

Intervención psicológica para el afrontamiento de procedimientos médicos dolorosos en oncología pediátrica

M. Salas Arrambide^a, O. Gabaldón Poc^b, J.L. Mayoral Miravete^c, R. Guerrero Pereda^c e I. Amayra Caro^a

^aDepartamento de Psicología. Universidad de Deusto. ^bClínica del Dolor y ^cServicio de Pediatría. Hospital Donostia. Bilbao. España.

Antecedentes

Los tratamientos psicológicos para el estrés en la realización de un procedimiento han demostrado tener buenos resultados en oncología pediátrica y numerosas instituciones recomiendan su implantación para reducir el estrés procedimental, la ansiedad y el dolor del niño asociados a procedimientos médicos dolorosos.

Objetivos

Valorar los resultados de la intervención psicológica en el primer niño que participa en el estudio "Análisis prospectivo de un programa psicológico para el afrontamiento de procedimientos médicos en oncología pediátrica".

Métodos

Estudio de caso único, utilizando autoinformes de dolor y ansiedad y una escala observacional, de una intervención psicológica que consta de los siguientes componentes: ejercicios de respiración, imaginación emotiva, refuerzo y ensayo conductual.

Resultados

El estrés procedimental, la ansiedad anticipatoria y el dolor disminuyeron con la intervención psicológica. El niño de 3 años de edad fue capaz de proporcionar autoinformes de dolor y de ansiedad anticipatoria utilizando los instrumentos apropiados.

Conclusiones

Se discuten los beneficios potenciales de este tipo de intervenciones y se proponen mejoras para futuras investigaciones.

Palabras clave:

Procedimientos médicos dolorosos. Niños. Terapia cognitivo-conductual. Psicooncología pediátrica.

PSYCHOLOGICAL INTERVENTION FOR COPING WITH PAINFUL MEDICAL PROCEDURES IN PEDIATRIC ONCOLOGY

Background

Psychological treatments for procedural distress have shown good results in pediatric oncology and several institutions recommend their implementation to reduce the procedural distress, anxiety and pain associated with painful medical procedures.

Objectives

To assess the results of a psychological intervention in the first child participating in the study «Prospective Analysis of a Psychological Program for Coping with Medical Procedures in Pediatric Oncology».

Methods

We performed a single-case study, using pain and anxiety self-reports by the child and an observational scale in a psychological intervention with the following components: Breathing exercises, imagery, reinforcement, and behavioral rehearsal.

Results

The psychological intervention decreased procedural distress, anticipatory anxiety and pain. The 3-year-old child was able to give pain and anxiety self-reports using appropriate tools.

Conclusions

The potential benefits of this kind of intervention are discussed, and some recommendations for future research are proposed.

Key words:

Painful medical procedures. Children. Cognitive-behavioral therapy. Pediatric psycho-oncology.

Correspondencia: Dr. M. Salas Arrambide.
Universidad de Deusto. Facultad FICE. Despacho 213-D.
Apartado 1. 48080 Bilbao. España.
Correo electrónico: msalas@euskalnet.net

Recibido en enero de 2003.
Aceptado para su publicación en marzo de 2003.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, parte de la literatura médica sobre oncología pediátrica se ha centrado en el tratamiento psicológico de la ansiedad, estrés y dolor asociados a procedimientos médicos¹⁻³. A nivel europeo no se ofrecen de forma sistemática este tipo de intervenciones, por lo que se pretende estudiar un programa psicológico para el afrontamiento de procedimientos médicos en población oncológica pediátrica en el Servicio de Pediatría del Hospital Donostia y valorar los resultados de este programa (tabla 1). El estudio comenzó una vez obtenida la aprobación del Comité Ético de Ensayos Clínicos del Hospital. A continuación se presentan los resultados obtenidos con el primer participante, con el objetivo de conocer posibles resultados en intervenciones futuras y realizar cambios en el protocolo para adecuarlo a las necesidades existentes.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

El primer participante en el estudio fue un niño de 3 años y 3 meses diagnosticado de leucemia linfocítica aguda un mes y 11 días antes del comienzo de la recogida de datos y que se encontraba en tratamiento en el Servicio de Pediatría del Hospital Donostia. Presentaba alto grado de estrés y ansiedad previos y durante los proce-

dimientos médicos por lo que necesitó restricción física para la realización de cualquier procedimiento médico.

Obtención del consentimiento de participación y recogida de datos para la línea base

Durante el primer ingreso hospitalario del niño, se contactó con los padres para informarles sobre el estudio y pedirles su consentimiento de participación.

En la siguiente visita al hospital de día pediátrico para la realización de algún procedimiento médico se tomó la línea base, obteniendo autoinformes del niño sobre la ansiedad anticipatoria y el dolor experimentados por el procedimiento médico, y los datos proporcionados por la escala observacional. Los instrumentos que se utilizaron para este propósito son los siguientes: Procedure Behavioral Rating Scale-Revised (PBRS-r)⁴ y Escala FACES Pain Rating Scale⁵ (para una revisión de este tipo de instrumentos véase Salas et al, 2002)⁶.

La PBRS-r es una escala observacional de 11 ítems que evalúa las conductas de estrés que experimenta el niño durante diferentes fases del procedimiento médico.

La escala FACES Pain Rating Scale es un autoinforme apropiado para evaluar el dolor y la ansiedad del niño. Consta de seis dibujos de caras ordenadas gradualmente

TABLA 1. Componentes de la intervención psicológica para el afrontamiento de procedimientos médicos en oncología pediátrica

Componente	En qué consiste	Por qué se utiliza
Respiración	Se utiliza un ejercicio de respiración profunda simple, utilizando globos y pompas de jabón. Se repite este ejercicio hasta que el niño lo realice correctamente	Dará al niño una estrategia activa de distracción atencional durante el procedimiento
Distracción	Se pregunta al niño sobre un personaje favorito, y una vez que se tenga un personaje favorito, se crea un escenario con el niño en el que el héroe es trasladado a la situación médica de una manera creíble. Durante el procedimiento médico se recordará al niño el escenario imaginado que se habrá creado y se le estimulará a que utilice la imaginación	Se utiliza la imaginación emotiva con el niño como una estrategia cognitiva. Las imágenes emotivas presumiblemente transforman el significado del dolor para el niño y hacen surgir motivaciones referidas al dominio sobre el dolor más que la evitación
Refuerzo	Se muestra al niño un pequeño trofeo (una bolsa de caramelos, pegatinas, muñecos pequeños, etc.) y se le dice que los premios se dan a los niños que se portan bien durante el procedimiento médico. Para obtener el trofeo, el niño tendrá que estar quieto durante el procedimiento y hacer los ejercicios de respiración que se le enseñen	Estas contingencias estaban basadas en que: 1) el estar quieto hace que se acabe el procedimiento lo más rápido posible y sin complicaciones, y 2) los ejercicios de respiración distraen al niño y evitan el estrés grave (gritos, lucha, agitación)
Ensayo conductual	Una vez que se le ha enseñado al niño el trofeo, se le han enseñado los ejercicios de respiración e imaginación, se practica un procedimiento médico ficticio en tres tiempos distintos: 1. El niño "juega a médicos" y realiza en el muñeco el procedimiento con equipo médico de juguete. Mientras el niño administra el procedimiento, se guía al muñeco para que permanezca quieto y haga los ejercicios de respiración 2. El niño administra el procedimiento al psicólogo, sirviendo éste como modelo de conductas de afrontamiento y de autoafirmaciones positivas mientras el niño juega 3. El psicólogo practica el procedimiento en el niño. Se guía al niño para que permanezca quieto, haga los ejercicios de respiración y utilice la distracción mientras que el psicólogo pretende llevar a cabo el procedimiento médico	La sesión de ensayo conductual implica estrategias que pueden servir para aliviar el estrés, la ansiedad y la percepción del dolor del niño: desensibilización en vivo, información sobre el procedimiento, modelado de conductas de afrontamiento, y <i>role-playing</i> de los procedimientos. El componente de información estará dirigido a corregir los prejuicios del niño sobre los procedimientos médicos A través del juego con el muñeco se enfatiza que los procedimientos son necesarios para ponerse bien, que los médicos y enfermeras son sus amigos, y que aunque los procedimientos sean dolorosos, sus cuerpos estarán bien cuando acabe el procedimiento

de sonrisa a llanto que representan varios grados de dolor. Al tratarse de una escala de formato gráfico, numérico y verbal, se eliminó el formato verbal para evitar barreras lingüísticas al ser utilizada en un entorno bilingüe. Se escogió esta escala por su simplicidad y formato atractivo para los niños.

Intervención psicológica

Durante el siguiente ingreso hospitalario del niño se llevó a cabo la intervención psicológica que consta de dos sesiones.

Sesión I

En una primera sesión de 30 min de duración, se estimula al niño para que se centre en actividades de juego médico no dirigido, sirviéndonos de un oso de peluche y de un maletín con material médico de juguete. Esta sesión permite que el niño se familiarice con el material que se va a utilizar durante la intervención psicológica, establecer una mejor relación niño-psicólogo y obtener datos sobre cómo percibe el niño la hospitalización, el personal sanitario, los procedimientos médicos, la enfermedad, etc.

Sesión II

En la segunda sesión, de 1 h de duración se lleva a cabo la intervención psicológica para el afrontamiento de procedimientos médicos.

Esta intervención consta de cuatro componentes tomados de los estudios de Blount et al⁷, Jay et al⁸⁻¹⁰, Kazak et al^{11,12}, Manne et al^{13,14} y Powers et al¹⁵: ejercicios de respiración, distracción, refuerzo y ensayo conductual.

Seguimiento de la intervención psicológica

Se obtienen datos en los dos siguientes procedimientos médicos tras la intervención psicológica, que conlleven la manipulación del catéter con reservorio subcutáneo.

RESULTADOS

La intervención psicológica tuvo efectos en el estrés del niño, en la ansiedad anticipatoria y en el dolor.

Efectos de la intervención en el estrés global del niño

En la línea base el nivel de estrés del niño era moderadamente alto. Hubo que esperar al segundo procedimiento médico para apreciar una disminución significativa en el estrés respecto a la línea base (50%) (fig. 1).

Efectos de la intervención en el estrés de cada fase del procedimiento médico

Las conductas de estrés desde que el niño entra en la sala de tratamiento hasta que se avisa el comienzo del procedimiento (durante el tiempo de espera) disminuyeron en el 42,86% en el primer procedimiento médico tras

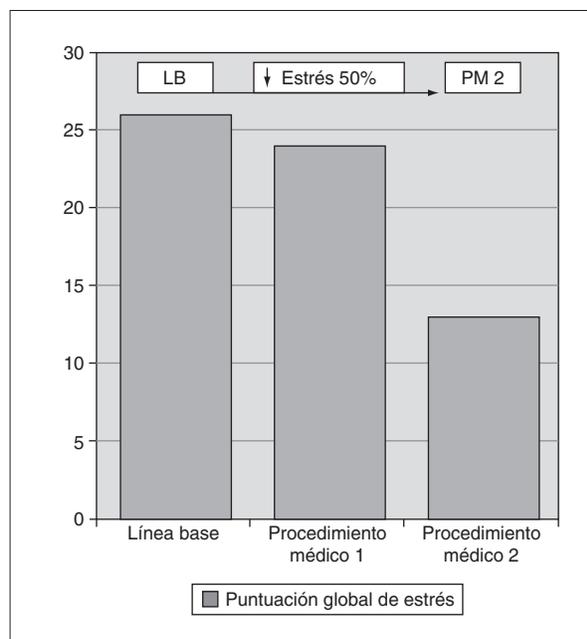


Figura 1. Efectos de la intervención en las puntuaciones de estrés global.

la intervención psicológica, reducción que se mantuvo en el segundo procedimiento médico.

Las conductas de estrés del niño desde el aviso del comienzo del procedimiento hasta el momento de la inserción de la aguja (fase anticipatoria), se mantuvieron igual que en la línea base en el primer procedimiento médico tras la intervención psicológica, apreciándose en el segundo procedimiento médico una disminución del 62,5%.

Respecto a las conductas de estrés del niño durante la realización del procedimiento médico (desde la inserción hasta la extracción de la aguja), aumentaron el 14,28% durante el primer procedimiento médico tras la intervención psicológica, pero disminuyeron de forma notable en el segundo procedimiento médico (el 71,42% respecto a la línea base y el 75% respecto al primer procedimiento médico tras la intervención psicológica).

Las conductas de estrés desde la extracción de la aguja hasta que el niño abandonaba la sala de tratamiento se mantuvieron igual a lo largo de todas las sesiones (fig. 2).

Efectos de la intervención en la ansiedad y en el dolor

En la línea base, la ansiedad durante el tiempo de espera y el dolor experimentado por el niño durante el procedimiento eran máximos. No obstante, a lo largo de los procedimientos médicos realizados, se observaron disminuciones significativas en ambas variables.

En el primer procedimiento médico tras la intervención psicológica, la ansiedad anticipatoria disminuyó en el 100%, disminución que se mantuvo en el siguiente procedimiento médico.

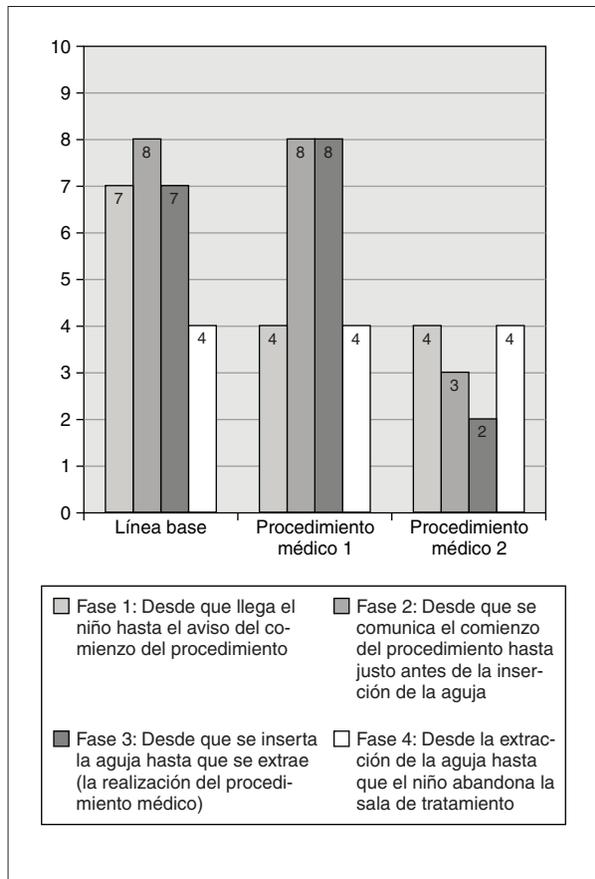


Figura 2. Efectos de la intervención en el estrés por fase del procedimiento médico.

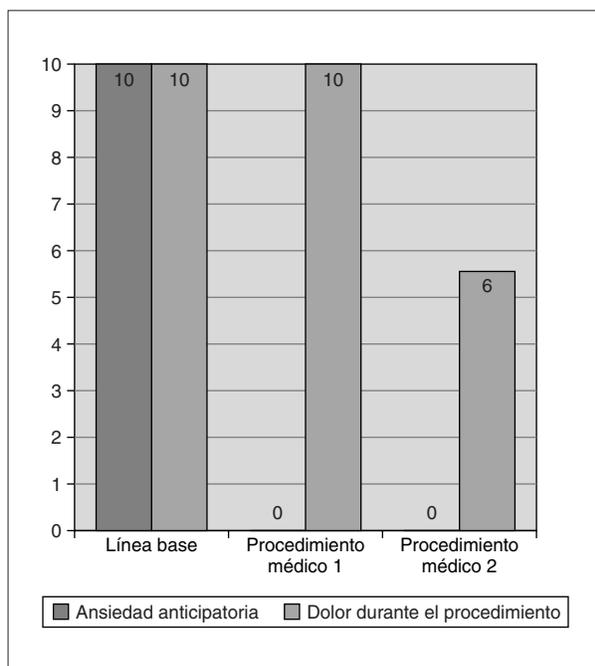


Figura 3. Efectos de la intervención en la ansiedad anticipatoria y dolor evaluados mediante autoinformes.

El dolor permaneció igual que en la línea base durante el primer procedimiento médico tras la intervención psicológica, pero disminuyó un 40% en el siguiente procedimiento médico (fig. 3).

DISCUSIÓN

Con este estudio se comienza por primera vez en la provincia de Guipúzcoa un "Programa de intervención psicológica para el afrontamiento de procedimientos médicos en oncología pediátrica" en una institución sanitaria (Servicio de Pediatría del Hospital Donostia) siguiendo las recomendaciones propuestas por instituciones como la Sociedad Internacional de Oncología Pediátrica¹⁶, la Organización Mundial de la Salud¹⁷, la American Academy of Pediatrics y la American Society of Pain¹⁸, uniendo la práctica clínica con la investigación. Este trabajo demuestra que es posible la implantación de un "Programa psicológico para el afrontamiento de procedimientos médicos" en una institución sanitaria y que son muchos los beneficios que puede obtener el niño con este tipo de intervenciones.

Además, podemos comprobar que el niño de corta edad, aun careciendo de las habilidades de lecto-escritura básicas, es capaz de proporcionar autoinformes sobre sus niveles de dolor y ansiedad y de tomar un rol activo en el tratamiento de su enfermedad, lo cual le permite que se sienta menos indefenso ante el entorno sanitario y los asaltos físicos a los que se ve sometido durante el tratamiento.

Los resultados de este estudio inicial sugieren que la intervención psicológica descrita tiene el potencial de reducir la ansiedad anticipatoria, el estrés y el dolor que experimenta el niño oncológico ante los frecuentes procedimientos médicos dolorosos a los que se ve sometido. No obstante, es necesario ampliar la muestra con el objetivo de obtener datos estadísticamente significativos que permitan realizar generalizaciones.

En siguientes intervenciones convendría intervenir de alguna manera con los padres para que se sientan menos ansiosos e indefensos durante el procedimiento médico y sepan qué hacer para ayudar al niño, de manera que ambos afronten el procedimiento médico de la forma más exitosa posible.

También tendría que tenerse más en cuenta al personal sanitario que realiza los procedimientos médicos, por lo que para siguientes estudios se sugiere la utilización de instrumentos que evalúen no sólo el estrés del niño, sino también el afrontamiento y las conductas de las personas presentes en la sala de tratamiento y algún tipo de intervención sistémica que implique no sólo al niño y al psicólogo, sino también a las personas que acompañen al niño cuando se vaya a realizar un procedimiento médico doloroso y al personal sanitario implicado.

Aunque este estudio muestra unos resultados preliminares y no generalizables, presenta un enfoque prometedo para el alivio de algunas incomodidades asociadas al tratamiento del niño oncológico y ha tenido como con-

secuencia la elaboración de un protocolo de intervención psicológica para la ansiedad, dolor y estrés asociados a procedimientos médicos dolorosos en oncología pediátrica.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido realizado gracias a la ayuda del Gobierno Vasco, a través de una beca del Programa de Formación de Investigadores del Departamento de Educación, Universidades e Investigación (BFI01.16 Mod. AE), concedida a la primera autora del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Leahy S, Hockenberry-Eaton M, Sigler-Price K. Clinical management of pain in children with cancer. Selected approaches and innovative strategies. *Cancer Practice* 1994;2:37-45.
2. Ellis JA, Spanos NP. Cognitive-behavioral interventions for children's distress during bone marrow aspirations and lumbar punctures: A critical review. *J Pain Symptom Manage* 1994;9:96-108.
3. Powers SW. Empirically supported treatments in pediatric psychology: Procedure-related pain. *J Pediatr Psychol* 1999;24:131-45.
4. Katz ER, Kellerman J, Siegel SE. Distress behavior in children with cancer undergoing medical procedures: Developmental considerations. *J Consult Clin Psychol* 1980;48:356-65.
5. Wong PL, Baker CM. Pain in children: Comparison of assessment scales. *Pediatr Nurs* 1988;14:9-17.
6. Salas M, Gabaldón O, Mayoral JL, Amayra I. Evaluación de la ansiedad y el dolor asociados a procedimientos médicos dolorosos en oncología pediátrica. *An Esp Pediatr* 2002;57:34-44.
7. Blount RL, Powers S, Cotter MW, Swan S, Free K. Making the system work. Training pediatric oncology patients to cope and their parents to coach them during BMA/LP procedures. *Behavior Modification* 1994;18:6-31.
8. Jay SM, Elliott CH, Ozolins M, Olson RA, Pruitt SD. Behavioral management of children's distress during painful medical procedures. *Behavior Research and Therapy* 1985;23:513-20.
9. Jay SM, Elliott CH, Woody PD, Siegel S. An investigation of cognitive-behavior therapy combined with oral valium for children undergoing painful medical procedures. *Health Psychol* 1991;10:317-22.
10. Jay SM, Elliott CH, Fitzgibbons I, Woody P, Siegel S. A comparative study of cognitive behavior therapy versus general anesthesia for painful medical procedures for children. *Pain* 1995;62:3-9.
11. Kazak AE, Penati B, Boyer BA, Himelstein B, Brophy P, Waibel MK, et al. A randomized controlled prospective outcome study of a psychological and pharmacological intervention protocol for procedural distress in pediatric leukemia. *J Pediatr Psychol* 1996;21:615-31.
12. Kazak AE, Penati B, Brophy P, Himelstein B. Pharmacologic and psychologic interventions for procedural pain. *Pediatrics* 1998;102:59-66.
13. Manne SL, Redd WH, Jacobsen PB, Gorfinkle K, Schorr O, Rapkin B. Behavioral intervention to reduce child and parent distress during venipuncture. *J Consult Clin Psychol* 1990;58:565-72.
14. Manne SL, Bakeman R, Jacobsen PB, Gorfinkle K, Redd WH. An analysis of a behavioral intervention for children undergoing venipuncture. *Health Psychol* 1994;13:556-66.
15. Powers SW, Blount RL, Bachanas PJ, Cotter MW, Swan SC. Helping preschool leukemia patients and their parents cope during injections. *J Pediatr Psychol* 1993;18:681-95.
16. Schechter NL, Altman A, Weisman S. Report of the consensus conference on the management of pain in childhood cancer. *Pediatrics* 1990;86:814-34.
17. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care in children. Genève: WHO, 1998.
18. American Academy of Pediatrics y American Pain Society. The assessment and management of acute pain in infants, children and adolescents. *Pediatrics* 2001;108:793-7.

Fe de errores

En el artículo publicado como "Nota clínica" titulado "Miocardio ventricular no compacto aislado" (*An Esp Pediatr* 2002;57:570-3) se produjo un error en el apellido del segundo autor. El nombre completo es S. Rite Gracia en lugar de S. Rite Montañés.