

ROSA MARIA PALAU I BARBERÀ; MARIA TERESA LUQUE I ARENAS

Relación entre la ansiedad de los progenitores y la conducta del niño frente al acto quirúrgico



INTRODUCCIÓN

Durante tiempo ha existido la tendencia a diferenciar entre miedo, ansiedad y angustia; pero en la práctica, los tres términos son utilizados como sinónimos. Así pues, podemos definir la ansiedad como la emoción que aparece siempre que la persona se siente amenazada, sea real o no la amenaza. Los síntomas que la caracterizan son: tensión motora, hiperactividad vegetativa e hipervigilancia.

Por lo general, la enfermedad constituye un episodio normal e inevitable en la vida del niño; las enfermedades infantiles son muestra de ello. La enfermedad y el médico ocupan un lugar importante, el «juego del médico» se encuentra constantemente en las actividades espontáneas del niño. En la mayoría de los casos estas enfermedades son relativamente benignas, y permiten al niño tener la experiencia de la regresión, de una relación de cuidados y de la dependencia. Después en un periodo relativamente corto recobra la salud y el bienestar físico.

La enfermedad, la hospitalización y los procedimientos médico-quirúrgicos constituyen una fuente de amenaza para el niño, es por ello que la cirugía es vivida por el paciente pediátrico como un evento estresante constituyendo una fuente de ansiedad importante.

La gran imaginación que caracteriza a los niños suele agravar su estado de ansiedad. Pueden llegar a contemplar la operación como un acto de crueldad o distorsionar completamente lo que supondrá la misma.

La ansiedad que sufre el niño durante la hospitalización no solo es perjudicial en si misma, sino que además suele acarrear consecuencias altamente negativas (niños que una vez dados de alta presentan problemas de comportamiento,

trastornos alimentarios o del sueño, depresión, etc). Todas estas vivencias también pueden repercutir negativamente en como el niño vivirá en un futuro próximo incluso de adulto, nuevas experiencias médicas.

A menudo, los pacientes pediátricos experimentan sentimientos de indefensión y desorientación, sobretodo si no conocen la necesidad de la hospitalización y la intervención quirúrgica. La ansiedad prequirúrgica es la respuesta más común ante situaciones estresantes como son someterse a procedimientos invasivos o separarse de los padres al dirigirse a quirófano. Los miedos más frecuentes entre niños de 7 a 14 años son: la implantación de la vía, la separación de los padres y el miedo a despertar de la anestesia durante el acto quirúrgico.

El nivel de ansiedad experimentado varía de un individuo a otro dependiendo por una parte de la situación específica y por otra del grado de madurez alcanzado por el sujeto.

Así pues, la ansiedad experimentada por el niño dependerá de:

- Su desarrollo evolutivo.
 - La situación provocadora de la ansiedad.
 - Los mecanismos de defensa de que disponga.
- Otros factores a tenerse en cuenta son:
- Factores constitucionales y hereditarios.
 - Familia.
 - Medio social.

El rol de padres como el de hijos sigue unas directrices naturales. «Ver y tener a mi hija siempre cerca y feliz es mi tranquilidad y mi sosiego como madre. Dejarla en otras manos que no son las mías, aunque sean unas buenas y expertas manos, es separar momentáneamente dos vidas que han estado unidas desde siempre».

Los padres pueden influir en los niños en la forma en que el niño se enfrente al acontecimiento (en éste caso, intervención quirúrgica) y en lo que éste signifique para él. La ansiedad del padre / madre crea siempre en el niño una respuesta de ansiedad extrema, incluso de pánico, independientemente del acontecimiento que la desencadene.

La seguridad del niño no depende de su capacidad de protegerse, sino de la seguridad de los padres.

OBJETIVOS

- Valorar la existencia de «contagio emocional» a nivel de padres-hijo ante un procedimiento quirúrgico en el niño.
- Determinar la prevalencia de ansiedad en las familias con niños en programa quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODO

Este trabajo se ha realizado en el área quirúrgica del hospital de Santa María de Lérida

El hospital de Santa María está ubicado en el centro de la ciudad de Lérida, su construcción se inició en 1916 por el arquitecto Joaquín Porqueras, inaugurándose el 1 de mayo de 1928.

En aquella época, la asistencia sanitaria estaba a cargo de la congregación religiosa de las hijas de la caridad y era de caire benéfico.

Fue en 1962 cuando se creó la primera escuela de enfermeras, dejando de ser la tarea asistencial única y exclusiva de las hermanas religiosas, pasando a formar parte de ella las alumnas de dicha escuela.

En 1976 pierde su carácter de beneficencia, creándose un convenio con la Seguridad Social y siendo gestionado entonces por la Diputación de Lérida hasta 1992, en que transfiere sus competencias a la Generalidad de Cataluña.

Dentro del campus se encuentra también la Facultad de Medicina y la Escuela Universitaria de Enfermería que, junto con la Biblioteca de Ciencias de la Salud, forman un complejo dinámico, moderno y actual.

El Hospital de Santa María es considerado de Nivel II y está integrado en la Red Hospitalaria Pública Catalana, gestionado por la empresa «Gestió de Serveis Sanitaris» (GSS).

GSS es una empresa sanitaria pública que desarrolla su actividad en 4 ámbitos diferentes:

- Atención especializada.
- Salud mental.
- Atención socio sanitaria.
- Atención primaria.

El área de atención especializada, es aquella dedicada a la hospitalización de agudos y consta de 133 camas repartidas entre:

- UCI: 5 camas.
- Medicina interna: 65 camas.
- Servicios quirúrgicos: 53 camas.

Los servicios quirúrgicos están compuestos de las siguientes unidades:

- Quirófanos: 4 para cirugía mayor y 1 para cirugía menor.
- Unidad de reanimación: 6 boxes.
- CMA: 9 camas.
- 2 Unidades quirúrgicas de hospitalización: 38 camas entre ambas.

Durante el año 2003 se prestaron 3688 servicios quirúrgicos, de los cuales 1.183 pasaron por CMA y el resto 2.505 fueron ingresados.

De los 3.688 pacientes quirúrgicos 151 fueron niños en edades comprendidas entre 0 y 14 años, de los cuales 92 pasaron por CMA y 59 fueron ingresados en las unidades de hospitalización.

La población diana la han compuesto 37 niños de 0 a 14 años, ASA I intervenidos de fimosis en nuestro hospital durante el periodo de tiempo comprendido entre marzo y mayo de 2004.

LA POBLACIÓN DIANA LA HAN COMPUESTO 37 NIÑOS DE 0 A 14 AÑOS, ASA I INTERVENIDOS DE FIMOSIS EN NUESTRO HOSPITAL DURANTE EL PERIODO DE TIEMPO COMPENDIDO ENTRE MARZO Y MAYO DE 2004. SE TRATA DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO-OBSERVACIONAL-LONGITUDINAL-DESCRIPTIVO EN EL QUE SE HA ANALIZADO LA PRESUNTA INFLUENCIA DE LA ANSIEDAD PREQUIRÚRGICA EN LOS PROGENITORES SOBRE LA CONDUCTA PREOPERATORIA DE SUS HIJOS. EL COMPORTAMIENTO INFANTIL ANTE EL EPISODIO QUIRÚRGICO SE HA VALORADO PRINCIPALMENTE MEDIANTE LA COMPLIPLICIDAD DEL MENOR A LA HORA DE LA PUNCIÓN VENOSA EN QUIRÓFANO.

Se trata de un estudio prospectivo-observacional-longitudinal-descriptivo en el que se ha analizado la presunta influencia de la ansiedad prequirúrgica en los progenitores sobre la conducta preoperatoria de sus hijos.

El comportamiento infantil ante el episodio quirúrgico se ha valorado principalmente mediante la complicidad del menor a la hora de la punción venosa en quirófano.

Para la recogida de datos se han utilizado diferentes cuestionarios y test cuyos resultados se han obtenido mediante una entrevista realizada a cada paciente / familia en la unidad de CMA.

El test de ansiedad se han aplicado al cuidador principal que acompaña al niño, que de no manifestar lo contrario es siempre la madre.

Encuesta de recogida de datos en planta. La encuesta recoge de forma sistemática información general a cerca de los progenitores y el paciente.

Encuesta de recogida de datos en quirófano. Se realiza íntegramente dentro del quirófano, se tiene en cuenta todo el proceso anestésico (inducción, mantenimiento y despertar).

La principal observación que se realiza es: SI SE DEJA PINCHAR O NO:

- SI SE DEJA PINCHAR.- el niño colabora y no opone resistencia a la hora de la punción venosa.
- NO SE DEJA PINCHAR.- el niño no colabora, la punción venosa se realiza con medidas de contención físicas o sedación, mediante la administración de gases anestésicos.

Con esta observación queremos reflejar la complicidad del niño en función de su ansiedad, ante el acto de colaborar a la hora de la punción venosa.

Escala de Hamilton para la ansiedad. La escala de Hamilton para la ansiedad (HARS) es una escala de heteroevaluación (llevada a cabo por un observador externo).

La escala consta de 14 cuestiones, cada una con puntuación de 0 a 4.

La evaluación se efectúa mediante una entrevista voluntaria, preguntando acerca de los síntomas aparecidos la semana precedente.

La HARS ha sido específicamente diseñada para obtener una valoración cuantitativa de la sintomatología de la ansiedad.

Escala de observación de conductas de ansiedad durante la hospitalización. Se trata de una lista de conductas que pueden reflejar la presencia de ansiedad en el niño.

Se ha puntuado la intensidad del 0 al 3 (0- nada, 1- algo, 2- mucho, 3- muchísimo). No se ha tenido en cuenta la duración de dicha conducta, sino tan solo el hecho de aparecer la misma.

Se han determinado 3 momentos para realizar mediciones de ansiedad:

- **Momento 1.** En el momento de ingreso en CMA. La observación se realiza mientras se hace la entrevista a los padres y durante la toma de constantes y la administración de la medicación preanestésica.

- **Momento 2.** A la llegada al quirófano, mientras se practica la monitorización y la punción venosa.

- **Momento 3.** En el despertar de la anestesia en quirófano, antes de su traslado a la sala de reanimación.

Estas puntuaciones se han analizado en función de los diferentes aspectos estudiados: facilidad punción venosa, edad...

Para realizar el análisis estadístico se ha utilizado tres tipos de test: Ji al cuadrado (x^2), U de Mann-Whitney (u) y coeficiente de correlación de Pearson.

Para comparar variables cuantitativas hemos utilizado el test de u, para variables cualitativas el x^2 y a la hora de comparar dos variables distintas el coeficiente de relación de Pearson.

El nivel de significación empleado fue $P < 0,05$.

ACTITUD	TRANQUILO	0	
	INQUIETO	1	
	MUY AGITADO	2	
INFORMACIÓN	NULA	0	
	MALA	1	
	BUENA	2	
EDAD	0 a 3	0	
	4 a 6	1	
	7 a 9	2	
	10 a 14	3	
	NO ANSIEDAD	0	
HAMILTON	SI ANSIEDAD	1	
	NO POSIBLE	0	
PUNCIÓN	SI POSIBLE	1	
	0	1	2
ACTITUD	21	11	5
INFORMACIÓN	4	16	17
GRUPOS EDAD		TOTAL	
0-3 años		11	
4-6 años		15	
7-9 años		4	
10-14 años		7	

RESULTADOS

La escala observacional resultó el indicador de ansiedad empleado que mejor se asoció a la facilidad de punción venosa en los niños. En todos los casos encontramos significación estadística (I: $p = 0,0001$, Q: $p = 0,0002$ y D: $p = 0,0002$).

La edad fue el factor que más influyó en la colaboración a la hora de la punción venosa ($p = 0,002$) hasta el punto de que todos los niños que opusieron más resistencia a la hora de colaborar en su tratamiento, pertenecían al grupo de edad 0-3 años, salvo uno que pertenecía al grupo 4-6 años; siendo favorable la colaboración de todos los niños por encima de los 4 años de edad.

Las valoraciones de ansiedad obtenidas empleando la Escala Observacional se correlacionan extraordinariamente entre si en cualquiera de los tres momentos en los que se aplicaron a los niños ($p = 0,0001$).

La actitud de los niños se correlacionó adecuadamente con la ansiedad detectada en los padres por la escala de Hamilton, la edad de los pacientes y su grado de ansiedad valorado por la escala observacional.

También podemos afirmar que no queda demostrado que el nivel de información influya en el grado de ansiedad del niño, es posible que esto sea por la distribución de las franjas

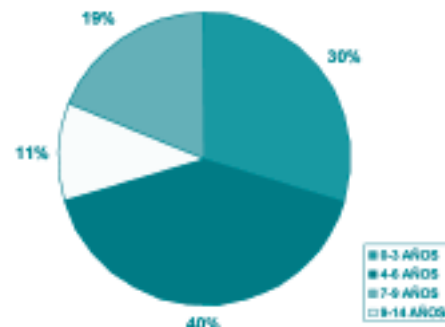
de edad, constituyendo un sesgo importante.

Podría decirse que se espera que los niños mayores tengan una capacidad intelectual y madurez más notables.

REPRESENTACIÓN GRAFICA DE LA ESCALA OBSERVACIONAL



REPRESENTACIÓN GRAFICA POR EDAD



Pero la edad no es el único parámetro que se debe tomar en cuenta.

No hay que olvidar el derecho que tiene el niño hospitalizado a recibir una información adaptada a su edad, su desarrollo mental, su estado afectivo y psicológico, con respecto al conjunto del tratamiento médico-quirúrgico al que va a estar sometido.

CONCLUSIONES

Después de analizar los resultados obtenidos opinamos que sí existe contagio emocional progenitores-niño, esto viene apoyado por la correlación entre las puntuaciones de ansiedad obtenidas mediante el test de Hamilton (padres) y la Escala Observacional (niños).

En cuanto a la valoración del grado de ansiedad de los niños, hemos observado que los resultados obtenidos mediante la Escala Observacional en los tres momentos en que es valorada (I, Q y D) no difieren entre ellos, derivándose así la conclusión que para estudios posteriores pueda ser suficiente con realizar la valoración al ingreso (I) en la unidad. El niño ansioso se comporta y se manifiesta como tal en cualquier momento del proceso, su actitud o comportamiento no se debe a los agentes externos, sino al grado de ansiedad con que afronte el acontecimiento.

Constatamos que la edad es el factor intrínseco más influyente, en el estado emocional de los pacientes quirúrgicos pediátricos, a lo largo de su ingreso hospitalario.

Como se desprende de los resultados de nuestro estudio concluimos que es la ansiedad el trastorno emocional más prevalente y con más implicaciones clínicas en la población quirúrgica infantil.

En nuestro estudio, tal como se desprende de los resultados obtenidos a padres más ansiosos corresponden niños con un componente ansioso mayor que aquellos en que sus progenitores han demostrado un nivel más bajo de ansiedad.

Por ello sugerimos disminuir el nivel de ansiedad de los padres para una mejor respuesta del niño durante todo el proceso quirúrgico.

Por ello sugerimos que desde las consultas de enfermería de urología se incida en disminuir la ansiedad de los padres para la mejor respuesta del niño durante todo el proceso quirúrgico.

Habitualmente, cuando los padres hablan con los médicos de la operación de su hijo se encuentran tensos, y esta tensión provoca que no puedan asimilar toda la información. Por este motivo vemos aconsejable que al terminar la entrevista médico-padres, las enfermeras de la consulta de urología expliquen y facilite a los padres un folleto con los consejos antes citados, para que una vez en casa y con tranquilidad puedan leerlos.

Se citará de nuevo a los padres desde la consulta de enfermería para que puedan expresar sus dudas y asegurarnos de que toda la información ha sido debidamente comprendida, al mismo tiempo que recogerán todos los protocolos de autorizaciones debidamente firmados.

Por último constatar que estas técnicas antes descritas,

además de ser altamente eficaces, son muy poco costosas. No requieren ningún material especial ni de alto coste económico. Solamente la enfermera de la consulta de urología perfectamente instruida y un folleto con estos consejos para los padres.

Enfermería debe ser la encargada de realizar una buena labor de educación sanitaria. ▼

BIBLIOGRAFÍA

- M^a J. Quiles Sebastián, F.X. Méndez Carrillo y J.M. Ortigosa Quiles. «Preocupaciones prequirúrgicas: estudio empírico con población infantil y adolescente». *An Esp Pediatr* 2001; 55 (2):129-134
- C. Silvent, J. Moix, A. Sanz. «Reducción de la ansiedad en la antecámara de quirófano en pacientes pediátricos». *Cir Pediatr* 2000; 13: 30-34
- Moix, J. (1996). «Preparación psicológica para la cirugía en pediatría». *Archivos pediatría*, 47 (4): 211-217
- D. Marcelli y J. de Ajuriaguerra. *El niño y el mundo médico. Psicopatología del niño*. 3^a edición. Barna.: Ed. Masson; 1996. 491-497
- J. de Ajuriaguerra. *El niño, la enfermedad y la limitación física. Manual de psiquiatría infantil*. Barna: Ed. Masson; 1991. 845-849
- Dr. Eduardo R. Hernández González. *La ansiedad infantil frente a la hospitalización y cirugía*. URL disponible en: <http://www.tupediatra.com/mnyy/adaptacion-conductas/mnyy37.htm>
- Dr. Sergio Muñoz Fernández. *Mi hijo esta hospitalizado*. URL disponible en: <http://www.mipediatra.com.mx/infantil/hospitalizado.htm>
- «Influencia del tipo de hospitalización en la ansiedad infantil ante la intervención quirúrgica». Ortigosa, J.M., y Méndez, F.X. *IV Congreso internacional sobre conductismo y ciencias de la conducta 1998*, Noviembre 18-21. Sevilla. España. URL disponible en: <http://www.um.es/gaihinfa/resumenes/rl/rl.htm>
- Cuadros de ansiedad*. Dr. Joan Romeu i Bes. URL disponible en: <http://www.drromeu.net/ansiedad.htm>
- La seguridad: una actitud de los padres*. Cecilia Taborga. URL disponible en: <http://www.psisicis.cl/padres2.htm>
- Programa preparación psicológica cirugía infantil*. «Un día en el hospital». URL disponible en: <http://www.avpap.org/documentos/jornadas2003/undiahosp.htm>
- Escala de Hamilton*. URL disponible en: <http://www.psicomag.com/neuropsiquiatria/ESCALA%20DE%20HAMILTON.php>
- Escala de Hamilton para la evaluación de la ansiedad (HRSA)*. URL disponible en: http://www.bibliopsiquis.com/escalas/escala_ansiedad0.htm
- Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg*. URL disponible en: <http://www.elmedico.net/ansiedad.htm>
- Capacidad de decisión de los niños enfermos*. Ana Yéssika Gamboa, Lisbeth Quesada. URL disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-0090200200020000...
- Información al paciente*. URL disponible en: <http://ww1.msc.es/insalud/hospitales/hulp/1/paped1.htm1>
- <http://ww1.msc.es/insalud/hospitales/hulp/1/paped3.htm1>
- De l'Hospital de Santa Maria a Gestió de Serveis Sanitaris*. [CD-ROM]. Decapecap. versión 2.0. Lleida: Efectres; 2001