



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

Evaluación de la modificación del autoconcepto infantil como consecuencia de la hospitalización

O. Lizasoain (1), A. Polaino (2)

(1) Licenciada en Pedagogía. Universidad de Navarra. (2) Catedrático de Psicopatología. Universidad Complutense.

Resumen

En esta comunicación, los autores revisan teóricamente el término autoconcepto, señalando la relevancia que en las actuales psicología clínica y de la salud tiene dicho concepto. Se atiende a las modificaciones que, como consecuencia de la enfermedad y la hospitalización, se operan sobre este constructo en el niño enfermo. El trabajo incluye un análisis sobre la evaluación del autoconcepto, revisando críticamente el alcance y la validez que tienen los diferentes instrumentos que han venido empleándose para su evaluación durante las dos últimas décadas. Por último, se enfatiza la posibilidad de diseñar estrategias de modificación comportamental-cognitiva del autoconcepto, de manera que puedan objetivarse sus efectos a través de los instrumentos y escalas de evaluación en este momento disponibles.

Palabras clave

Autoconcepto, enfermedad física, hospitalización, niño.

EVALUATION OF CHANGES OF CHILDREN'S SELF-IMAGE AS A CONSEQUENCE OF HOSPITALISATION

Summary

Within the contemporary clinical and health psychology there has been a revitalization of interest in the self-concept construct. The present paper was conducted to examine the effect of illness and development of the ill children's self concept. The study focuses on the measurement of self-concept, reviewing the psychometric properties of scales that more frequently have been applied in the two last decades. Intervention strategies for a cognitive-behavioral modification of self concept in hospitalized pediatric patients are discussed.

Key Words

Self-concept; Physical illness; Hospitalization; Children.

ACTA PEDIATR. ESP. (46) 1: 13-18 (1988)

La hospitalización infantil y sus consecuencias

El proceso de desarrollo infantil está sujeto a las interacciones entre el niño y su ambiente; como consecuencia de una enfermedad, estas interacciones obviamente, se alteran. El modo en que la enfermedad afecta el normal proceso de desarrollo dependerá de diversos factores, entre los cuales la naturaleza de la enfermedad que se padezca ocupa un puesto privilegiado. Pero no toda alteración del desarrollo —entendido este término en la máxima amplitud que afecta al ser bio-social que es el niño—, debe reducirse a la específica naturaleza de la enfermedad padecida que, por otra parte, es casi impermeable a nuestras acciones modificadoras. Es preciso estudiar otras variables, como la severidad de la enfermedad, el momento evolutivo en el que ésta emerge, los antecedentes personales y familiares del niño, el pronóstico, las limitaciones y retrasos asociados que conlleva, la historia biográfica y de los refuerzos/aversiones a que el niño ha estado sometido, el temperamento, la respuesta de los padres, hermanos, compañeros, profesores, pediatras y otros profesionales en contacto con el niño.

Entre las consecuencias de la enfermedad sobre el desarrollo social, emocional y cognitivo del niño, no debe marginarse por su vital importancia —incluso para la evolución de dicha enfermedad— el autoconcepto, término éste que a pesar de su ambigüedad, constituye uno de los más importantes pilares sobre los que se ha de fundar la identidad personal y con ella, la adaptación al medio, las expectativas, el nivel de aspiraciones, el rendimiento escolar, el estilo atribucional del niño, etc.

El descubrimiento de una enfermedad hace del niño un ser especialmente vulnerable; frecuentemente, los niños enfermos crónicos manifiestan gran dependencia, pobre control sobre sus impulsos, una tenue autoimagen (debilidad del yo) y débil sentimiento de autoeficacia, como resultado de las restricciones que le son impuestas en su interacción con el medio. Un niño que requiera frecuentes visitas al médico, régimen de comidas, medicación regular, hospitalización, etc., es etiquetado por los demás como diferente y esta diferencia constituye un importante ingrediente en la configuración de su identidad personal.

La reducción de las oportunidades de éxito, la limitación de las expectativas, del establecimiento de metas y posibilidades de ejecución, problematiza el desarrollo de un autoconcepto positivo.

Con el término «images of illness», imágenes de enfermedad, Viney (1983) hace referencia a la imagen corporal que se autoconstruye cualquier sujeto con una enfermedad determinada. Esta autoimagen influirá decisivamente su comportamiento, originando ciertos sentimientos, entre los que se encuentran más frecuentemente la inseguridad, la ansiedad, la indefensión, la depresión, el aislamiento y el temor.

Independientemente de cuál sea el impacto de la enfermedad sobre el esquema corporal del niño, el hecho es que antes o después, a causa de ella, éste tendrá que afrontar la **hospitalización** (sea únicamente

te para su exploración y diagnóstico, o sea para el tratamiento transitorio, más o menos prolongado).

Las alteraciones psicológicas desencadenadas por efecto de la hospitalización dependerán de muy variados factores: diferencias individuales de los sujetos, edad, naturaleza y severidad de la enfermedad, duración de la estancia en el hospital, características y organización del centro hospitalario, relaciones con el pediatra, médicos y enfermeras, experiencias médicas previas, etc. De otro lado, hay numerosas variables asociadas al hecho mismo de la hospitalización. Nos referimos a la separación del entorno familiar, al contacto con un ambiente extraño, a los continuos cambios del personal hospitalario, que no posibilitan o explícitamente dificultan la emergencia de la conducta sustitutiva de apego en el niño.

Otros investigadores (Alcañiz y Buceta, 1981) defienden que los efectos negativos que en los niños puede causar la institucionalización, no dependen exclusivamente del hecho mismo de la institucionalización, sino de sus características. Con todo, la mayoría de las investigaciones muestran que las alteraciones emocionales son frecuentes entre los sujetos hospitalizados, especialmente las relacionadas con la depresión y la ansiedad, que se postulan como los efectos más frecuentes de la hospitalización infantil. Como una pequeña muestra de lo que acabamos de afirmar, confrontar las recientes publicaciones de Carmel (1985), Dahlquist (1986), Eason (1985), Kuiper (1985), Tichman (1986).

Cuando un niño padece una enfermedad, se genera un conflicto. Si dicha enfermedad es lo suficiente severa como para precisar la hospitalización del sujeto, el conflicto se hace diferente. El sujeto debe, entre otras cosas, integrarse en un sistema nuevo, lo que origina otra fuente de tensiones y conflictos. El paciente debe adaptarse a cambios físicos (provocados por el tratamiento, una intervención, la inmovilización requerida) y a nuevas rutinas de alimentación, sueño, tratamientos médicos, etc. Se restringen las oportunidades de contacto con familiares y amigos, al tiempo que se presenta la necesidad de relacionarse con el personal del centro (pediatras, enfermeras...) y, en general, con todo el ámbito clínico.

Los médicos, enfermeras, personal de mantenimiento y limpieza, pueden aportar al paciente un importante apoyo moral, potenciando la interacción social. Dado que en la clínica, los niños tratan menos con su entorno familiar, debería animarse a todo el personal a comunicarse más con ellos. El niño hospitalizado precisa apoyo social, sentirse querido y cuidado, valorado y estimado. Ahmadi (1985) establece la existencia de una importante relación entre el estrés del niño ante la hospitalización y dichos apoyos sociales. Uno de los grandes problemas existentes en el ámbito pediátrico reside en el divorcio entre los factores biológicos y los de tipo emocional, psicológico y psicosocial del paciente (Friedman, 1983).

Dada la importancia que tiene la hospitalización infantil, especialmente si es crónica, sobre la salud psíquica del niño, parece lógico pensar que sus consecuencias también afecten a la génesis y autoconstrucción del autoconcepto del niño. A pesar de su importancia, sobre esta cuestión existe muy poca biblio-

grafía disponible y ésta es muy reciente. El haber dejado fuera de foco la investigación de estas cuestiones, tiene su posible justificación en las dificultades existentes en torno a la evolución y definición del autoconcepto.

Trayectoria científica del término autoconcepto

El interés por el concepto de sí mismo alcanzó en el pasado su punto culminante en la obra de William James (1890), *Principios de psicología*, y en particular en el capítulo dedicado al *Self*, donde se presenta dicho término con un explícito carácter multidimensional, como el conjunto de percepciones que la persona tiene de sí misma en diferentes facetas. James distinguió cuatro componentes en el sí mismo: sí mismo social, material, personal y el puro ego.

El tema del autoconcepto se eclipsa con la llegada del conductismo, por considerarlo un concepto elusivo que no puede ser estudiado en condiciones experimentales.

Tras la II Guerra Mundial aparecen las primeras investigaciones empíricas conducidas por Rosenberg.

Los autores de la corriente psicoanalítica, durante casi 70 años ininterrumpidos, continúan interpretando y reconfigurando este término, vinculándolo siempre al inconsciente.

En la última década el autoconcepto ha sido abordado desde la psicología cognitiva, la cual ha preferido emplear el término de autoconocimiento en lugar del de autoconcepto. De este modo el autoconcepto ha devenido en un apretado haz de esquemas cognitivos referidos al propio sujeto.

El interés por el término autoconcepto ha ido progresivamente en aumento, dando lugar a una significativa proliferación de investigaciones. Ello ha conducido a multiplicar los términos con que de una u otra forma se le designa: autoestima, autoimagen, auto-percepción, autoaceptación, autoeficacia, autoconciencia, etc., generando una imprecisa delimitación conceptual y una pluralidad de teorías.

A pesar de estas dificultades y de otras que luego veremos, el autoconcepto es en la actualidad uno de los temas que está en la cresta de la ola en la investigación psicológica contemporánea.

Evaluación del Autoconcepto

Tras las dificultades conceptuales expuestas más arriba, cabe señalar la gran dificultad con que los investigadores tropiezan al tratar de evaluar el autoconcepto.

Dos son los métodos más usados en la evaluación del autoconcepto: los autoinformes y las técnicas de inferencia.

1. AUTOINFORMES.

Partiendo de que el autoconcepto hace referencia al conjunto de percepciones que la persona tiene de sí misma, parece lógico emplear para su evaluación métodos autodescriptivos; éstos pueden ser de tipo abierto o bien estar formados por un conjunto de ítems. Con los autoinformes se consigue una infor-

mación relativamente fácil sobre el sujeto, pero presentan una importante fuente de error derivada de otros criterios como la aceptación social, influencias del inconsciente, mecanismos de defensa, tendencia a la selección perceptual, etc., por lo cual el sujeto tiende a dejar de mencionar aquellas características personales que estima como poco aceptables. Las percepciones que alguien tiene de sí mismo son privadas y lo que se expresa dependerá de lo que realmente se quiera o se pueda expresar.

La posibilidad de que las personas tiendan a expresar una imagen positiva de sí mismas, con el deseo de producir una impresión favorable en el investigador, es un problema que afecta a todas las medidas de personalidad. Sin embargo, esta dificultad alcanza especial intensidad en el caso de la evaluación del

autoconcepto, debido a que el deseo de presentar una imagen favorable a los demás es ya, por sí mismo, un aspecto más de la autoestima. La influencia de la aceptación social, a la hora de evaluar la autoestima, será un factor con el que el investigador deberá contar. La evaluación directa de estas influencias, a través del empleo de algún instrumento, podría apuntar a su solución. Entre las escalas disponibles para su evaluación podemos citar las siguientes: *Social Desirability Scale* (Crowne & Marlowe, 1964; Edwards 1957); *Children's Social Desirability Scale* (Crandall y col., 1965); *Young Children's Social Desirability Scale* (Ford & Rubin, 1970); etc.

Aunque las evaluaciones sobre sí mismo tienden a estar influidas por las características mencionadas, no debe rechazarse su valor. Es importante saber

TABLA I
INSTRUMENTOS ESCALARES EMPLEADOS PARA LA EVALUACION DEL AUTOCONCEPTO EN NIÑOS

nombre	<i>Tennessee Self-Concept Scale</i> (TSCS).	<i>Self-Esteem Scale</i> (SES).
autor/año	Fitts (1964).	Rosenberg (1965).
n.º ítems	100.	10.
edad	Adultos y niños a partir de 9 años.	A partir de 12 años.
duración	20 minutos.	5 minutos.
distinci. de ítems s. conten.	5 subescalas: sí mismo físico, ético, social, familiar y personal. Divididas a su vez en: autoidentidad, autosatisfacción y conducta.	Diez frases de tipo descriptivo, puntuadas del 1 al 4, conforman la escala.
objetivos	Mide diferentes facetas del autoconcepto. Util en la labor de orientación.	Mide la autoaceptación como aspecto principal de la autoestima.
validez	La validez convergente con otras medidas referentes al <i>self</i> no es destacable. Correlación con la escala de Rosenberg de 0,49. Buena validez de contenido.	Robinson (1970) establece una correlación con el <i>Coopersmith Self-Esteem Inventory</i> de $r=0,59$.
fiabilidad	Test-retest 2 semanas, $r=0,92$. Dividida la fiabilidad entre las diferentes subescalas oscila entre 0,70 y 0,90.	Se han obtenido coeficientes de 0,92. Test-retest, 2 semanas, $r=0,85$.
conclusi.	De utilidad clínica y pedagógica. Se encuentra traducida al castellano (Garanto Alos). Aparece citada en cerca de 800 publicaciones.	Facilidad y brevedad de aplicación. Empleada con una amplia variedad de muestras. Más cerca de ser una subescala que mide un aspecto determinado de la autoestima (la autoaceptación).
nombre	<i>Coopersmith's Self-Esteem Inventory</i> (SEI)	<i>Piers-Harris Children's Self-Concept Scale</i>
autor/año	Coopersmith (1967).	Piers y Harris (1964).
n.º ítems	58.	80.
edad	Actualmente se emplea en todas las edades.	9 a 16 años.
duración	15 minutos.	15 a 20 minutos.
distinci. de ítems s. conten.	4 subescalas: Self- general, familiar, social y académico-escolar.	Se diferencian 6 factores: conducta, inteligencia, apariencia física, ansiedad, satisfacción y popularidad.
objetivos	Evaluar las actitudes de un sujeto respecto de sí mismo en diversas áreas de experiencia: social, académica, familiar y personal.	Evalúa el autoconcepto general. Util para diagnóstico y orientación, en los ámbitos escolar y clínico.
validez	Correlación con la escala de Piers-Harris, 0,75. Correlación con la escala de Rosenberg, 0,70. Correlación con la escala de Soares & Soares, 0,63 (Hughes, 1984; Robinson, 1973).	Sin datos de validez convergente. Bajas relaciones entre los 6 factores.
fiabilidad	Se establece en 0,90. Test-retest, tras 5 semanas, $r=0,88$.	Entre 0,70 y 0,90. Test-retest, estabilidad para 4 meses, $r=0,77$.
conclusi.	Las puntuaciones de los niños de corta edad tienen menor consistencia que las de los niños de mayor edad (Ahmed y col., 1985). Existe una forma B paralela (Lian-Hwang Chiu, 1985).	Objeto de numerosas aplicaciones e investigaciones. Empleada con niños normales y con niños con trastornos de conducta.

cómo se «ve» el sujeto a sí mismo, aunque sólo sea para descubrir (al comparar sus evaluaciones con los resultados obtenidos por otros métodos de diagnóstico) cuáles son las diferencias que se manifiestan a través de unos y otros procedimientos.

Disponemos de un amplio repertorio de instrumentos para la evaluación del autoconcepto. En la tabla I ofrecemos un inventario de las escalas que más frecuentemente se emplean en la actualidad para la evaluación del autoconcepto infantil.

2. TÉCNICAS DE INFERENCIA

Se trata de evaluar el autoconcepto de una persona a través de su comportamiento. Dada la supuesta

relación existente entre el autoconcepto de una persona y su conducta será posible inferir de la conducta observada las percepciones que la causan. Este método podría reducir el error introducido por la expectación social, los sentimientos subjetivos de amenaza, la falta de cooperación del sujeto o la falta de adecuación del lenguaje utilizado.

Con las técnicas de inferencia se sostiene que evaluando el comportamiento de la persona —por ser éste coherente con el autoconcepto—, de algún modo se está evaluando el autoconcepto. Cualquier especialista con experiencia clínica cuestionará las anteriores afirmaciones, dado que en muchos pacientes hay errores de sobrestimación y de infraestimación

TABLA I (continuación)

nombre	<i>Self-Concept Inventory (SCI)</i>	<i>Self-Perception Inventory</i>
autor/año	Sears (1963).	Soares & Soares (1980).
n.º ítems	100.	40.
edad	9 a 12 años.	9 a 14 años.
duración	Sin estimación.	5 a 20 minutos, en función de la habilidad lectora.
distinci. de ítems s. conten.	10 facetas: habilidad física, mental, relaciones con compañeros del mismo sexo, del sexo contrario, con profesores, hábitos de trabajo, virtudes sociales, área escolar, felicidad y rasgos de alegría	20 pares de adjetivos bipolares.
objetivos	Mide el autoconcepto de modo global y 10 facetas diferentes del mismo.	Evalúa el componente de autopercepción, indicativo de cómo el sujeto se ve a sí mismo en un momento determinado.
validez	N=488, correlación con la escala de Piers-Harris. $r=0,58$. N=594, correlación con el SEI de Coopersmith. $r=0,42$ (Shavelson, 1976 ; Taylor, 1977).	Correlación $r=0,44$ con la escala Tennessee. Correlación $r=0,68$ con el SEI. Correlación $r=0,63$ con la escala de Coopersmith.
fiabilidad	Se establece en 0,95 para el autoconcepto global. Para las otras diferentes áreas oscila entre 0,79 y 0,93.	Test-retest para 3 semanas, $r=0,88$.
conclusi.	Las puntuaciones son comparativamente más bajas que los resultados obtenidos con otros instrumentos destinados a la evaluación del autoconcepto. No se garantiza la interpretación independiente de cada una de las 10 subescalas.	Es una de las ocho escalas desarrolladas por Soares & Soares en 1965. En la última revisión, realizada en 1980, la consistencia interna se estimó en $r=0,89$.
nombre	<i>Preschool & Primary Self-Concept Scale (PPSC)</i>	<i>Maryland Preschool Self-Concept Scale</i>
autor/año	Stager & Young (1982).	Smith (1977).
n.º ítems	14.	80.
edad	4 a 9 años.	4 a 6 años.
duración	10 minutos.	15 minutos.
distinci. de ítems s. conten.	Distinción de facetas específicas del <i>Self</i> , en función de los diferentes roles desempeñados (en el hogar, en la escuela, etc.)	
objetivos	Evaluación de los sentimientos y pensamientos de los niños sobre sí mismos o sobre otro objeto.	Evaluación de los sentimientos que un niño tiene sobre sus propias cualidades y capacidades.
validez	Se precisan investigaciones adicionales sobre su validez, antes de poder ser recomendada para uso general.	N=404, correlación de $r=0,34$ con el <i>Preschool Inventory</i> , y de $r=0,54$ con <i>Mc Daniel-Piers</i> (Bridgeman y Shipman, 1978).
fiabilidad	Coef. de fiabilidad 0,72. N=46, test-retest 4 semanas, oscila entre 55% y 79% de respuestas en la misma dirección (Stager y Young, 1982).	N=100, coef. alfa 0,58-0,67 (Smith, 1977). N=84, coef. alfa 0,77 (Hughes, 1981). N=59, test-retest 8 semanas, $r=0,62$ (Hughes, 1982).
conclusi.	Destinado a niños que no sepan leer. Se emplea el formato del diferencial semántico, a través de una serie de adjetivos bipolares.	Se emplean fotografías instantáneas Polaroid que sirven de estímulo al niño. Fuerte tendencia hacia la selección de respuestas socialmente deseables.

en su valoración personal, a pesar de que constantemente esos errores son desmentidos por su comportamiento real.

Aunque en opinión de los firmantes de esta colaboración los procedimientos y el registro observacional pueden ser valiosos instrumentos al servicio de la evaluación del autoconcepto, es preciso demostrar en qué medida es coherente, consistente y estable la supuesta conexión entre autoconcepto y conducta. Mientras que esos resultados no se alcancen resulta por lo menos imprudente sostener la validez de las técnicas de inferencia para la evaluación del autoconcepto.

En síntesis, tras la revisión crítica de la evaluación del autoconcepto, los autores hacen suyas la afirmación de Fierro (1986), quien en una reciente publicación coincidía con Wylie (1974), señalando las siguientes deficiencias de estos procedimientos: insuficiente y vaga delimitación conceptual, pobre significación de los resultados en muchos de los estudios, posible contaminación de las respuestas por sesgos distorsionadores, escasa replicación de resultados con los mismos instrumentos, excesiva proliferación de éstos y falta de aplicación de procedimientos refinados de validación.

A pesar de estas y otras muchas dificultades, sin embargo, el autoconcepto o el autoconocimiento, como otros prefieren denominarle, o simplemente la autoestima, constituye un reto que está ahí y que por influir de forma decisiva, según parece, en la vida personal del sujeto, así como en su evolución clínica, demandan su evaluación.

No obstante, podría ocurrir que el hecho de la hospitalización no afectase el autoconcepto del niño tan importantemente como se ha supuesto. De hecho, como señala Harter (1985) citando una investigación de Robin Pike, la hospitalización no supuso en los niños ninguna infraestimación ni construcción de un autoconcepto negativo. Es difícil de justificar estos resultados que contradicen las iniciales expectativas de sus investigadores. Según parece, los niños hospitalizados se comparaban entre sí con mayor frecuencia que con los niños sanos no hospitalizados. Otros resultados generados en esta misma investigación, justifican la persistencia de un autoconcepto con las características mencionadas apelando a otras hipótesis explicativas. Por ejemplo, los niños hospitalizados se presentaban de forma más favorable al rehusar expresar sus verdaderos sentimientos respecto de su enfermedad y de la hospitalización, lo que puede explicarse desde el punto de vista de la deseabilidad social.

Por otra parte, la mayoría de ellos habían convivido desde siempre con su enfermedad y con las limitaciones resultantes de ésta, habiéndose adaptado tanto a la una como a las otras. Este último dato permitiría explicar la estabilidad en el autoconcepto como un índice de excelente adaptación —de superación y optimización— a su propia enfermedad y a su medio (la hospitalización).

Modificación del autoconcepto

Hemos visto en esta revisión crítica las dificultades para evaluar el autoconcepto en niños hospitalizados de corta, media y larga estancia. Es difícil decidirse

por uno u otro instrumento de evaluación, por ésta o aquella estrategia observacional. Sin evaluación difícilmente podremos diseñar las estrategias pertinentes para modificar el autoconcepto negativo de los niños hospitalizados y tener conocimiento de las mismas consecuencias desadaptativas que, como consecuencia de la hospitalización, se generan en ellos.

Por todo esto, es imprescindible resolver las dificultades que hoy tiene planteadas la evaluación. La evaluación de la autoestima es, por el momento, el tema que más se ha investigado, como lo demuestra la importante bibliografía disponible y permite hasta cierto punto, inspirarnos estrategias al servicio de la modificación del autoconcepto. Entre ellas, podíamos citar las siguientes: estrategias para el cambio en la autoeficacia, autoconfianza y autocontrol mediante la orientación, la selección y el establecimiento de metas pertinentes y adecuadas al nivel de aspiraciones de cada sujeto; mediante la orientación de objetivos a conseguir en función de las habilidades del niño, de manera que se magnifiquen sus habilidades competentes y se minimicen sus habilidades deficitarias; a través de cambios en los estilos atribucionales, de manera que se posibilite la reestructuración cognitiva del autoconcepto; entrenamiento en aprendizaje vicario y en solución de problemas; entrenamiento auto-perceptivo; etc.

Con los anteriores procedimientos es obvio que puede modificarse el autoconcepto, pero la verdadera cuestión terapéutica planteada no consiste en eso, sino en conocer para cada caso concreto cuáles son las estrategias más específicas y eficaces que deben emplearse, en función también de otros criterios, no por menos importantes renunciables (coste/eficacia, coste/beneficio, etc.).

Esto supone señalar, una vez más, la prioridad de los procedimientos de evaluación, pues sin ellos resulta inviable en la práctica la toma de decisiones respecto a qué estrategias han de ser empleadas en cada caso concreto y, lo que es más importante, cuál es la eficacia terapéutica diferencial en función de los diversos paquetes de intervención que en cada caso se empleen.

Los autores han tratado de poner de manifiesto en la presente colaboración no sólo la importancia de la evaluación del autoconcepto, sino también su inmediata repercusión en el proceso modificador y rehabilitador de las consecuencias negativas que la hospitalización prolongada tiene en el niño. Es éste uno de los retos que hoy tiene planteada la psicología de la intervención y con ella, el psicodiagnóstico y la psicología cognitiva. Aunque, dado el estado actual de nuestros conocimientos no pueden hacerse predicciones bien fundadas sobre la eficacia de las intervenciones en este ámbito clínico, es posible que en el futuro pudieran hacerse si en la actualidad no relegatemos ningún esfuerzo a esta tarea de investigación, cuyos inmediatos destinatarios son los niños hospitalizados.

Bibliografía

1. AHMADI, K. S.: The experience of being hospitalized. *Inter. J. Nurs. Stud.* 22 (2), p. 137, 1985.

2. AHMED, S. y col.: Psychometric properties of Coopersmith Self-Esteem Inventory. *Perceptual and Motor Skills*, 61, p. 1235, 1985.
3. ALCANIZ, E. G. y BUCETA, J. M.: Influencia de la institucionalización durante los primeros años de vida en el rendimiento escolar y la inteligencia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 7 (15), 1981.
4. BEANE, J. A.: Self-concept and self-esteem: a construct differentiation. *Child Study Journal*, 10 (1), 1980.
5. CARMEL, S.: Satisfaction with hospitalization. A comparative analysis of three types of services. *Soc. Sci. Med.*, 21 (11), p. 1243, 1985.
6. CAVANOUGH, S.: Depression in the hospitalized inpatient with various medical illness. *Psychotherapy and Psychomatics*, 45, p. 97, 1986.
7. COLLINS, L. C.: The Piers-Harris Children's Self-Concept Scale: an Australian study. *Australian Psychologist*, 20, p. 177, 1985.
8. DAHLQUIST, L. M.: Preparing children for medical examinations. The importance of previous medical experience. *Health Psychology*, 5 (3), p. 249, 1986.
9. EASON, L. J.: The assessment of depression and anxiety in hospitalized pediatric patients. *Child Psychiatry and Human Development*, 16 (1), p. 57, 1985.
10. FIERRO, A.: Autoestima implícita: su medición y sus correlatos. *Evaluación Psicológica*, 2 (4), p. 73, 1986.
11. FRIEDMAN, H. S.: Health psychology at the crossroads. *Health Psychology*, 2, p. 313, 1983.
12. GARANTO ALOS, J.: *Las actitudes hacia sí mismo y su medición*. Temas de psicología, N.º 7, Barcelona 1984.
13. HARTER, S.: Processes underlying the construction, maintenance and enhancement of the self-concept in children. *Psychological Perspectives on the self*. vol. 3. J. Suls and A. Greenwald, (eds.) Lawrence Erlbaum, 1985.
14. HUGHES, H. M.: Measures of self-concept and self-esteem for children aged 3-12 years: a review and recommendations. *Clinical Psychology Review*, 4, p. 657, 1984.
15. KUIPER, N. A.: The appropriateness of social topics: effects of depression and cognitive vulnerability on self and other judgements. *Cognitive Therapy and Research*, 9 (4), p. 371, 1985.
16. L'ECUYER, R.: *El concepto de sí mismo*. Ed. Oikos-Tau. Barcelona, 1985.
17. LIKE, R.: Patient satisfaction with the clinical encounter: social psychological determinants. *Soc. Sci. Med.*, 24 (4), p. 351, 1987.
18. Mc LENNAN, J. P.: Irrational beliefs in relation to self-esteem and depression. *J. of Clinical Psychology*, 43 (1), 1987.
19. Mc NEIL, T. F.: Identifying children at high somatic risk. *Acta Psychiatr. Scandinava*, 72 (4), p. 91, 1986.
20. PIETROMONACO, P. R.: The influence of affect on Self-perception in depression. *Social Cognition*, 3 (1), 1985.
21. ROSENBERG, M.: Self-concept from middle childhood through adolescence. En J. Suls y A. Greenwald (eds.) *Psychological perspectives on the self*, vol. 3, Lawrence Erlbaum, 1986.
22. SOARES, A. T. y SOARES, L. M.: *The Self Perception Inventory Test manual-students form*. Soares associates, 111 Teeter Rock Road, Trumbull, ct. 06611. 1980.
23. STAGER, S. y YOUNG, R. D.: A self-concept measure for preschool and early primary grade children. *Journal of Personality Assessment*, 42, p. 536, 1982.
24. TEICHMAN, Y.: Anxiety reaction of hospitalized children. *British Journal of Medical Psychology*, 59, p. 377, 1986.
25. VALLIS, T. M.: Self-efficacy as a predictor of behavior change. Interaction with type of training for pain tolerance. *Cognitive Therapy and Research*, 10, p. 79, 1986.
26. VINEY, L.: *Images of illness*. R. E. Kriger, publishing company. Malabar, Florida, 1983. A general systems approach to the patient, hospital staff, family and community. Implications for health care services. *Behavioral Science*, 31 (4), 1986.
27. WYLIE, S. G.: *The self-concept*. vol. 1. Lincoln, University of Nebraska Press, 1974.