

Evaluación de la respuesta psicológica perioperatoria en la cirugía de corta estancia hospitalaria

M.V. Moñiz Mora^a, F.J. Vaz Leal^a y F. Vázquez Rueda^b

^aDepartamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Extremadura. ^bServicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

(*An Esp Pediatr* 2000; 53: 229-233)

Objetivo

Evaluar las características de la respuesta psicológica perioperatoria en niños sometidos a cirugía de corta estancia hospitalaria.

Pacientes y métodos

Se analizan psicológicamente, antes y a los 7 días de la intervención, 100 niños de 6-14 años y sus familias, sometidos a cirugía electiva bajo anestesia general, en régimen de hospitalización de corta estancia. Evaluación preoperatoria del niño: STAIC, HFRS, EPQ-J, CDS y TAMAI, y de sus padres: FACES-III, SCRS y FILE. Evaluación postoperatoria del niño: STAIC y CDS. Agrupación de variables mediante análisis factorial: factor 1: estado clínico psicopatológico (CDS y STAIC-E); factor 2: personalidad (EPQ-J y STAIC-R) y capacidad de adaptación (TAMAI); factor 3: ansiedades y temores específicos (HFRS). Test de Student de muestras apareadas para la comparación variables clínicas.

Resultados

De todos los pacientes (83 V/17 M), un 66% tenía 6-8 años de edad ($\bar{X} \pm DE$: 8,17 \pm 2,10). En el varón, el diagnóstico más frecuente fue fimosis y en la niña, la hernia inguinal. Presentaron ingresos hospitalarios previos 41 niños, 29 de ellos por cirugía. El análisis factorial de las variables explicó un 46,8% de la variancia. Existe disminución en STAIC-E y STAIC-R postoperatorios. Las niñas muestran mayor puntuación que los varones en el HFRS. Existe disminución en el STAIC-E en los niños con hospitalización previa. Los valores del FILE < 12 meses se correlacionan con elevaciones del STAIC-R.

Conclusiones

La cirugía de corta estancia hospitalaria provoca bajos niveles de ansiedad en niños, no observando valores del STAIC-R o STAIC-E sugestivos de alteraciones de ansiedad o neurosis. Las niñas presentan mayor ansiedad y temores específicos ante la cirugía. La hospitalización

previa, con o sin cirugía, disminuye la ansiedad. Los conflictos familiares en el año anterior a la cirugía provocan mayor ansiedad y depresión en el niño.

Palabras clave:

Hospitalización de día. Ansiedad. Trastornos de conducta. Niño. Cirugía.

EVALUATION OF PREOPERATIVE PSYCHOLOGICAL RESPONSE TO SHORT-STAY AMBULATORY SURGERY

Objective

To determine the psychological response in children undergoing short-stay ambulatory surgery.

Patients and methods

A prospective psychological analysis of 100 children, aged 6 to 14 years of age, who underwent general anesthesia, elective surgery and short-stay hospitalization. Children and their parents were analyzed before and 7 days after surgery. STAIC, HFRS, EPQ-J, CDS, and TAMAI were used in the preoperative evaluation of the children. FACES-III, SCRS, and FILE were used in the preoperative evaluation of their parents. Postoperative behavioral responses in children were evaluated at 7 days (STAIC and CDS questionnaires). Variables were studied by factorial analysis (varimax rotational). Factor 1: psychological responses (CDS, STAIC-E); factor 2: personality (EPQ-J and STAIC-R) and adaptability (TAMAI); factor 3: anxiety and hospital fears (HFRS). Student's paired t-test was used to compare clinical variables.

Results

Sixty-six percent of the children (83 males and 17 females) were aged 6 to 8 years ($\bar{X} \pm SD$: 8.17 \pm 2.10). The most frequent diagnosis in boys was phimosis and that

Correspondencia: Dra. M.V. Moñiz Mora. Nicolás Albornoz, 7, 1.º dcha. 14940 Cabra. Córdoba.

Recibido en marzo de 2000.

Aceptado para su publicación en junio de 2000.

in girls was inguinal hernia. Forty-one children had previously been hospitalized, of which 29 had undergone surgery. Factorial analysis of the variables explained 46.8% of variance. STAIC-E and STAIC-R scores significantly decreased in the postoperative period. Girls had higher HFRS scores than boys. STAIC-R scores were lower in previously hospitalized children. FILE values in the previous 12 months correlated with increased STAIC-R scores.

Conclusions

Elective ambulatory surgery in children minimizes emotional disruption to the child. In this study no differences were observed in the STIC-R and STAIC-E scores before and after surgery. Girls had higher levels of anxiety and fear of surgery. Previously hospitalized children, with or without surgery, had lower anxiety levels. Family problems during the 12 months prior to surgery increased the children's anxiety and depression.

Key words:

Short-stay hospitalization. Anxiety. Behavioral disorders. Child. Surgery.

INTRODUCCIÓN

Los estímulos de tensión física, psicológica o social pueden afectar al niño y determinar una alteración de su equilibrio adaptativo y la aparición de un estado de enfermedad. En estos casos, sus defensas psicológicas, así como sus mecanismos de adaptación conductual y social, pueden ser necesarios para mantener el equilibrio.

De la capacidad adaptativa del niño en el momento de la experiencia causante del estrés, así como de la naturaleza, duración e intensidad del estímulo, va a depender que se produzca un estado de equilibrio o un importante colapso adaptativo con una descomposición temporal del crecimiento y desarrollo.

La conducta del niño ante la enfermedad, la hospitalización y la intervención quirúrgica es diferente a la del adulto, ya que necesita del apoyo de sus padres y familiares, no participa de la decisión del ingreso hospitalario y carece de los mecanismos de autodefensa efectivos para afrontar estas situaciones de estrés¹⁻⁴.

El objetivo de este estudio es analizar las características de la respuesta psicológica perioperatoria en niños sometidos a cirugía de corta estancia hospitalaria y de su familia, basándonos en que podrían existir determinados factores psicológicos y psicopatológicos relativos al niño y su familia que podrían influir en el estado clínico postoperatorio del paciente.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se analizan psicológicamente un total de 100 niños de ambos sexos, con edades comprendidas entre 6 y 14 años, que iban a ser sometidos a una intervención quirúrgica con anestesia general, en el servicio de cirugía

pediátrica de nuestro hospital, en régimen de corta estancia. Asimismo, fueron evaluados psicológicamente sus familias para conocer el medio en el que vivían los niños.

Fueron excluidos del estudio todos aquellos niños con algún defecto físico y/o psíquico, los mayores de 6 años de edad con retraso escolar o sociocultural del niño y/o de su familia y los pacientes o familiares que expresaron su negativa a participar en el estudio o que lo abandonaron.

El niño acudía por primera vez a la consulta acompañado de sus padres o tutores y se practicaba la recogida de datos de la historia clínica (nombre, edad, sexo, lugar de residencia, motivo de consulta, antecedentes familiares y antecedentes personales, entre los que se especificaban las hospitalizaciones previas y/o intervenciones quirúrgicas previas) y se realizaba la exploración física. Una vez realizado el diagnóstico e indicada la cirugía, se le citaba el día de la intervención, por la mañana en ayunas, y se realizaba el estudio preanestésico, ingresando en la unidad de cirugía de corta estancia hospitalaria acompañado de sus padres, donde se realizaba la historia de enfermería: toma de constantes, peso, hora de la última ingesta y resto de exploraciones indicadas por el médico.

La evaluación psicológica preoperatoria del niño se llevó a cabo mediante los siguientes cuestionarios:

- STAIC (State-Trait Anxiety For Children). Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en niños⁵.
- HFRS (Hospital Fears Rating Scale). Escala de evaluación del miedo hospitalario⁶. Consta de 3 subescalas: MF (miedo médico), HF (miedo hospitalario) y NF (miedo no médico). Todos los estímulos del miedo están relacionados sobre una escala de 1 a 5. Una puntuación más alta refleja una mayor magnitud del miedo.
- EPQ-J (Eysenck Personality Questionnaire-Junior). Cuestionario de personalidad para niños⁷. Evalúa las 3 dimensiones básicas de la personalidad: neuroticismo (escala N), extraversión (escala E) y psicoticismo o dureza (escala P), así como la sinceridad (escala S) y la propensión a la conducta antisocial (escala CA).
- CDS (Childrens Depression Scale). Cuestionario de depresión para niños⁸. Contiene 66 elementos, 48 de tipo depresivo y 18 de tipo positivo, que se entremezclan: Total depresivo con 6 subescalas (RA: respuesta afectiva; PS: problemas sociales; AE: autoestima; PM: preocupación por la muerte/la salud; SC: sentimiento de culpabilidad; DV: depresivos varios) y total positivo con 2 subescalas (AA: ánimo-alegría; PV: positivos varios).
- TAMAI. Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil⁹. Permite obtener información sobre las valoraciones, actitudes y comportamientos de los niños respecto a sí mismos, a la relación social, al ámbito escolar y familiar, de forma que permite evaluar la adap-

tación del niño en estas áreas. Consta de 5 escalas: P (inadaptación personal), E (inadaptación escolar), S (inadaptación social), F (insatisfacción con el ambiente familiar), H (insatisfacción con los hermanos).

– SCRS (Self-Control Rating Scale). Escala de medida del autocontrol¹⁰. Es un instrumento diseñado para medir el grado para que una conducta de un niño pueda ser descrita como autocontrolada según el criterio de sus padres o tutores.

La evaluación del medio familiar en el que vivía el niño se realizó mediante los cuestionarios:

– FACES – III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale). Escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar¹¹. Está basada en la existencia de 3 dimensiones centrales de la conducta familiar: cohesión, adaptabilidad y comunicación. Valora cómo cada miembro de la familia ve a su propia familia y cómo le gustaría que fuese su familia ideal.

– FILE (Family Inventory of Life Events and Changes). Inventario de los acontecimientos y cambios vividos en la familia¹². El cuestionario consta de 71 ítems designados para medir los sucesos accidentales de la vida experimentados por una familia, como índice del estrés familiar, durante los últimos 12 meses y antes de los últimos 12 meses, como son: sucesos intrafamiliares, sucesos matrimoniales, embarazo y parto, finanzas y negocios, transiciones y sucesos en el trabajo familiar, sucesos sobre cuidados y enfermedad familiar, pérdidas, transiciones de entrada y salida, violaciones legales de la familia.

Cuando el paciente iba a ser intervenido, era acompañado por sus padres hasta la sala de preanestesia, donde quedaba a cargo de una enfermera a la espera de ser intervenido. Durante este tiempo se le distraía con dibujos y juguetes. Una vez finalizada la intervención quirúrgica, el niño pasaba a la sala de reanimación anexa al quirófano y posteriormente, cuando estaba despierto, volvía a la unidad de hospitalización de corta estancia, donde se seguían los controles habituales hasta que el enfermo iniciaba la tolerancia oral. Si no existían complicaciones se daba el alta hospitalaria, citándolo a la consulta externa a los 7 días después de la intervención quirúrgica, adjuntando, junto con el informe de alta, los cuestionarios (STAIC y CDS) que debería contestar el niño, el día anterior a la revisión.

Para el análisis estadístico de los resultados de cada una de las variables estudiadas, se utilizó el programa estadístico SPSS para Windows^{13,14}. Las variables clínicas estudiadas se agruparon mediante el método de rotación varimax de análisis factorial. Se aplicó el test de la t de Student para muestras apareadas para comparar los resultados de las distintas variables. Se utilizó el test ANOVA de una vía para analizar la influencia del sexo, de los

ingresos hospitalarios previos y de la experiencia quirúrgica previa, en la evolución psicológica postoperatoria del niño. Para estudiar la influencia de la edad y de los acontecimientos vitales se realizó un análisis de regresión.

RESULTADOS

Del total de 100 niños estudiados, 83 eran varones y 17 niñas, con una media de edad de ($\bar{X} \pm DE$) 8,17 \pm 2,10 años, y un rango comprendido entre 6 y 13 años. El 66% de los niños tenían entre 6 y 8 años. En cuanto a la relación edad-sexo, se observó que no existían diferencias significativas tras la aplicación de ANOVA de una vía, con un valor de $F = 0,382$, que corresponde a una $p = 0,538$.

Entre las patologías quirúrgicas que presentaron los niños objeto de nuestro estudio, en el varón la más frecuente fue la fimosis, y en la niña la hernia inguinal unilateral. Once pacientes presentaron más de un proceso quirúrgico, de los que fueron intervenidos en el mismo acto operatorio (tabla 1).

Del total de niños analizados, 41 presentaron antecedentes de ingresos hospitalarios previos. De ellos, 29 niños habían sido sometidos a cirugía previa por otra patología y en 12 niños, la hospitalización era por causa no quirúrgica. Los 59 niños restantes nunca habían sido ingresados.

Para agrupar en categorías las variables clínicas estudiadas, se realizó un análisis factorial de las mismas (método de rotación varimax), el cual aportó una solución basada en 3 factores, que explican el 46,8% de la varianza. Estos factores agrupaban:

– Factor 1. Indicador del estado clínico psicopatológico, es decir, los ítems relacionados con la depresión (CDS) y el estado de ansiedad (STAIC-E).

– Factor 2. Agrupó las variables relacionadas con la personalidad (EPQ-J), ansiedad-rasgo (STAIC-R) y adaptación (TAMAI).

– Factor 3. Expresó ansiedades y temores específicos, mediante la aplicación del HFRS.

TABLA 1. Procesos quirúrgicos en el total de pacientes

Diagnósticos	N.º de pacientes
Fimosis	52
Hernia inguinal unilateral	25
Hernia inguinal bilateral	4
Criptorquidia unilateral	3
Criptorquidia bilateral	3
Hernia umbilical	1
Hernia epigástrica	1
Fimosis + hernia inguinal unilateral	6
Fimosis + hernia inguinal bilateral	1
Hernia inguinal unilateral + criptorquidia unilateral	3
Hernia inguinal bilateral + hernia epigástrica	1

Para comparar los resultados de las distintas variables relacionadas con la evolución psicológica del niño en el período postoperatorio, se aplicó el test de la *t* de Student para muestras apareadas, analizando las diferencias existentes entre las puntuaciones en las subescalas del STAIC y CDS, antes y después de la intervención. Los valores de *t* y *p* presentaban significación estadística ($p < 0,05$), excepto los valores de *p* para CDS-AA, CDS-PS y CDS-PV, en los que no fueron significativos.

La influencia de la variable sexo en la evolución psicológica del niño se estudió mediante la aplicación de un análisis de variancia de una vía, demostrando que no existían diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos, excepto cuando se utilizó el cuestionario HFRS para miedos no relacionados con el médico o con el hospital (NF), y HFRS miedo total (TF): miedo médico, miedo al hospital y miedo no relacionado; en ambos casos indicaba una mayor puntuación de miedo en las niñas (HFRS-NF: $25,94 \pm 6,16$ y HFRS-TF: $73,53 \pm 11,46$) que en los varones (HFRS-NF: $21,48 \pm 6,32$, y HFRS-TF: $64,30 \pm 14,67$) ($p < 0,01$).

Mediante un análisis de regresión se analizó la influencia del factor edad en la evolución del niño, observando diferencias estadísticamente significativas en los ítems del STAIC-R, CDS-AE y TAMAI-F preoperatorios ($p < 0,01$).

Para conocer la posible influencia de la hospitalización previa, en los niños intervenidos en régimen de hospitalización de corta estancia, se realizó un análisis de variancia (ANOVA) de una vía, obteniéndose diferencias significativas para los ítems STAIC-E preoperatorio ($p < 0,01$) y TAMAI-H ($p < 0,05$). Asimismo, para comprobar la influencia de las experiencias quirúrgicas previas se realizó un ANOVA de una vía, observándose que no existían diferencias estadísticamente significativas con respecto a aquellos niños que no habían sido intervenidos anteriormente.

Para establecer la posible relación entre los acontecimientos vitales del medio familiar del niño y su repercusión en la evolución psicológica, se hizo un análisis de regresión comparando los resultados del FILE y STAIC (E y R) con el CDS-TD. Se obtuvo un valor significativo en el apartado del FILE correspondiente a los aspectos del ámbito matrimonial anteriores al último año, que se manifestaban en el STAIC-R ($p < 0,001$).

DISCUSIÓN

Analizando las diferencias existentes, en nuestro estudio, entre los cuestionarios STAIC y CDS, en los períodos preoperatorio y postoperatorio, se observa que existen diferencias estadísticamente significativas en todos los ítems de ambos cuestionarios, excepto en el CDS-PS (problemas sociales) y CDS-PV (positivos varios) antes y después de la intervención.

Coincidimos con los datos aportados por otros autores en que los niños con elevada ansiedad-rasgo (STAIC-R)

presentan elevaciones de la ansiedad-estado (STAIC-E) más frecuentemente y con mayor intensidad que los niños con baja ansiedad rasgo, ya que los primeros perciben un mayor número de situaciones peligrosas o amenazadoras^{5,15}.

En general, se observa una disminución de las puntuaciones del STAIC-E y STAIC-R en el período postoperatorio, lo que sugiere que no existe un aumento de la ansiedad como estado o rasgo tras la intervención quirúrgica, incluso en aquellos niños con un elevado STAIC-R que están predispuestos para responder con elevaciones del STAIC-E. Ello demuestra, en nuestra opinión, que la cirugía de corta estancia es un procedimiento que provoca bajos grados de ansiedad en los niños y, por ello, un modo positivo de abordar los problemas quirúrgicos en la infancia. En general, no se observan valores de STAIC-R ni de STAIC-E que sugieran trastornos de ansiedad o tendencias neuróticas^{16,17}.

La mayor puntuación de las niñas en la escala HFRS sugiere que éstas tienen una mayor predisposición al miedo en general⁶; por tanto el sexo parece influir en el sentido de que las niñas presentan mayores temores específicos ligados a la situación quirúrgica que los niños. En nuestro estudio los niños han obtenido puntuaciones más elevadas que las niñas en las subescalas del EPQ-J, pero en ningún caso éstas han sido estadísticamente significativas, como refieren otros autores⁷. Al igual que otros estudios, hemos observado que las niñas obtienen puntuaciones superiores en las subescalas del CDS-DV (depresivos varios) y CDS-PM (preocupación por la muerte), pero con puntuaciones muy similares a las de los niños^{7,8}. En el resto de los cuestionarios analizados los valores no se han visto influenciados por el sexo.

En cuanto a la edad, nuestros resultados sugieren que puede afectar a su evolución psicológica dependiendo del grado de ansiedad y autoestima del niño demostrables por el STAIC-R y por el CDS-AE, en el sentido que los niños más pequeños presentarían mayores rasgos de ansiedad y menor autoestima cuando se ven enfrentados a la cirugía. Mediante el TAMAI-F hemos observado cómo el grado de insatisfacción con el ambiente familiar del niño influye negativamente en la evolución postoperatoria, existiendo diferencias significativas dependiendo de la edad⁹.

Estos resultados indican que aquellos niños con ingresos hospitalarios previos, pero con buenas experiencias en el hospital, con independencia de que hubiesen sido o no sometidos a una intervención quirúrgica, manifestaban una menor ansiedad preoperatoria, lo que podría sugerir que aquellos niños sin experiencia anterior vivirán como más amenazadora su situación de ingreso hospitalario. Por otra parte, los pacientes con ingresos previos presentan relaciones de insatisfacción hacia sus hermanos, demostrables por elevaciones en el

TAMAI-H^{6,9,15,18-20}. Según nuestra experiencia, existe disminución en la ansiedad-estado preoperatoria en los niños hospitalizados previamente, con independencia de que se hayan tratado de experiencias médicas o quirúrgicas. Estos resultados podrían ser explicados por el hecho de que los niños intervenidos previamente, en nuestro caso, lo hubiesen sido también en régimen de hospitalización de día^{15,21-26}. Sin embargo, la existencia de una mala experiencia previa durante la hospitalización, sobre todo cuando no es en régimen de hospitalización de día, o en los acontecimientos médicos previos, son variables que pueden predecir una mayor ansiedad preoperatoria en el niño^{6,15,21,27}.

Los resultados del FILE en los apartados correspondientes al ámbito matrimonial antes de los 12 últimos meses, respecto al rasgo del STAIC, sugieren que aquellos niños que tuvieron acontecimientos vitales en el ámbito familiar anteriores al último año presentaban mayores grados de ansiedad-rasgo y depresión ante la cirugía, lo que podría confirmar la interrelación entre los factores asociados a la familia y la respuesta perioperatoria del niño^{28,29}.

Por tanto, la detección en niños pequeños, preferentemente niñas, de temores intensos y de conflictos familiares recientes podría hacer necesaria una intervención psicológica específica en el período preoperatorio, para reducir el impacto general de la experiencia quirúrgica en su estado psicopatológico.

A la vista de nuestros resultados, la cirugía de corta estancia hospitalaria parece un régimen aconsejable, al producir un impacto psicológico poco intenso y fácilmente reversible en la mayoría de los niños intervenidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Prugh DG, Eckhardt LO. Reacciones infantiles a la enfermedad, la hospitalización y la cirugía. En: Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ, editores. Tratado de Psiquiatría (2.ª ed.). Tomo II. Barcelona: Salvat S.A., 1982.
2. Wolffs E. Enfermedad y hospitalización. En: Trastornos psíquicos del niño, causas y tratamiento. Madrid: Ed. Siglo XXI, 1978.
3. Spitz RA. Hospitalism: a inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. En: The psychoanal study of the child. Vol 1. Nueva York: Internat Univ Press, 1945; 110-118.
4. Flórez JA, Valdés C. Ambiente hospitalario y ansiedad infantil. Rev Pediatr 1989; 57: 11-13.
5. Spielberger CD, Edwards CD, Lushene RE, Montuori J, Platzeck D. STAIC: Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en niños. Madrid: TEA ediciones S.A., 1990; 3-18.
6. Melamed BG, Lumley MA. Hospital Fears Rating Scale. En: Hersen M, Bellack AS, editores. Dictionary of behavioral assessment techniques. Nueva York: Pergamon Press, 1990; 480-481.
7. Eysenck HJ, Eysenck SBG. EPQ-A y J: Cuestionario de Personalidad para Niños y Adultos (7.ª ed.). Madrid: TEA ediciones S.A., 1995; 5-31.
8. Lang M, Tisher M. Cuestionario de Depresión para Niños: CDS (4.ª ed.). Madrid: TEA ediciones S.A., 1994; 6-32.
9. Hernández P. TAMAI: Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (3.ª ed.). Madrid: TEA ediciones S.A., 1996; 7-47.
10. Kendall PC, Wilcox LE. Self-control in children: development of a rating scale. J Consult Clin Psychol 1979; 47: 1020-1029.
11. Olson DH. Circumplex Model VII. Validation studies and FA-CES-III. Fam Proc 1986; 25: 337-351.
12. McCubbin HI, Thompson A. Family assessment inventories for research and practice. Madison: University of Wisconsin, 1991.
13. Álvarez Cáceres R. Estadística multivariante y no paramétrica con SPSS. Aplicación a las ciencias de la salud (1.ª ed.). Madrid: Editorial Díaz de Santos, 1994.
14. Juez Martel P, Díez Vegas FJ. Probabilidad y estadística en medicina (1.ª ed.). Madrid: Editorial Díaz de Santos, 1997.
15. Kain Z, Mayes L, O'Connor TZ, Cicchetti V. Preoperative anxiety in children. Predictors and outcomes. Arch Pediatr Adolesc Med 1996; 150: 1238-1245.
16. Giráldez MT, López-Ibor JM. Estudio de prevalencia de posible patología psíquica en un servicio de cirugía pediátrica. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr 1987; 15: 87-92.
17. Polaino-Lorente A. Los trastornos afectivos en la infancia. Las depresiones infantiles. En: Rodríguez-Sacristán, editores. Psicopatología del niño y del adolescente. Tomo I. Universidad de Sevilla, 1995; 655-688.
18. Dahlquist LM, Gil KM, Bird BL. Behavioral management of children's distress during chemotherapy. J Behav Ther Exp Psychiat 1985; 16: 325-333.
19. Kass E, Kogan SJ, Manley C, Wacksman JA, Klyklyo W, Meza A et al. Timing of elective surgery on the genitalia of male children with particular reference to the risks, benefits, and psychological effects of surgery and anesthesia. Pediatrics 1996; 97: 590-594.
20. Cullen K, Mesa PJ, Martínez A, Blanco A. Formulación de un programa de preparación psicológica a la intervención quirúrgica en pediatría. Anal Mod Conduc 1990; 16: 209-228.
21. Ellerton ML, Merriam C. Preparing children and families psychologically for day surgery: an evaluation. J Adv Nurs 1994; 19: 1057-1062.
22. Peterson L, Shigatomi C. The use of coping techniques to minimize anxiety in hospitalized children. Behav Ther 1981; 12: 1-14.
23. Payne KA, Coetzee AR, Mattheyse FJ, Heydenrych JJ. Behavioral changes in children following minor surgery. Acta Anaesthesiol Belg 1992; 43: 173-179.
24. Encinas A, Hernández JM, Benavent MI, Matute JA, Gómez A, Berchi FJ. Cirugía de corta estancia. Experiencia de un servicio de cirugía pediátrica. Cir Pediatr 1995; 8: 58-62.
25. Norris E. Care of the paediatric day-surgery patient. Br J Nurs 1992; 8: 547-551.
26. Paredes RM, Ocaña JM, Vázquez F, Escassi A, Castillo R. Nuestra experiencia en un hospital de día quirúrgico. An Esp Pediatr 1994; 40: 198-200.
27. Gaona JM, Pérez de Sobrino R, Ocaña JM, Romanos A, Castilla del Pino C. Iatrogenia psicológica en el niño postquirúrgico. An Esp Pediatr 1985; 23: 335-341.
28. Benter SE. Perceived seriousness of children's surgery and family adaptability and cohesion. JCPN 1991; 4: 137-142.
29. Brophy CJ, Erickson MT. Children's self-statements and adjustment to elective outpatient surgery. J Dev Behav Pediatr 1990; 11: 13-16.