

Reducción de la ansiedad en la antesala del quirófano en pacientes pediátricos

C. Silvente, J. Moix, A. Sanz

Area de Psicología Básica, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Barcelona

RESUMEN: Los estudios indican que la ansiedad antes de la intervención quirúrgica en pacientes pediátricos influye negativamente en la recuperación posthospitalaria. Por lo tanto, numerosas investigaciones se dirigen a paliar la ansiedad mediante diversas técnicas psicológicas en este momento tan crítico del niño o niña que va a ser operado. En nuestro caso, hemos aprovechado un recurso propio del Hospital de Sant Joan de Déu: el equipo de voluntariado que se encuentra en la antesala del quirófano para acompañar a los niños. El objetivo de nuestro estudio ha sido entrenar a dichas voluntarias (que no tenían ninguna formación específica para su labor) y ver el efecto en la ansiedad de los niños. Los sujetos que formaron parte de la investigación fueron 140 niños y niñas de entre 0 y 18 años. Los resultados indican que el entrenamiento no sólo ha ejercido cambios significativos de ciertas conductas de las voluntarias, sino que también se han conseguido cambios en las conductas relacionadas con la ansiedad prequirúrgica de los niños. Así consideramos recomendable el acompañamiento de los niños por parte de voluntariado entrenado.

PALABRAS CLAVE: Voluntariado; Ansiedad prequirúrgica; Preparación psicológica.

REDUCTION OF ANXIETY IN THE ANTEROOM OF OPERATING THEATRE IN PAEDIATRIC PATIENTS

ABSTRACT: Research indicates that anxiety before surgical intervention in paediatric patients negatively affects on post hospital recovery. Numerous investigations are, therefore, conducted to alleviate anxiety through different psychological techniques at this critical moment that the child is undergoing in surgery. In our case, we have considered one of the resources of the Sant Joan de Déu Hospital: a voluntary team that works in the anteroom of the operating theatre to keep the children company. The aim of our research has been to train these volunteers (who previously did not have any specific training for their task) and to observe the effect on the children's anxiety. The subjects of our study were 140 boys and girls between the ages of 0 and 18 years old. Results indicate that training not only produces significative changes on volunteers' behaviour, but also has resulted in the childrens' presurgical anxiety behaviour. In this way, we recomend that all children be accompanied by a trained volunteer.

KEY WORDS: Voluntary; Presurgical anxiety; Psychological preparation.

Correspondencia: J. Moix, Dpto. de Psicología de la Educación, Unidad de Psicología Básica, Apartado 29, 08193 Bellaterra (Barcelona). E-mail: jenny@sumi.es.

INTRODUCCIÓN

Los estudios que indican que la ansiedad incide en la recuperación postquirúrgica son cada día más abundantes⁽¹⁻³⁾. Por ello está aumentando el diseño de terapias psicológicas para disminuir dicha ansiedad y, como consecuencia, facilitar la recuperación postquirúrgica (disminución del consumo de analgésicos, las complicaciones postoperatorias, acortar la estancia hospitalaria, etc.)^(4,5).

Esta incidencia negativa de la ansiedad sobre la recuperación postquirúrgica no sólo se ha observado en adultos, sino también en niños. Concretamente, la ansiedad que sufren los pacientes pediátricos antes de la intervención quirúrgica determina una peor adaptación posthospitalaria (aparición de trastornos del sueño, de la alimentación, conductas regresivas, etc.)⁽⁶⁻⁸⁾.

En un estudio que realizamos en 1998 pudimos corroborar una vez más esta influencia⁽⁹⁾. A diferencia de otras investigaciones, la ansiedad la evaluamos justo antes de la intervención (en la antesala del quirófano), y no a través de un cuestionario como en la mayoría de estudios, sino mediante una escala observacional. La adaptación posterior se evaluó mediante entrevista telefónica a los padres un mes después del alta. Concretamente los resultados indicaron que un 19% de los niños presentaron una adaptación insatisfactoria; esto es, dichos pacientes presentaron algún síntoma desadaptativo (eneuresis, ansiedad, depresión, insomnio, etc.). Comparando los niños desadaptados con los que no presentaron ningún síntoma, vimos que los primeros presentaron más ansiedad en la antesala del quirófano.

Dado que la ansiedad en la antesala del quirófano parece incidir negativamente en la adaptación posterior, nos hemos fijado el objetivo de reducir dicha ansiedad.

En el hospital donde realizamos el estudio, los niños que esperan en la antesala del quirófano a ser operados están acompañados de voluntarias que intentan distraerlos y tranquilizarlos durante este momento tan estresante. Estas voluntarias no están entrenadas específicamente para realizar esta tarea, contando en la mayoría de los casos únicamente con su buena voluntad. Por este motivo, el objetivo concreto de es-

ANEXO I Escala de observación de la ansiedad durante la espera de cirugía (Twardosz y cols., 1986)

	<i>Negativos</i>	
	<i>1 Sí</i>	<i>0 No</i>
Rechazar interacción	()	()
Mostrarse asustado	()	()
Expresar miedo verbalmente	()	()
Quejarse	()	()
Engancharse a una persona	()	()
Pedir o amenazar	()	()
Llorar	()	()
Chillar	()	()
No obedecer	()	()
Resistirse físicamente	()	()
	<i>Positivos</i>	
	<i>1 Sí</i>	<i>0 No</i>
Saludar	()	()
Conversar	()	()
Sonreír	()	()
Hacer bromas	()	()
Contactos físicos positivos	()	()
Comprensión procedimientos	()	()
Cooperar	()	()

te estudio consistió en entrenar a dichas voluntarias para esta tarea con el fin de mejorar su actuación y así disminuir en mayor medida la ansiedad de los niños.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio fue llevado a cabo en el Hospital de Sant Joan de Déu de Barcelona. La muestra fue de 140 niños y niñas de edades comprendidas entre los 0 y los 18 años, siendo los 7,5 años la edad media. El 60,4% eran niños y el 39,6% niñas. Los tipos de intervención quirúrgica eran: 63% cirugía (fimosi, hernias, etc.), 20% otorrinolaringología, 11,4% oftalmología, 3,6% traumatología y 2% otros (por ejemplo, odontología).

Las voluntarias que formaron parte del estudio fueron 5, que eran el total que acompañaba a los niños en la antesala del quirófano. Las variables dependientes que se evaluaron para comprobar la eficacia de la técnica fueron las conductas de las voluntarias y la ansiedad de los niños.

Se evaluó la ansiedad de los niños mediante la escala observacional de Twardosz⁽¹⁰⁾ que constaba de 17 ítems sobre conductas negativas (llorar, chillar, no obedecer... etc.) y conductas positivas (saludar, conversar, cooperar) (véase anexo I). La evaluación es dicotómica (presencia o ausencia de ca-

ANEXO II Cuando se llevan al niño al quirófano, ¿cómo reacciona?

	<i>1 Sí</i>	<i>0 No</i>
Llorando	()	()
Chillando	()	()
Agarrándose a los barrotes	()	()
Agitándose	()	()
Rígido	()	()
Aferrándose a la voluntaria	()	()

da conducta). De esta escala se derivaban 2 puntuaciones: conductas positivas y conductas negativas. Se registró la ansiedad en 3 momentos: el primer minuto después de llegar el niño a la antesala del quirófano, el quinto y el décimo. Por otro lado, se evaluaba su conducta al ir al quirófano (llanto, rigidez, etc.) mediante un instrumento observacional compuesto por 6 ítems (ver anexo II). Se puntuaba igual que la escala anterior (presencia o ausencia de cada conducta). Por último también se registraba el comportamiento de la voluntaria según una escala de 9 ítems elaborada para el presente estudio que permite valorar las conductas reactivas (al llanto, por ejemplo) o proactivas (promoviendo la cooperación, por ejemplo) que efectuaba la voluntaria con respecto al niño. Un estudio piloto previo indicó que la fiabilidad de este instrumento observacional es de 0,89.

Dichas evaluaciones eran realizadas por 3 observadoras que habían pasado anteriormente por una fase de entrenamiento para habituarse con el espacio donde se realizaba el estudio (la antesala del quirófano) y con las escalas de observación.

El estudio constó de 3 fases: *fase pre-entrenamiento* (recogida de datos mediante las escalas observacionales), *fase de entrenamiento* (en la que se llevó a cabo la formación) y la *post-entrenamiento* (evaluación del entrenamiento). En las fases pre y post-entrenamiento se evaluaban las variables: ansiedad pre-quirúrgica, conducta de la voluntaria y conducta al ir al quirófano. El entrenamiento consistió en 3 sesiones de alrededor de 2 horas cada una, cuyos objetivos concretos eran: *incrementar su motivación* respecto a la labor que realizaban (se exponían aspectos más teóricos sobre la incidencia de los factores psicológicos en la recuperación post-quirúrgica); de esta manera *incrementar* también su *autovaloración* (demostrarles que ellas podían contribuir a disminuir la ansiedad de los niños antes de la operación); por último, *dar herramientas* sobre cómo distraer a los niños, estrategias para atenderles cuando lloraban, cuando no hablaban, cuando sentían dolor, etc. Se autoadministraban un cuestionario donde se valoraban las estrategias utilizadas por ellas mismas. Por último, se compartieron inquietudes, dudas y dificultades, y las voluntarias valoraron el curso mediante un cuestionario de 6 ítems.

RESULTADOS

Diferencias en la actuación de las voluntarias antes y después del entrenamiento

Dado que sólo se realizó el estudio con 5 voluntarias, no se ha trabajado efectuando estadísticas globales, sino que se ha comparado la actuación de cada voluntaria antes y después del entrenamiento. Se ha encontrado que el entrenamiento ha introducido cambios en el comportamiento de las voluntarias, pero no por igual:

Voluntaria A:

- Incrementó el contacto corporal (abrazos, coger de la mano, etc.) después de la formación ($\chi^2= 4.375$, $gl= 1$, $p< 0,05$).
- Fue más activa (le pregunta más, le propone juegos, etc.) cuando el niño estaba callado ($\chi^2= 6.943$, $gl= 1$, $p< 0,01$).

Voluntaria B:

- Fue más activa cuando el niño lloraba (preguntándole, por ejemplo, por qué lloraba, jugando con él) ($\chi^2= 4.047$, $gl= 1$, $p< 0,05$).

Voluntaria C:

- Se mostró más atenta y habló más al niño cuando llegaba a la antesala del quirófano ($\chi^2= 7.430$, $gl= 1$, $p< 0,01$).
- Incrementó su contacto corporal ($\chi^2= 9.909$, $gl= 1$, $p< 0,01$).

Voluntaria D:

- Fue más activa al entrar el niño en la antesala del quirófano ($\chi^2= 3.680$, $gl= 1$, $p= 0,05$).
- Cuando veía a éste llorar ($\chi^2= 6.790$, $gl= 1$, $p< 0,01$).

En la **Voluntaria E** a pesar de que no se han observado cambios significativos, incrementó su eficacia cuando el niño lloraba ($\chi^2=3.080$, $gl= 1$, $p= 0,079$). Se ha de resaltar que dicha voluntaria no asistió a todas las sesiones de entrenamiento.

Diferencias en la ansiedad de los niños antes y después del entrenamiento

Asímismo, se evaluó si hubieron cambios en la ansiedad de los niños, según la escala observacional aplicada. Se ha encontrado que no hay diferencias significativas en cuanto a conductas negativas (valorándolas de forma global), por ejemplo, los niños no lloraban, chillaban, se quejaban, pedían, no obedecían o rechazaban menos la interacción una vez que las voluntarias han sido formadas. Sin embargo, sí incrementaban las conductas positivas (como puntuación total) al quinto minuto de espera ($\chi^2= 8.294$, $gl= 2$, $p< 0,05$); es decir, saludaban más, hablaban más, sonreían más, hacían más bromas, tenían más contactos físicos positivos, comprendían mejor los procedimientos y cooperaban más.

Relación entre la actuación de las voluntarias y la ansiedad de los niños

Se ha comprobado que las conductas positivas de los ni-

ANEXO III Escala observacional de las voluntarias

1. Entra N (niño/a)

- a) Muy Pasivo: espera a que entre. No se mueve del sitio y puede, o no, mirar hacia él/ella sin actuar.
- b) Pasivo: espera, pero le habla.
- c) Activo: va a buscarle sin hablar.
- d) Muy activo: va a buscarle y le habla.

2. N llora

- a) No reacción: no hace caso.
- b) Acción pasiva: le seca las lágrimas (mocos) y no dice nada.
- c) Acción verbal pasiva: dice «no llores» o parecido.
- d) Acción verbal activa: preguntar por qué llora, hablar...
- e) Acción activa: distraerle jugando (con acción).

3. Contacto corporal

- a) Nada.
- b) Regular: golpecitos en la espalda, caricias ocasionales.
- c) Mucho: abrazarle, acariciar regularmente, etc.

4. Refuerzo verbal

- a) No.
- b) Puntualmente: comentarios positivos sobre el niño/a (guapo/a, pijama «chulo», ojos, cabello...etc. de forma aislada).
- c) Mucho: comentarios positivos de forma continuada o que se dan repetidamente.

5. Distancia (cuando hay oportunidad)

- a) Positiva: estar junto al niño/a, de cara a él/ella u orientada a él/ella la mayor parte del tiempo.
- b) Negativa: se mantiene a una distancia de la camilla, no se acerca a él o se acerca poco la mayor parte del tiempo.

6. N callado/a

- a) No reacción: no hacer caso.
- b) Acción pasiva: le da algún juego o cuento y no le dice nada.
- c) Acción verbal pasiva: ¿quieres alguna cosa? (pregunta ocasional).
- d) Acción verbal activa: le hace preguntas sobre la escuela, la familia, etc.
- e) Acción activa: le propone juegos y juega con él/ella.

7. NN (más de un niño en la sala)

- a) Interacción: la voluntaria juega o habla con ellos/as a la vez o les hace jugar entre ellos/as.
- b) No interacción: habla o juega de uno en uno la mayor parte del tiempo.

8. Atención NN (atención a los niños/as por parte de la voluntaria)

- a) Positiva: reparte bien el tiempo en atenderles uno a uno.
- b) Negativa: no reparte bien el tiempo de atención; está más tiempo con uno.

9. Estrategia (posición estratégica de la voluntaria)

- a) Sí: se coloca de cara a ellos/as, dirigida a ellos/as.
- b) No: se coloca dando la espalda a uno o más de uno, sin estar de cara a todos ellos/as o su cuerpo dirigido a ellos/as.

Tabla I Opinión de las voluntarias sobre el entrenamiento

<i>El programa de entrenamiento me ha servido para ...</i>	<i>Totalmente o bastante de acuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>Poco o Nada de acuerdo</i>
Comprender mejor el estado de ánimo del niño	78%	22%	0%
Darme cuenta de la importancia de mi trabajo	78%	22%	0%
Tener nuevas estrategias para calmar a los niños	78%	22%	0%
Tener nuevas estrategias para distraer a los niños	56%	44%	0%
Poder comunicarme mejor con los niños	67%	33%	0%
Controlar mis propias emociones respecto a los niños	33%	67%	0%

Según la respuesta de las 9 voluntarias que asistieron al curso, 5 que formaban parte del estudio, y 4 más de otras secciones.

ños se incrementaban si la voluntaria era activa cuando el niño lloraba ($r= 0,369$, $p= 0,05$) o estaba callado ($r= 0,369$, $p= 0,05$), y cuando se posicionaba ante los niños de forma que todos la puedan ver ($r= 0,341$, $p= 0,05$). A mayor contacto corporal por parte de la voluntaria, menos aparecían las conductas positivas ($r= -0,398$, $p= 0,01$) y más se presentaban conductas negativas ($r= 0,281$, $p= 0,01$).

Asímismo, hemos observado que cuanto mejor era la conducta de la voluntaria con el niño, peor reaccionaba éste justo en el momento en que se lo llevaban a quirófano. Concretamente, cuanto más activa era la voluntaria al entrar el niño a la antesala del quirófano ($r= 0,199$, $p= 0,05$), y cuanto más contacto corporal tenía ($r= 0,259$, $p= 0,01$), más lloraba el niño justo al irse hacia el quirófano. También dependía del contacto corporal ($r= 0,247$, $p= 0,01$) y de lo mucho que reforzase verbalmente al niño ($r= 0,191$, $p= 0,05$), que se aferrase más a ella al llevarse a operar. El hecho de irse chillando al quirófano se relacionaría con una posición no estratégica de la voluntaria durante la espera (que se encontrase en una posición que pudiera ser vista por el niño) ($r= -0,247$, $p= 0,05$).

Opinión de las voluntarias sobre el entrenamiento

Como se puede observar en la tabla I, las voluntarias opinan que el entrenamiento les ha sido de gran utilidad. En general dicen que les ha ayudado a comprender mejor el estado del niño, a dar más importancia a su propia labor de voluntarias en la antesala del quirófano, y las ha dotado de nuevas estrategias para calmar a los niños. El entrenamiento parece no haber incidido en el control que las voluntarias creen tener sobre sus emociones ante los niños (por ejemplo, cuando se encuentran con algún niño con deformidades, o que sufre dolor).

DISCUSIÓN

Si tenemos en cuenta la opinión de las voluntarias, pa-

rece que el entrenamiento les ha resultado de utilidad. Igualmente podemos comprobar cómo el entrenamiento ha resultado en una mejora de su actuación con los niños. Curiosamente, los comportamientos que han variado antes y después en cada voluntaria han sido distintos. Sin embargo, quizás no resulte tan extraño si pensamos que normalmente de un mismo cursillo distintas personas «aprovechan» distintas ideas.

Asímismo parece que la ansiedad de los niños es menor dado que incrementan los comportamientos positivos (sonreír, conversar, cooperar... etc.) durante la espera a la operación. El comportamiento de la voluntaria parece hacer efecto a los 5 minutos desde la llegada del niño a la antesala del quirófano, pues es en este minuto cuando se encuentran las diferencias más significativas.

Dado que en estudios previos⁽⁹⁾ se ha observado que la ansiedad en la antesala del quirófano incide negativamente en la adaptación posthospitalaria, es de suponer que probablemente la mejora en la actuación de las voluntarias no sólo ha disminuido la ansiedad sino que también ha facilitado la adaptación. Por ello consideramos que en futuros estudios sería interesante comprobar empíricamente esta hipótesis.

Teniendo en cuenta que las conductas de las voluntarias que más han influido en el comportamiento de los niños consisten en presentar una actitud más proactiva (por ejemplo, ir a recibirlo, preguntar por qué llora en vez de decir «no llores», jugar con él en vez de ofrecerle sólo el juego o el tebeo... etc.) se debería incidir en mayor medida sobre las mismas en futuros entrenamientos. El hecho que se haya relacionado una conducta positiva de la voluntaria con una reacción negativa del niño al ir al quirófano la explicaríamos por un proceso de adaptación: el niño se siente más cómodo, más adaptado con la voluntaria, por lo que le resultaría más dura la separación. Por lo tanto, consideramos positivo que las voluntarias pudieran entrar al quirófano hasta finalizada la inducción de la anestesia. De hecho en algunos estudios se ha demostrado que es beneficiosa la presencia de padres entrenados durante la anestesia de los niños^(11,12).

Así pues, como conclusión general parece que el entre-

namiento ha sido efectivo. Por tanto, teniendo en cuenta que el momento de mayor ansiedad durante la hospitalización suele ser en la antesala del quirófano, y dado que dicha ansiedad, como mostramos en un estudio previo, incide en la adaptación posterior de los niños, recomendamos que se tomen medidas para reducirla. Estas medidas, entre otras, podrían consistir en el acompañamiento de los niños por parte de voluntariado entrenado mediante un programa como el que hemos presentado, sencillo y económico.

AGRADECIMIENTOS

Trabajo realizado gracias a la ayuda PB97-0212 de la Dirección General de Investigación Científica y Técnica (DGICYT).

La realización de este trabajo no hubiera sido posible sin la colaboración de: M^a José Cristino, Lydia Rocamora y Lourdes Tolrà y la amable disposición de Julia Denia, Jefe de la Asociación de Voluntariado del Hospital «Sant Joan de Déu», así como de todo el equipo de quirófanos (incluidas las voluntarias).

BIBLIOGRAFÍA

1. Lui F, Barry J, Weinman Y. Effects of background stress and anxiety on postoperative recovery. *Anaesthesia* 1994;**49**:382-386.
2. Moix J. Efectos de la ansiedad prequirúrgica en la recuperación. *Clínica y Salud* 1995;**6**:203-215.
3. Grossi G, Perski A, Feleke E, Jakobson U. State anxiety predicts poor psychosocial outcome after coronary bypass surgery. *International Journal of Behavioral Medicine* 1998;**5**(1):1-16.
4. Moix J. Emoción y cirugía. *Anales de Psicología* 1994;**10**(2):167-175.
5. Cánovas MR, Moix J, Sanz T, Estrada MT, Silvente C, Cos R. Comprobación de la eficacia de una intervención psicológica multidimensional en pacientes quirúrgicos. *Cuad Med Psico* 1997;**42/43**:122-124.
6. Lumley MA, Melamed BG, Abeles LA. Predicting children's pre-surgical anxiety and subsequent behavior changes. *J Pediatr Psychol* 1993;**18**:481-497.
7. Kain ZN, Mayes LC, O'Connor TZ, Cicchetti DV. Preoperative anxiety in children. Predictors and outcomes. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;**150**(12):1238-45.
8. Ortigosa JM, Méndez FX, Vargas F. Repercusión de la preparación psicológica a la cirugía pediátrica sobre la recuperación postquirúrgica. *An Esp Pediatr* 1998;**49**(4):369-374.
9. Moix J, Bassets J, Caelles RM. Efectividad de un audiovisual como preparación para la cirugía en pacientes pediátricos. *Cir Pediatr* 1998;**11**:25-29.
10. Twardosz S, Weddle K, Borden L. A comparison of three methods of preparing children for surgery. *Behav Therap* 1986;**17**:14-25.
11. Cameron JA, Bond MJ, Pointer SC. Reducing the anxiety of children undergoing surgery: Parental presence during anaesthetic induction. *J Paediatr Chil Health* 1996;**32**:51-56.
12. Glazebrook C, Lim E, Sheard C, Standen PJ. Child temperament and reaction to induction of anaesthesia: Implications for maternal presence in the anaesthetic room. *Psychology and Health* 1994;**10**(1):55-67.