilidades de afrontamiento maternas con el objetivo de facilitar la enseñanza de estrategias positivas a sus hijos. Las madres recibían información acerca de las respuestas de los niños ante la hospitalización, las actividades que podían realizar durante su estancia hospitalaria y las estrategias de apoyo materno en los momentos más estresantes. La información se facilitaba a través de una cinta de audio y un libro de trabajo. Los resultados muestran un aumento del apoyo parental al niño durante la estancia hospitalaria y los procedimientos invasivos y un descenso en la ansie-

dad de las madres. Los autores concluyen que estas madres ayudaron más a sus hijos a afrontar la experiencia estresante (Melnyk *et al.*, 1997)

CONCLUSIONES

El análisis de los estudios revisados pone de relieve los beneficios de incluir a los padres en la preparación psicológica a los procedimientos médicos estresantes. Asimismo se ha destacado la eficacia de distintas técnicas de preparación psicológica a las intervenciones médicas estresantes. Los procedimientos presentados ofrecen resultados consistentes respecto a la disminución de las conductas de ansiedad y malestar, aunque no se ha evaluado de forma consistente el mantenimiento de los logros terapéuticos a medio plazo.

Desafortunadamente los estudios controlados en este ámbito son escasos, aunque esta deficiencia comienza a remediarse en los últimos años, lo que dificulta extraer conclusiones acerca de la eficacia de las intervenciones. Existe evidencia a favor de que las técnicas de modificación de conducta utilizadas son superiores a la no preparación o a formas de preparación no estructuradas. Sin embargo, son inconsistentes los datos sobre la eficacia diferencial de las técnicas y de sus diversas combinaciones. Al igual que en revisiones anteriores en este ámbito (Bates y Broome, 1986 ; Bragado y Fernández, 1996; Ortigosa *et al*., 1996, Méndez *et al.*, 1996; Whelan y Kirby, 1998) se concluye la dificultad de identificar la efectividad de las intervenciones debido al uso de paquetes de tratamiento. Este hecho explica que los resultados de determinados estudios apoyen sea el afrontamiento como la técnica más adecuada (Campbell, 1992) mientras que en otros se aconseja el modelado (Peterson, 1984). Una razón para la variación de los resultados se relacionan con la dificultad de aislar los diferentes acercamientos para construir comparaciones efectivas ya que la mayoría de estudios son paquetes de tratamiento.

Asimismo, es necesario determinar la idoneidad de estrategias de preparación diseñadas específicamente para padres. A pesar del reconocimiento de la necesidad de incluir a los progenitores en la preparación, la mayoría de estudios se han inclinado por no proporcionarle un papel activo en la preparación, más bien por permitirles estar presentes sin instrucciones específicas (lo que hemos clasificado como padres pasivos).

Además de elaborar el programa más eficiente de preparación a los niños y a sus padres, la futura investigación ha de dar respuesta a otra cuestiones que se plantean en este terreno. Tal como plantean Ortigosa *et al.* (1996), la pregunta que se ha de responder en este terreno es *¿qué* programa específico de preparación, aplicado *por quiénes*, es más efectivo, *con cuales niños y(y padres), que van a ser operados de qué patología, en qué momento y contexto hospitalario?*.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(Los estudios analizados en la revisión están marcados con un asterisco)

***** Atkins DM. Evaluation of pediatric preparation program for short-stay surgical patients. *J Pediatr Psychol*, 1987,12(2), 285-290.

Azarnoff P y Woody P. Preparation of children for hospitalization in acute care hospitals in the United States. *Pediatrics*, 1981, 68(3), 361-368.

Bates TA y Broome M. Preparation of children for hospitalization and surgery: A review of the literature. *J Pediatr Nurs*, 1986, 1(4), 230-239.

Berenbaum J y Hatcher J. Emotional distress of mothers of hospitalized children. *J Pediatr Psychol*, 1991, 17(3), 359-372.

Blount RL, Cohen LL, Frank NC, Bachanas PJ, Smith AJ, Manimala MR y Pate JT. The Child-Adult Medical Procedure Interaction Scale-Revised: An Assessment of Validity. *J Pediatr Psychol*, 1997, 22(1), 73-88.

***** Blount RL, Powers SW, Cotter MW, Swan S y Free K. Making the system work: Training pediatric patients to cope and their parents to coach them during BMA/LP procedures. *Behav Modif*, 1994, 18(1), 6-31.

***** Bradlyn AS, Christoff K, Sikora T, O'Dell SL y Harris CV. The effects of a videotape preparation package in reducing children's arousal and increasing cooperation during cardiac catheterization. *Behav Res Ther*, 1986, 24(4), 453-459.

Bragado C y Fernández A. Tratamiento psicológico del dolor y la ansiedad evocados por procedimientos médicos invasivos en oncología pediátrica. *Psicothema*, 1996, 8(3), 625-656.

Brophy CJ y Erickson MT. Children's self-statement and adjustment to elective outpatient surgery. *Dev Behav Pediatr*, 1990, 11(1), 13-16.

***** Burke ED, Handley-Derry MH, Costello EA, Kauffmann E y Dillon MC. Stress point intervention for parents of repeatedly hospitalized children with chronic conditions. *Res Nurs Health*, 1997, 20, 475-485.

***** Campbell L, Clark M y Kirkpatrick SE. Stress management training for parents and their children undergoing cardiac catheterization. *Am J Orthopsychiatry*, 1986, 56, 234-243.

***** Campbell LA, Kirkpatrick SE, Berry CC y Lamberti JJ. Preparing children with congenital hearth disease for cardiac surgery. *J Pediatr Psychol*, 1995, 20(3), 313-328.

***** Campbell LA, Kirkpatrick SE, Berry CC, Penn NE, Waldman JD y Mathewson JW. Psychological preparation of mothers of preschool children undergoing cardiac catherization. *Psychol Health*, 1992, 7, 175-185.

Carlson DK, Council JR y Gravley JE. Temperament and family characteristics as predictors of children's reactions to hospitalization. *Dev Behav Pediatr*, 1991, 12(3), 141-147.

***** Chambers CT, Reid GJ, McGrath PJ, Finley GA y Ellerton ML. A randomized trial of a pain education booklet: Effects on parents' attitudes and postoperative pain management. *Children's Health Care*, 1997, 26(1), 1-13.

Dobbs B y Poletti R. *Vivir el hospital. La estructuración del tiempo en el paciente hospitalizado*. Barcelona: Rol, 1981.

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

***** Ellerton M y Merriam C. Preparing children and families psychologically for day surgery: An evaluation. *J Abnorm Nurs*, 1994, 19, 1057-1062.

Eiser C. *The psychology of childhood illness*. New York: Springer-Verlang, 1985.

***** Faust J, Olson R y Rodríguez H. Same-day surgery preparation: Reduction of pediatric patient and distress through participant modeling. *J Consult Clin Psychol*, 1991, 59(3), 475-478.

***** Ferguson BF. Preparing young children for hospitalization: A comparison of two methods. *Pediatrics*, 1979, 64(5), 656-664.

***** Fosson AB, Martin J y Haley J. Anxiety among hospitalized latency-age children. *Dev Behav Pediatr*, 1990, 11(6), 324-327.

***** Jay SM y Elliot CH. A stress inoculation program for parents whose children are undergoing painful medical procedures. *J Consult Clin Psychol*, 1990, 58(6), 799-804.

***** Jay SM, Elliot CH, Ozolins M, Olson RA y Pruitt SD. Behavioral management of children's distress during painful medical procedures. *Behav Res Ther*, 1985, 23(5), 513-520.

***** Kain ZN, Mayes LC y Caramico LA. Preoperative preparation in children: A cross-sectional study. *J Clin Anesth*, 1996, 8, 508-514.

Kain ZN, Mayes LC, O'Connor TZ y Ciccheti DV. Preoperative anxiety in children. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 1996, 150, 1238-1245.

***** Karl HW, Pauza KJ, Heyneman N y Tinker DE. Preanesthesic preparation of pediatric outpatient: The role of a videotape for parents. *J Clin Anesth*, 1990, 2, 172-177.

Kauffmann E, Harrison MB, Burke SO y Wong C. Stress point intervention for parents of children hospitalized with chronic conditions. *Pediatr Nurs*, 1998, 24(4), 362-366.

Lewis CC, Scott DE, Pantell RH y Wolf MH. Parent satisfaction with children's medical care. Development, field test and validation of questionnaire. *Med Care*, 1986, 24(3), 209-215.

***** Lynch M. Preparing children for day surgery. *Children's Health Care*, 1994, 23(2), 75-85.

***** Mahaffy PR. The effects of hospitalization on children admitted for tonsillectomy and adenoidectomy. *Nurs Res*, 1965, 14(1), 12-19.

***** Manne SL, Redd WH, Jacobsen PB, Gorfinkle K, Schorr O y Rapkin B. Behavioral intervention to reduce child and parent distress during venipuncture. *J Consult Clin Psychol*, 1990, 58(5), 565-572.

Melamed BG. Putting the family back in the child. *Behav Res Ther*, 1993, 31(3), 239-247.

Melamed BG y Siegel LJ. Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of filmed modeling. *J Consult Clin Psychol*, 1975, 43(4), 511-521.

Melamed BG, Meyer R, Gee C y Soule L. The influence of time and type of preparation on children's adjustment to hospitalization. *J Pediatr Psychol*, 1976, 1(4), 31-37.

***** Melnyk BM. Coping with unplanned childhood hospitalization: Effects of informational interventions on mothers and children. *Nurs Res*, 1994, 43(1), 50-55.

***** Melnyk BM, Alpert-Guillis LJ, Hensel PB, Cable-Beiling RC y Rubenstein JS. Helping mothers cope with critically ill child: A pilot test of the COPE intervention. *Res Nurs Health*, 1997, 20, 3-14.

Méndez FX y Ortigosa JM. Estrés y hospitalización infantil. En: MJ Hombrados (Ed.) *Estrés y Salud* (pp. 523-545). Valencia: Promolibro, 1997.

Méndez FX, Macià D y Olivares J. Medicina conductual con niños y adolescentes (II). Tratamiento de los problemas de salud. *Cuad Med Psicosom*, 1992, 22, 23-33.

Méndez FX, Ortigosa JM y Pedroche S. Preparación a la hospitalización infantil (I): Afrontamiento del estrés. *Psicol Conduct*, 1996, 4(2), 193-209.

Mendoza E y Cobo C. Psicoprofilaxis quirúrgica en el niño: Un programa rentable. *Pediátrika*, 1986, 6(8-9), 20-24.

Meng A y Zastowny T. Preparation for hospitalization: A stress inoculation training program for parents and children. *J Matern Child Nurs*, 1982, 11(2), 87-94.

Miles MS y Carter MC. Assessing parental stress in the intensive care unit. *J Matern Child Nurs*, 1983, 8(5), 354-359.

O'Byrne KK, Peterson L y Saldana L. Survey of Pediatric Hospitals' Preparation Programs: Evidence of the Impact of Health Psychology Research. *Health Psychol*, 1997, 16(2), 147-154.

Ogilvie L. Hospitalization of children for surgery: The parents' view. *Children's Health Psychology*, 1990, 19(1), 49-56.

Ortigosa JM, Méndez FX y Quiles MJ. Preparación a la hospitalización infantil (II): Modelado filmado. *Psicol Conduct*, 1996, 4(2), 211-230.

Ortigosa JM, Méndez FX y Quiles MJ. Preparación psicológica a la hospitalización quirúrgica infantil en España. *Acta Pediatr Esp*, 1999, 57(1), 15-20.

***** Peterson L y Shigetomi C. The use of coping techniques to minimize anxiety in hospitalized children. *Behav Ther*, 1981, 12, 1-14.

Peterson L y Shigetomi C. One-year follow up of elective surgery child patients receiving preoperative preparation. *J Pediatr Psychol*, 1982, 7(1), 43-48.

***** Peterson L, Ridley-Johnson R, Tracy K y Mullins L. Developing cost-effective presurgical preparation: A comparative analysis. *J Pediatr Psychol*, 1984, 9(4), 439-455.

***** Peterson L, Schultheis K, Ridley-Johnson R, Miller DJ y Tracy K. Comparison of three modeling procedures on presurgical and postsurgical reactions of children. *Behav Ther*, 1984, 15, 197-203.

***** Pinto RP y Hollandsworth JG. Using videotape modeling to prepare children psychologically for surgery: Influence of parent and costs versus benefits of providing preparation service. *Health Psychol*, 1989, 8(1), 79-95.

***** Polaino-Lorente A y Lizasoaín O. Parental stress and satisfaction with children's hospitalization: A prospective study. *Acta Pediatr Esp*, 1992, 50(6), 473-479.

***** Polaino-Lorente A y del Pozo A. El impacto psicológico de los acontecimientos vitales estresantes en los padres de los niños cancerosos. *Acta Pediatr Esp*, 1996, 54, 163-174.

Quiles MJ y Pedroche S. El papel de los padres. En: JM Ortigosa y FX Méndez (Eds.) *Preparación psicológica a la hospitalización infantil: guía para la práctica profesional.* Madrid: Biblioteca Nueva [en prensa].

Robinson D. Mother's fear, their children's well-being in hospital and the study of illness behavior. *Br J Prev Soc Med*, 1968, 22, 228-233.

***** Robinson PJ y Kobayashi K. Development and evaluation of a presurgical preparation program. *J Pediatr Psychol*, 1991, 16(2), 193-212.

Roskies E, Mongeon M y Gagnon-Lefebvre B. Increasing maternal participation in the hospitalization of young children. *Med Care*, 1978, 16, 765-777.

Scaife JM y Campbell I. A comparison of the outcome of day-care and inpatient treatment of paediatric surgical cases. *J Child Psychol Psychiatry*, 1988, 29(2), 185-198.

Schaffer HR y Callender WM. Psychological effects of hospitalization in infancy. *Pediatrics*, 1959, 24, 528-539.

***** Schwartz BH, Albino JE y Tedesco LA. Effects of psychological preparation on children hospitalized for dental operations. *J Pediatr*, 1983, 102 (4), 634-638.

***** Skipper JK y Leonard RC. Children's, stress and hospitalization: A field experiment. *J Health Soc Behav*, 1968, 9, 275-287.

***** Skipper JK, Leonard RC y Rhymes J. Children hospitalization and social interaction: An experimental study of mothers' feelings of stress, adaptation and satisfaction. *Med Care*, 1968, 6, 496-506.

Spielberger CD, Edwards CD y Lushene RE. *Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo (STAI).* Madrid: TEA, 1990 [orig. 1970].

Spielberger CD, Edwards CD, Lushene RE, Montouri J y Platzek. *Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en Niños (STAIC).* Madrid: TEA, 1990 [orig. 1973].

Tomlinson P, Kirschbaum M, Harbaugh B y Anderson KH. The influence of illness severity and family resources on maternal uncertainty during critical pediatric hospitalization. *Am J Crit Care*, 1996, 5(2), 140-146.

***** Twardosz S, Weddle K, Borden L y Stevens E. A comparison of three methods of preparing children for surgery. *Behav Ther*, 1986, 17, 14-25.

Valdés CA y Flórez JA. *El niño ante el hospital*. Oviedo: Universidad de Oviedo, 1996.

Vernon DT y Schulman JL. Hospitalization as a source of psychological benefit for children. *Pediatrics*, 1964, 34, 694-696.

Vernon DT, Schulman JL y Foley JM. Changes in children's behavior after hospitalization. *Am J Dis Child*, 1966, 111, 581-593.

Villar A. Bienvenido a tu hospital. *V Jornadas de Pedagogía Hospitalaria*. Oviedo, Octubre 1993.

***** Visintainer MA y Wolfer JA. Psychological preparation for surgical pediatrics patients: The effect on children's and parent's stress responses and adjustment. *Pediatrics*, 1975, 56(2), 187-202.

***** Vulcan BM y Nikulich-Barret M. The effect of selected information on mother's anxiety levels during their children's hospitalizations. *J Pediatr Nurs*, 1988, 3, 97-102.

Whelan TA y Kirkby RJ. Children and their families: Psychological preparation for hospital interventions. *Journal of Family Studies*, 1995, 1(2), 130-141.

Whelan TA y Kirkby RJ. Parent empowerment: The hospitalisation of a child. *Journal of Family Studies*, 1997, 3(1), 94-107.

Whelan TA y Kirkby RJ. Advantages for children and their families of psychological preparation for hospitalization and surgery. *Journal of Family Studies*, 1998, 4(1), 35-51.

***** Wolfer JA y Visintainer MA. Pediatric surgical patients' and parents' stress responses and adjustment as a function of psychological preparation and stress-point nursing care. *Nurs Res*, 1975, 24(4), 244-255.

***** Wolfer JA y Visintainer MA. Prehospital psychological preparation for tonsillectomy patients: effects on children's and parent's adjustment. *Pediatrics*, 1979, 64(5), 646-655.

***** Zastowny TR, Kirschenbaum DS y Meng AL. Coping skills training for children: Effects on distress before, during, and after hospitalization for surgery. *Health Psychol*, 1986, 5(3), 231-247.

Zetterström R. Responses of children to hospital. *Acta Paediatr Scand*, 1984, 73, 289-295.

Ziegler DB y Prior MM. Preparation for surgery and adjustment to hospitalization. *Pediatric Surgical Nursing*, 1994, 29(4), 655-669.

Nota:

Este trabajo ha sido realizado gracias a la beca FPI concedida por la Fundación Séneca al primer autor

Correspodencia:
Francisco Xavier Méndez Carrillo
Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico
Facultad de Psicología. Campus de Espinardo
Universidad de Murcia
Apartado 4021
30080 – Murcia

ANEXO 1

Programas de preparación a la hospitalización y la cirugía infantil

AÑO	AUTORES	SUJETOS	EDAD (Años)	GRUPOS	RESULTADOS
1965	Mahaffy	43 niños y madres	N: 2-10	**GC**: Rutina hospitalaria **GE:** AE en momentos críticos	**Niños** *Ansiedad e I.R.P.*: GE>GC **Madres no son evaluadas**
1968	Skipper y Leonard	40 niños y madres	N: 3 - 9	**GC**: Rutina hospitalaria **GE**: AE en admisión	**Niños** *Ansiedad, Adaptación, I.R.P. y A.P.*: GE>GC **Madres** *Ansiedad, Adaptación y Satisfacción*: GE>GC
1968	Skipper y Leonard	40 niños y madres	N: 3 - 9	**GC**: Rutina hospitalaria **GE:** AE en puntos de estrés	**Niños** *Ansiedad, I.R.P. y A.P.*: GE>GC *Adaptación:* GE= GC **Madres** *Ansiedad, Adaptación y Satisfacción*: GE>GC
1968	Skipper, Leonard y Rhymes	80 madres	N: 3 - 9 M: 25-40	**GC**: Rutina hospitalaria **GE_1**: AE en punto de estrés **GE_2**: AE en admisión	**Niños no son evaluados** **Madres** *Ansiedad:* GE_1,GE_2>GC *Adaptación*: GC=GE_1=GE_2 *Satisfacción:* GE_1>GC, GE_2
1975	Wolfer y Visintainer	80 niños y madres	N: 3 -5	**GC**: Rutina hospitalaria **GE**: I y AE	**Niños** *Ansiedad, Cooperación, I.R.P. y A.P.*: GE >GC **Madres** *Ansiedad, Satisfacción e Información*: GE_1 > GC *Cooperación*: GE_1 = GC
1975	Visintainer y Wolfer	84 niños y madres	N: 3 -12	**GC:** Rutina hospitalaria **GE_1**: I + A E en seis puntos de estrés **GE_2**: Sesión de preparación tras admisión (=GE_1) **GE_3**: A E. en los puntos de estrés	**Niños** *Ansiedad*: GE_1>GE_2,GE_3,GC *Cooperación*: GE_1>GE_3,GC; GE_2>GC *I.R.P.*:GE_1>GE_2>GE_3,GC *A.P.*:GE_1,GE_2>GC; GE_1>GE_2,GE_3 **Madres** *Ansiedad:* GE_1,GE_2>GC; GE_3=GC,GE_1>GE_2,GE_3 *Satisfacción:* GE_1>GE_2, GE_3>GC *Información:* GE_1,GE_2>GE_3>GC

ANEXO 1 (Continuación)

AÑO	AUTORES	SUJETOS	EDAD (Años)	GRUPOS	RESULTADOS
1979	Wolfer y Visintainer	163 niños y madres	N: 3 - 12	**GC**: Rutina hospitalaria **GE$_1$**: I (material impreso para la preparación en casa) **GE$_2$**: AE + I en seis puntos de estrés **GE$_3$**: I (material impreso para casa) + AE en los puntos de estrés **GE$_4$**: I (material impreso para casa) + AE	**Niños** *Ansiedad y Cooperación*: $GE_1,GE_2,GE_3,GE_4>GC$; $GE_1=GE_2=GE_3=GE_4$ *I.R.P.*: $GE_2,GE_3,GE_4>GC$; $GE_1=GC$ *A.P.*:$GE_2>GC$; $GE_1=GE_3=GE_4=GC$ **Madres** *Ansiedad*: $GE_2>GE_4,GC$; $GE_1=GE_3=GC$ *Satisfacción:* $GE_2>GE_1>GE_3,GE_4>GC$ *Información:* $GE_1,GE_2,GE_3,GE_4>GC$
1979	Ferguson	82 niños y madres	N: 3 - 7	**GE$_1$**: Visita prehospitalaria (I). MF (control) **GE$_2$**: No visita prehospitalaria y MF (muñeco) **GE$_3$**: Visita prehospitalaria y MF **GE$_4$**: No visita prehospitalaria MF (control)	**Niños** *Ansiedad*: $GE_1=GE_2=GE_3=GE_4$ *A.P.:* $GE_2,GE_3>GE_1,GE_4$ **Madres** *Ansiedad*: $GE_1,GE_2,GE_3>GE_4$ *Satisfacción:* $GE_1,GE_3>GE_2,GE_4$
1981	Peterson y Shigetomi	60 niños y padres	N: 2.5 - 10.5	**GC:** I preoperatoria **GE$_1$**: I + HA (relajación, distracción y autoinstrucciones) **GE$_2$**: I + MF **GE$_3$**: I +HA+ MF	**Niños** *Ansiedad, Cooperación e I.R.P.:* $GE_1,GE_3>GC,GE$ **Padres** *Ansiedad:* $GE_1,GE_3>GE_2,GE_4$ *Evaluación de la experiencia hospitalaria*: $GE_1,GE_3>GE_2,GE_4$
1982	Schwartz, Albino y Tedesco	45 niños	N: 3 - 4	**GC**: Rutina **GE$_1$**: Terapia de juego médico + I **GE$_2$**: Terapia de juego no relacionada con la cirugía	**Niños** *Ansiedad y Cooperación*: $GE_1>GE_2>GC$ **Padres no son evaluados**
1984	Peterson, Ridley-Johnson, Tracy y Mullins	41 niños	N: 2.5-9.8	**GC**: Control+(recorrido) **GE$_1$**: MF + I (recorrido) **GE$_2$**: MF+HA (relajación muscular, imaginación y autoinstrucciones) +I (recorrido)	**Niños** *Ansiedad, I.R.P.y A.P.*: $GE_1,GE_2>GC$ **Padres** *Ansiedad*: $GE_1,GE_2>GC$

ANEXO 1 (Continuación)

AÑO	AUTORES	SUJETOS	EDAD (Años)	GRUPOS	RESULTADOS
1984	Peterson, Schultheis, Ridley-Johnson, Miller y Tracy	44 niños y padres	N: 2 – 11	**GC**: Control (rutina) **GE_1**: MF (modelo: show marionetas) **GE_2**: MF (Modelo: niño actor; película comercial) **GE_3**: MF (Modelo: niño paciente, película local)	**Niños** *Ansiedad*: GE_1,GE_2,GE_3>GC **Padres** *Ansiedad:* GE_1,GE_2,GE_3>GC; GE_1>GE_2,GE_3
1985	Jay, Elliott, Ozolins, Olson y Pruitt	5 niños y padres	N:3-7	**GE**: MF+HA (relajación, imaginación)	**Niños** *Ansiedad*: S_1, S_2, S_3, S_4, S_5 ↓
1986	Bradlyn, Christoff, Sikora, O'Dell y Harris	24 niños y padres	N: 4 - 16	**GC**: Rutina (I procedimiento y recorrido) **GE_1**: MF (Hospital) + Rutina **GE_2**: MF (incluye HA: respiración profunda, imaginación, y autoinstrucciones)	**Niños** *Ansiedad y Cooperación*: GE_1=GE_2=GC **Padres** *Ansiedad*: GE_1=GE_2=GC
1986	Campbell, Clark y Kirkpatrick	26 niños y sus padres	N: 6 – 17	**GC**: I procedimientos y la hospitalización **GE**: IE (padres y niños)	**Niños** *Ansiedad, Cooperación y A.P.*: GE>GC **Padres** *Ansiedad*: GE>GC *Satisfacción*: GE=GC
1986	Twardosz, Weddle, Borden y Stevens	60 niños y padres	N: 3 - 12	**GE_1**: Clase preoperatoria **GE_2**: Clase preoperatoria en vídeo **GE_3**: Explicación de la enfermera	**Niños** *Observación comportamientos positivos en los puntos de estrés y Ansiedad*: GE_1=GE_2=GE_3 *Observación comportamientos negativos en los puntos de estrés*: GE_1>GE_2,GE_3 **Padres no son evaluados**
1986	Zastowny, Kirschenbaum y Meng	33 niños y padres	N: 6 -10	**GC**: MF+I **GE_1**: Control + HA ansiedad parental (relajación, minimización eventos estresantes) **GE_2**: Control + HA ansiedad niños (respiración y relajación, afrontamiento del estresor y práctica como entrenadores de sus hijos)	**Niños** *Ansiedad*: GE_1,GE_2>GC *Adaptación*: GE_2>GE_1,GC *I.R.P.*: GE_1=GE_2=GC *A.P.*: GE_2>GC **Padres** *Ansiedad*: GE_1,GE_2>GC *Satisfacción*: GE_1=GE_2=GE_3

ANEXO 1 (Continuación)

AÑO	AUTORES	SUJETOS	EDAD (Años)	GRUPOS	RESULTADOS
1987	Atkins	50 niños y padres	N: 4 -7	**GC**: Rutina **GE$_1$**: I (recorrido y manejo material médico) y M (muñecos)	**Niños** *Ansiedad*: GE>GC *Cooperación y A.P.*: GE=GC **Padres no son evaluados**
1988	Edwinson, Arnbörns-son y Ekamn	24 niños y padres	N:5 - 14	**GC**: Rutina **GE:** I (imágenes de la experiencia)	**Niños** *Ansiedad*: GE>GC **Padres** *Ansiedad*: GE>GC
1988	Vulcan y Nikulich-Barret	40 madres	N: 1 - 5 M: media 27.7	**GC**: I rutinaria **GE**: I (respuestas niño a la hospitalización) + MF (afrontamiento)	**Niños no son evaluados** **Padres** *Ansiedad*: GE >GC
1989	Pinto y Hollands-worth	60 niños y 30 padres	N: 2 - 12	**GC**: Control (rutina) **GE$_1$**: Vídeo narrado por adulto y presencia padres **GE$_2$**: Vídeo narrado por adulto y ausencia padres **GE$_3$**: Vídeo narrado por niño y presencia de padres **GE$_4$**: Vídeo narrado por niño y ausencia de padres	**Niños** *Ansiedad e I.R.P.*: GE_1,GE_3>GC,GE_2,GE_4 **Padres** *Ansiedad*: GE_1,GE_2,GE_3,GE_4>GC
1990	Fosson, Martin y Haley	50 niños y padres	N: 5 - 9	**GC**: Rutina **GE**: Juego médico y manejo material	**Niños** *Ansiedad*: GE=GC **Padres** *Ansiedad*: GE =GC
1990	Jay y Elliott	72 padres	N: 3 –12 P: 22 - 62	**GE$_1$**: Intervención centrada padres (Inoculación de estrés) **GE$_2$**: Intervención centrada niños (Terapia cognitiva + Valium vs. Terapia cognitiva)	**Niños no aportan resultados** **Padres** *Ansiedad*: GE_1>GE_2 *Apoyo al niño*: GE_1=GE_2
1990	Karl, Pauza Heyneman y Tinker	31 padres	N: 9 meses - 17	GE: Vídeo con información sobre el procedimiento y la anestesia y apoyo psicológico	**Niños no son evaluados** **Padres** *Ansiedad y Preocupaciones*: ↓
1990	Manne, Redd, Jacobsen, Gorfinkle y Schorr	23 niños	N: 3 - 9	**GC**: Atención placebo **GE:** Entrenamiento en HA (distracción, respiración profunda y refuerzo). Padres como entrenadores.	**Niños** *Ansiedad*: GE >GC Percepción de dolor: GE=GC **Padres** *Ansiedad*: GE>GC

ANEXO 1 (Continuación)

AÑO	AUTORES	SUJETOS	EDAD (Años)	GRUPOS	RESULTADOS

1991	Faust, Olson y Rodriguez	26 niños y padres	N: 4 - 10	**GC**: Control (I preoperatoria y manejo de material médico, padres ausentes) **GE_1**: M(modelo niño, madres ausentes) **GE_2:** M (modelo niño y madres ausentes)	**Niños** *Ansiedad*: GE_1>GE_2,GC *Adaptación*: GE_1=GE_2=GC **Padres no son evaluados**
1991	Robinson y Kobayashi	28 niños y padres	N: 4 - 13	**GE_1**: MF **GE_2**: MF + HA niño (relajación y pensamientos felices) **GE_3**: MF + HA niño + HA padres (relajación, pensamiento felices y autoinstrucciones)	**Niños** *Ansiedad*: GE_1=GE_2=GE_3 **Padres** *Ansiedad:* GE_1=GE_2=GE_3
1992	Campbell, Kirkpatrick, Berry, Penn, Waldman y Mathewson	50 madres	N: 1 - 4	**GC:** Control (rutina) **GE_1**: Educación / orientación + IE+ Psicoterapia breve + Rutina **GE_2:** I + Psicoterapia breve + Rutina **GE_3**: Educación/ orientación + Rutina	**Niños** *Ansiedad, Cooperación y A.P.*: GE_1,GE_2>GE_3,GC **Padres** *Ansiedad*: GE_1,GE_2,GE_3>GC
1992	Polaino-Lorente y Lizasoaín	40 niños y padres	N: 8 - 12	**GC**: Rutina **GE**: I (recorrido) y HA (relajación, imaginación y entrenamiento en habilidades sociales)	**Niños** *Ansiedad, Depresión, Autoconcepto y Habilidades Sociales*: GE>GC *Locus de Control*: GE interno, GC externo **Padres** *Clima Social, Estresores Parentales, Satisfacción con la Hospitalización y Locus de Control*: GE_1=GC
1994	Blount, Powers, Cotter, Swan y Free	3 niños y padres	N: 4 -7	**GE**: Entrenamiento en **HA**: Niños: imaginación /distracción y respiración profunda **Padres**: Entrenamiento como paraprofesionales, facilitar estas HA en los momentos adecuados	**Niños** *Ansiedad*: S_1,S_2,S_3 ↓ *Conductas de Afrontamiento*: S_1,S_2,S_3↑ **Padres** *Conductas de Promoción del Afrontamiento*: S_1,S_2 S_3 ↑

ANEXO 1 (Continuación)

AÑO	AUTORES	SUJETOS	EDAD (Años)	GRUPOS	RESULTADOS

1994	Ellerton y Merriam	75 niños y padres	N: 3 - 15	**GC**: Control **GE**: MF + I (Efectos anestesia. Recorrido hospitalario y material impreso)	**Niños** *Ansiedad:* GE>GC **Padres** *Ansiedad*: GE =GC
1994	Lynch	30 niños y padres	N: 3 – 10	**GC**: (Rutina) **GE**: MF+ I procedimental y sensorial	**Niños** *Ansiedad y Cooperación*: GE>GC **Padres no son evaluados**
1994	Melnyk	108 madres	N: 2 - 5 M: 21-44	**GC**: Control **GE$_1$**: I sobre rol parental **GE$_2$**: I sobre el comportamiento niño **GE$_3$**: Ambos tipos de I	**Niños** *A.P.*: GE_1>GE_2,GE_3>GC **Padres** *Ansiedad y Participación en el Cuidado Parental:* GE_1,GE_2,GE_3>GC *Apoyo durante los Procedimientos Invasivos*: GE_1,GE_2,GE_3>GC; GE_3>GE_1
1995	Campbell, Kirkpatrick, Berry y Lamberti	48 niños y madres	N:4-12	**GC**: Rutina **GE**: I + MF + HA (relajación e imaginación)	**Niños** *Ansiedad y A.P.*: GC=GE I..R.: GC=GE **Padres** *Ansiedad*: GC=GE
1996	Kain, Mayes y Caramico	163 niños y padres	N: 2 -10	**GC**: Rutina **GE**: I (Operación, Recorrido + Juego médico)	**Niños** *Ansiedad y A.P.*: GC=GE **Padres** *Ansiedad*: GC>GE
1996	Polaino-Lorente y Pozo	30 niños y padres	---	**GC**: Rutina **GE**: Relajación, Terapia cognitiva, Preparación ante el estresor y entrenamiento en Habilidades Sociales	**Niños** *Ansiedad y Estrés*: GE>GC **Padres** *Estrés Parental ante los Tratamientos*: GE>GC
1997	Burke, Handley-derry, Costello, Kauffmann y Dillon	50 niños y padres	N: 7-17 P: 25-56	**GC**: Rutina **GE**: AE+I	**Niños** *A.P.:* GC=GE **Padres** *Ansiedad*: GE>GC *Afrontamiento*: GE>GC
1997	Chambers, Reid, McGrath, Finley y Ellerton	82 padres	N:2-12	**GC**: I (hospitalización) **GE$_1$**: I (evaluación y control dolor) **GE$_2$**: I (control dolor)	**Niños no son evaluados** **Padres** *Control del dolor*: GC=GE_1=GE_2

ANEXO 1 (Continuación)

AÑO	AUTORES	SUJETOS	EDAD(Años)	GRUPOS	RESULTADOS

1997	Melnyk, Alpert-Gullis, Hensel, Cable-Beiling y Rubenstein	30 madres	N: 1 – 6 M: 18-43	**GC**: I: UCI Hospital Libro de actividades **GE**: I: Respuestas del niño a la enfermedad Facilitar al niño la adaptación Libro de trabajo con actividades	**Niños** *A.P.*: GE=GC **Padres** *Ansiedad*: GE>GC *Apoyo parental durante los procedimientos invasivos:* GE>GC *Cuidado físico y emocional del niño*: GE>GC *Síntomas de estrés postraumático*: GE>GC

I.R.P.: Índices de recuperación postquirúrgica; **A.P**.: Ajuste Posthospitalario; **A.E**.: Apoyo Emocional; **I:** Información; **MF**: Modelado Filmado; **M**: Modelado; **HA**: Habilidades de Afrontamiento; **I.E**.: Inoculación de Estrés; **S**: sujeto