

Psicoprofilaxis quirúrgica pediátrica: experiencia inicial en un centro privado

V. Fiszson¹, S. Rigol Sanmartín², I. Muntasell Peradejordi³, G. Vila Rubina⁴, F. Muñoz Llama⁵, M. Tremols Esmel⁶, J. Mallofre Fontanet⁷

¹Unidad de Psicología. ²Servicio de Cirugía Pediátrica. ³Servicio de Otorrinolaringología. ⁴Departamento de Anestesiología. ⁵Servicio de Pediatría. ⁶Departamento de Enfermería. ⁷Dirección Médica. Hospital Quirónsalud del Vallés. Sabadell (Barcelona)

Resumen

Introducción: Un proceso quirúrgico implica para el niño una eventual experiencia traumática marcada por una excesiva carga de temor y ansiedad que pueden afectar negativamente a dicho proceso. La psicoprofilaxis quirúrgica (PQ) puede prevenir este efecto. El objetivo de este estudio es describir nuestra experiencia inicial con PQ en un centro privado.

Pacientes y métodos: Revisión retrospectiva de los casos de cirugía programada bajo PQ (desde julio de 2015 hasta julio de 2016). Se realizó una entrevista prequirúrgica a los padres, una «hora de juego diagnóstica» con los niños (dibujos, juego de rol con muñeco, soporte con cuentos e ilustraciones, familiarización con elementos quirúrgicos y visita al área quirúrgica), un seguimiento telefónico y una valoración tras el procedimiento.

Resultados: Fueron operados 17 pacientes (un 88% niños [n=15]) de 3-13 años de edad (mediana de 6,9), intervenidos de hernias, fimosis, hipospadia, criptorquidia, anquiloglosia, amigdalitis y orejas prominentes. El 65% de los padres se declararon «bastante» o «muy preocupados», y un 53% refirió una insuficiente comprensión de la información prequirúrgica proporcionada. En 9 niños (53%) todos mayores de 5 años, hubo cambios conductuales (mejoraron post-PQ). En 14 casos (87,5%), la pernocta postoperatoria fue tranquila, y sólo 3 pacientes (18,7%) necesitaron medicación adicional (antieméticos o analgesia). Un 93% de los padres consideró la PQ muy beneficiosa y un 87% estimó que la información recibida se ajustó a la realidad del proceso quirúrgico. Todos los padres recomendarían la PQ.

Conclusiones: El programa de PQ resultó eficaz tanto para los niños como para sus padres, ya que disminuye la ansiedad y el temor que implica la cirugía infantil.

©2018 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave

Cirugía pediátrica, psicoprofilaxis quirúrgica, ansiedad

Abstract

Title: Paediatric surgical psychoprophylaxis: Initial experience at a private center

Introduction: A surgical process implies for the child an eventual traumatic experience marked by an excessive load of fear and anxiety that can negatively affect this process. Surgical psychoprophylaxis (SP) may prevent this effect. The objective of this study is to describe our initial experience with SP in a private center.

Patients and methods: Retrospective review of patients undergoing scheduled surgery with SP (July 2015/July 2016). It has been made: pre-surgical interview with parents; «diagnostic playing-hour» with children (drawings, role play with a puppet, stories and illustrations support, familiarization with surgical elements and a surgical area visit), telephone follow-up and a post-procedure assessment.

Results: Seventeen patients (boys 15 [88%]) were operated aged between 3 and 13 years (median 6.9 years) and hernias, phimosis, hypospadias, cryptorchism, ankyloglossia, tonsillitis and prominent ears were intervened. 65% of parents rated themselves as «quite» or «very worried», and 53% reported insufficient understanding of the information provided by the surgeon. In 9 children (53%) all over 5 years, there were behavioral changes (improved post-SP). In 14 cases (87.5%), the postoperative night was quiet and only 3 patients (18.7%) needed additional medication (antiemetic or analgesic). 93% of the parents considered SP very beneficial and 87% considered that the information received was in line with the reality of the surgical process. All parents would recommend SP.

Conclusions: The SP program is effective for both children and their parents, reducing the anxiety and fear that child surgery involves.

©2018 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords

Paediatric surgery, surgical psychoprophylaxis, anxiety

Introducción

La proximidad de una intervención quirúrgica representa para todo paciente un elemento reconocido de estrés y, a la vez, inductor de ansiedad, que incluso puede afectar negativamente la recuperación postoperatoria¹⁻³.

En el caso particular del paciente pediátrico, los niños suelen afrontar la cirugía expresando principalmente miedo a lo desconocido, temor al dolor y a la pérdida de la integridad corporal, fantasías de castración o muerte, desconfianza a la anestesia, angustia de separación de los padres y/o culpabilidad respecto de su enfermedad⁴. Por otra parte, este estado preoperatorio de ansiedad infantil se asocia a mayor dolor posquirúrgico y, por tanto, mayor consumo de analgésicos, irritabilidad y alteraciones del sueño y de la ingesta, que acontecen, principalmente, durante los 3 primeros días de la cirugía⁵. El beneficio de prevenir dicha situación recibió un impulso trascendental hacia la década de 1970, cuando la preparación psicológica prequirúrgica del niño mediante la introducción de una película demostró su eficacia^{6,7}, una valoración bien reconocida en la actualidad⁸.

La psicoprofilaxis quirúrgica (PQ) puede definirse como un conjunto de técnicas psicoterapéuticas empleadas en la psicología pediátrica que, dentro de un marco interdisciplinario, se ocupan de preparar psicológicamente al niño y a su familia para afrontar una intervención quirúrgica con el menor impacto psicológico y físico posible⁹. Además del control de la ansiedad y la reducción del temor infantil a la cirugía⁹, las técnicas de PQ promueven otros efectos positivos. Ortigosa Quiles et al.¹⁰ demostraron que los niños preparados, ya sea mediante un modelo filmado, técnicas de afrontamiento o ambas, llamaron menos a la enfermera, requirieron menos analgésicos y tuvieron un mejor descanso nocturno poscirugía que un grupo control o testigo. Peterson y Shigetomi¹¹ encontraron que niños favorecidos con técnicas de afrontamiento eran más colaboradores durante el postoperatorio y tenían una mejor ingesta de líquidos. Silvente et al.¹² hallaron que la PQ incrementa los comportamientos positivos de los niños (sonreír, conversar o cooperar) durante la hospitalización previa a la operación. Por su parte, Carricart et al.¹³ señalaron que el trabajo multidisciplinario con padres y niños favorecía en estos últimos la inserción social y escolar y el aprendizaje del control de esfínteres (reduciendo la incontinencia fecal) tras una cirugía por malformaciones anorrectales.

El presente trabajo presenta los resultados de nuestro abordaje inicial a la PQ pediátrica en un centro privado, lo cual requirió la colaboración interdisciplinaria entre los servicios de psicología, cirugía, otorrinolaringología, anestesiología y enfermería.

Pacientes y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes pediátricos de 3-13 años de edad intervenidos quirúrgicamente de forma

programada en nuestro centro entre julio de 2015 y julio de 2016. Los padres aprobaron que los niños participaran de la experiencia y aceptaron la utilización de sus datos demográficos, dibujos y fotografías vestidos con indumentaria quirúrgica (sin exposición reconocible del rostro) para fines científicos o académicos.

Además de los datos generales y quirúrgicos, se valoró, desde la perspectiva de los padres, el nivel de preocupación, su grado de comprensión de la información brindada preoperatoria y la presencia de cambios de comportamiento del niño. Por otra parte, la presencia y la magnitud de la ansiedad y el temor infantil se estimaron en función de la anamnesis psicológica y la interpretación del dibujo libre y dirigido (con consigna). Brevemente, se obtuvo información analizando tanto la actitud del niño al dibujar como los distintos elementos del propio dibujo (secuencia, simetría, trazo, emplazamiento, color, movimiento, presión del lápiz, etc.)¹⁴. El efecto de la PQ se apreció valorando la mejoría conductual posterior, la actitud del niño a su llegada a la habitación de hospitalización y durante la pernocta postoperatoria.

El programa de PQ consistió en las siguientes fases:

- Entrevista con los padres, de tipo semidirigida. Se focalizó en el conocimiento del niño sobre la cirugía, la comunicación con el mismo y la situación emocional y familiar. Además, durante la entrevista se indagaron 3 ítems, considerando sólo una respuesta de consenso de los padres (no individual): grado de preocupación (nada, poco, algo, mucho), grado de comprensión de la información brindada por el cirujano (suficiente o insuficiente) y valoración de cambios de comportamiento en el niño según su observación (duración de 45-60 min).
- Entrevista con el niño («hora de juego diagnóstica»). Consistió en un encuentro valorativo y didáctico, que permitió establecer el nivel de ansiedad prequirúrgica del niño (fantasías y temores). La técnica (duración aproximada de 45 min) se realizó a través de los siguientes pasos:
 - Diálogo inicial para la presentación, la familiarización y el reconocimiento de la información que el niño posee, cómo se siente y los recursos de afrontamiento que dispone para transitar la intervención.

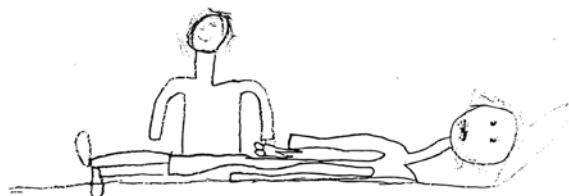


Figura 1. Dibujo preoperatorio con consigna, en el que el niño dibujó cómo creía que sería intervenido. La imagen denota fantasía de castración (tijera en zona genital) (niño de 9 años intervenido de fimosis)

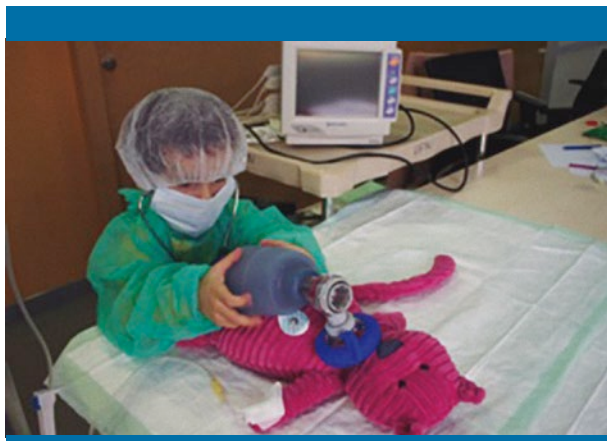


Figura 2. Trabajo de la ansiedad preoperatoria infantil con muñecos: rol del «niño doctor»



Figura 3. Manejo de la ansiedad preoperatoria infantil: familiarización con el material quirúrgico

- Técnica de dibujo libre (el niño dibuja lo que desea).
- Técnica de dibujo con consigna (el niño dibuja cómo cree que lo curarán) (figura 1).
- Interpretación del dibujo y trabajo terapéutico (incluida la información aportada por los padres). Parte principal de la técnica en que se individualizan el temor y la fantasía infantil que luego se aborda psicológicamente.
- Apoyo con material didáctico. A los más pequeños (3-5 años) se les leyó un cuento de un niño que se opera y supera satisfactoriamente una cirugía, y a los mayores de 5 años se les mostraron imágenes adecuadas a su comprensión de los procedimientos medicoquirúrgicos relacionados.
- Juego. Los niños más pequeños jugaron con muñecos «curados» por ellos (rol de niño-doctor/muñeco-paciente) (figura 2).



Figura 4. Manejo de la ansiedad preoperatoria infantil: visita o recorrido por el área quirúrgica

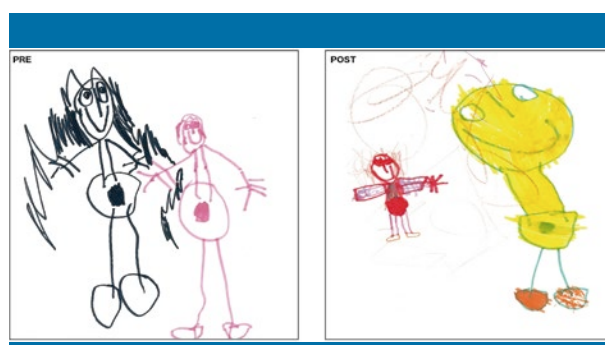


Figura 5. Dibujo libre pre/poscirugía. En el dibujo previo se observa un trazo muy marcado y fuerte en color negro, con líneas «en punta» que representan «conflicto o tensión». En el posterior, el trazo es menos marcado y utiliza un color más vivo (amarillo); la figura está rellena, lo que representa «amigabilidad, distensión» (niña de 4 años con hipertrofia adenoidea)

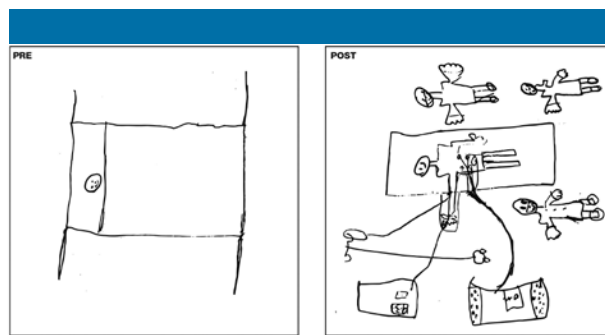


Figura 6. Dibujo con consigna pre/poscirugía. En el dibujo previo sólo muestra a un niño sin cuerpo y aislado, por lo que se infiere su elevada ansiedad y la dificultad de expresar e imaginar recursos para enfrentar la cirugía. En el dibujo posterior, el niño es capaz de organizar (modo reparador) recursos que logró utilizar en la intervención (médicos, aparatos, clima amistoso, asepsia, etc.) (niño de 6 años con una hernia inguinal)

TABLA 1

Pacientes incluidos en el estudio, características demográficas y procedimientos

<i>Sexo</i>	<i>Edad</i>	<i>Patología</i>	<i>Intervención</i>
M	3	Hernia inguinal derecha	Herniorrafia
M	3	Hipospadía	Glanduloplastia
M	4	Hipospadía	Resección prepucial/balanoplastia
F	4	Hipertrofia adenoidea	Radiofrecuencia adenoamigdalár
M	5	Adenoamigdalitis	Reducción amigdalár/adenoidectomía
M	5	Fimosis/frenillo lingual	Circuncisión/elongación del frenillo lingual
M	5	Frenillo lingual	Frenectomía lingual
M	6	Hernia inguinal izquierda	Herniorrafia
M	6	Fimosis/hernia umbilical	Circuncisión/herniorrafia
M	7	Fimosis	Circuncisión
M	9	Fimosis	Circuncisión
M	9	Fimosis	Circuncisión
M	10	Criptorquidia derecha	Descenso testicular
F	10	Hernia umbilical	Herniorrafia
M	12	Fimosis	Circuncisión
M	12	Fimosis	Circuncisión
M	13	Hélix bilateral	Otoplastia bilateral

– Familiarización con el material quirúrgico. Se procedió a mostrar a los niños distintos elementos comunes de cirugía (batas, barbijos, vías, vendas, cánulas, camillas, etc.) y se permitió que se vistieran con ellos (figura 3).

- Visita al área quirúrgica. Consistió en un recorrido por el entorno quirúrgico y de hospitalización (recuperación) para la familiarización del paciente y su familia con el mismo. Se procuró que el personal de quirófano entablase conversación con el niño, le llamara por su nombre, formulara preguntas, etc. (duración aproximada de 20 min) (figura 4).
- Contacto telefónico de la primera semana. Se estableció una valoración del comportamiento del niño durante la primera semana tras la sesión de PQ.
- Momento quirúrgico y posquirúrgico. El niño es conocedor del procedimiento quirúrgico, llega al «transfer» en camilla junto con sus padres y su propio muñeco (sostén emocional) y lo reciben el cirujano y el personal de quirófano (que ya lo conocen). El circuito quirúrgico incluye la pernocta hospitalaria el día de la cirugía y el alta al día subsiguiente. En esta etapa se valoró la actitud del niño a la llegada a la planta de hospitalización (tranquilo o excitado), si hubo necesidad o no de administrar analgésicos o antieméticos adicionales a la pauta postoperatoria habitual, y si se produjeron «llamadas a la enfermera» por intranquilidad, ansiedad o excitación.
- Entrevista posquirúrgica. Se valoró en la primera semana postoperatoria cómo vivió el paciente la experiencia, y se reforzaron la capacidad de adaptabilidad del niño al proceso y el logro obtenido. Los niños realizaron un dibujo libre o con consigna («¿cómo te curaron?») (figuras 5 y 6), mientras que

los padres calificaron la utilidad del programa y si lo recomendarían a otros padres.

Resultados

Durante el periodo de estudio y mediante el programa de PQ se operaron 17 pacientes (un 88% niños [n= 15]) de 3-13 años de edad (mediana de 6,9). Todos los niños estaban escolarizados acorde a su edad y habían accedido a la prestación sanitaria cubierta por su seguro de salud. Como información preoperatoria relevante, cabe mencionar que 4 pacientes (varones de 10-13 años) tenían un diagnóstico de trastorno por déficit de atención (TDA), y sólo 3 se habían sometido a una cirugía previa a la actual (fimosis). Respecto a la situación parental, 3 pacientes eran hijos de padres separados, pero este aspecto ni los mencionados anteriormente incidieron en la conducta observada de los menores.

La patología quirúrgica causante del proceso en cuestión fue la habitual en cirugía pediátrica (hernias, fimosis, hipospadía, criptorquidia, frenillo lingual, patología amigdalár y de hélix), y cabe destacar que en 2 pacientes afectados de fimosis se aprovechó el procedimiento para tratar otra patología concomitante (frenillo lingual y hernia umbilical). En la tabla 1 se consignan los datos demográficos y la relación entre la patología y la intervención realizada.

En la entrevista inicial a los padres, un 65% se declaró «bastante» o «muy preocupado» (11 respuestas), mientras que el 35% restante (n= 6) refirió una escasa o ninguna preocupación.

Un 53% (9 respuestas) refirió haber comprendido poco la información proporcionada por el cirujano, mientras que en el 47% restante (8 respuestas) la comprensión fue calificada como satisfactoria. En 9 niños (53%) se produjeron cambios conductuales prequirúrgicos, acordes con la valoración efectuada por los padres (irritabilidad, ansiedad y temor), que mejoraron tras la intervención de PQ (contacto telefónico). Cabe destacar que las alteraciones de la conducta sólo se expresaron en niños mayores de 5 años, lo que sugiere, coincidiendo con los datos de la bibliografía, que los muy pequeños presentan una escasa comprensión de la situación¹⁵.

Durante la entrevista a los niños, todos ellos efectuaron 3 dibujos: un primer dibujo libre pre-PQ, un segundo dibujo «con consigna» tras la sesión de PQ («¿cómo te imaginas que te van a curar?») y un tercer dibujo «con consigna posquirúrgica» («¿cómo te curaron?») durante la visita de cierre.

Respecto al comportamiento durante la pernocta postoperatoria (alta en la mañana siguiente), el 87,5% de los niños (n=14) llegaron tranquilos (sin llanto o excitación) a la habitación, y se mantuvieron así hasta el alta, sin dificultades respecto al reposo nocturno, la primera ingesta y la micción espontánea. Sólo 3 pacientes (18,7%) manifestaron una reacción nauseosa y requirieron antieméticos, mientras que 2 niños (12,5%) necesitaron una analgesia extra a la pauta habitual.

Evaluada las respuestas de los padres respecto a la experiencia de sus hijos con la PQ, un 93% la consideró muy beneficiosa y un 87% estimó que la información recibida se ajustó a la realidad del proceso quirúrgico vivido y, por tanto, resultó útil para los niños, mientras que la totalidad de los padres recomendaría este proceso a otras familias.

Discusión

La preparación psicológica de un niño que debe enfrentar una intervención quirúrgica tiene como objetivo evitar las posibles complicaciones derivadas de ella y prevenirlas respecto a futuras operaciones⁹. La psicoprofilaxis quirúrgica (PQ) obra ajustando y haciendo tolerables los niveles de ansiedad y temor infantil, lo que permite aliviar o sortear distintos inconvenientes pre/postoperatorios, como cambios conductuales, alteraciones del sueño, dificultades en la alimentación, dolor, temores nocturnos y miedos frente a nuevas intervenciones^{1-3,5,9}.

A través del juego y el dibujo diagnóstico, el niño obtiene un medio natural para transmitir sus pensamientos y miedos más profundos ante la cirugía⁴; por tanto, metodológicamente, la PQ se vale de la expresión del niño (dibujos o juegos) y también de distintos medios gráficos: cuentos, historietas o vídeos. Estos últimos los protagonizan habitualmente personajes infantiles que atraviesan satisfactoriamente un proceso quirúrgico y sirven sobremedida para la preparación de los pequeños. Por otra parte, también ha resultado positivo familiarizar al paciente con elementos vinculados a la cirugía (gorros, batas, barbi-

jos, cánulas, sueros, máscaras, etc.) y con el área quirúrgica (visita guiada)⁶⁻¹⁰.

Dentro del juego, y según la edad (en los más pequeños), se emplean muñecos que serán «curados o intervenidos» por los niños (doctores)^{9-12,16-18}. También han demostrado su utilidad las llamadas «estrategias de afrontamiento», como las respiraciones profundas, las autoinstrucciones («todo va a salir bien») y los pensamientos agradables (escenas placenteras)¹⁰.

En 1988, un grupo de la Universidad de Elche publicó una comparación de distintos tipos de PQ sobre la repercusión posquirúrgica, en la que se conformaron 4 grupos: uno preparado con un vídeo (modelo filmado), otro preparado con recursos de afrontamiento, otro mixto (modelo filmado + afrontamiento) y un grupo control. Los niños de los 3 grupos experimentales obtuvieron mejores resultados que el grupo control, y los que incluían técnicas de afrontamiento obtuvieron más beneficios¹⁰.

La metodología utilizada por nuestro grupo se nutrió de ambos aspectos: por un lado, para la familiarización e instrucción, nos hemos basado principalmente en juegos de rol con muñeco, cuentos, gráficos y visitas al área quirúrgica; y además adaptamos consignas para facilitar el afrontamiento tras la interpretación y el trabajo psicológico.

Como efectos beneficiosos, la PQ produce una disminución de la ansiedad en los niños y sus padres, aminora el estrés quirúrgico (menores frecuencia cardíaca y presión arterial preanestésica en niños preparados), facilita el despertar anestésico y la recuperación postoperatoria (ingesta, reposo, etc.), y acorta la estancia hospitalaria y los requerimientos de analgésicos^{5,8,10,11,13,16,17}.

En este sentido, entendemos que la falta de un grupo control podría llevar a atribuir el beneficio de la intervención a un eventual efecto placebo. Sin embargo, y teniendo en cuenta que la PQ es una práctica que cuenta ya con una vasta evidencia intervención/control (referencias del texto, entre otras), consideramos que, aun sin un testigo, el beneficio encontrado se vincula a la intervención.

Razonablemente, en nuestra pequeña serie, la mayoría de los padres (65%) se declaró «bastante» o «muy preocupado» con el proceso quirúrgico y, llamativamente, un poco más de la mitad (53%) destacó que, a pesar de la explicación brindada por el cirujano, su comprensión respecto a dicha intervención era aún insuficiente. Respecto a este último aspecto, entendemos que la PQ obra como un refuerzo explicativo positivo frente a una circunstancia de estrés para la familia.

Tal como se recoge en la literatura sobre el tema, el efecto atemorizador que la cirugía provoca en el paciente pediátrico^{9,9} ha estado bien presente en los niños de nuestra serie, lo que se ha podido apreciar tanto en sus dibujos libres como en los que incluían una consigna¹⁵. Por otra parte, pudimos observar la aparición de cambios conductuales, asimismo referenciados en la bibliografía¹⁴. En este contexto, y también en consonancia con la bibliografía al respecto, la PQ hizo tolerable el nivel

de ansiedad infantil, tal como se observó en la mejoría conductual post-PQ y en el transcurso mayoritariamente apacible de los pequeños durante la pernocta postoperatoria.

Evidentemente, la estandarización podría haber reforzado estos resultados, y su falta es un detalle no menor, pero hemos de consignar al respecto que inicialmente se intentaron medir los cambios mediante la adaptación del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC), aunque lamentablemente, y como presumíamos, no resultó aplicable a niños muy pequeños, dada su dificultad de comprensión. Posteriormente, se procuró suplir dicho test con el uso de escalas gráficas (rostros expresando distintas emociones), ensayando que la elección del pequeño identificara su estado de ánimo. Tampoco ello nos fue de utilidad, puesto que los niños elegían invariablemente las figuras más alegres, posiblemente como gratificación (congraciarse) hacia el terapeuta.

Está también documentado en la literatura que la edad cronológica puede influir en el manejo de la ansiedad del paciente pediátrico; así, se ha observado que los niños mayores de 4 años tienen una mejor estructura emocional para enfrentar la práctica quirúrgica que los menores de dicha edad^{8,14}. De forma similar, en nuestra serie sólo los niños mayores de 5 años pudieron manifestar alteraciones de la conducta (detectadas por sus padres) y mejoradas tras la PQ. Estos cambios de conducta (impresión subjetiva) se beneficiaron (impresión subjetiva) después de la terapia, según refirieron los propios padres (mediante contacto telefónico 1 semana después).

En función de este contexto y sus dificultades, debimos basarnos en la expresión gráfica del niño (pre/postintervención, con y sin consigna), que sí reflejó el efecto calmante de la terapia (tal como lo describe la psicología evolutiva), aunque esto no resulte medible en un sentido absolutamente estricto.

Tal como se desprende de la bibliografía referencial utilizada en el presente artículo, la mayor experiencia reportada en el uso PQ han sido los procesos quirúrgicos más habituales en pediatría (abdominal, urológica, otorrinolaringológica, etc.), y nuestra serie no escapó a dicha realidad (hernias, fimosis, hipospadia, criptorquidia, frenillo lingual, patología amigdalár, de hélix, etc.). Sin embargo, la técnica también ha demostrado su validez en otros tipos de procedimientos, como malformaciones anorrectales¹³, escoliosis¹⁹, cirugía traumatológica²⁰ o trasplante cardíaco²¹.

Evidentemente, resulta del todo comprensible y natural la aparición de ansiedad o temor en un niño frente a un proceso quirúrgico, y posiblemente no todos los niños requieran una intervención de PQ específica más allá de una explicación satisfactoria adecuada a su edad. Por otra parte, y dentro de una práctica clínica de calidad, el equipo sanitario debería poder manejar todos los aspectos emocionales de los niños, para poder detectar los que presentan una mayor vulnerabilidad o riesgo.

A tal fin, hay datos de consenso que destacan que la PQ sería especialmente útil en las siguientes situaciones⁹:

1. Experiencias traumáticas previas de la familia cercana o del paciente (p. ej., muertes, accidentes, operaciones).
2. Experiencias quirúrgicas previas del paciente con complicaciones psíquicas o físicas.
3. Familias de riesgo (crisis familiares, enfermedad mental de alguno de los padres o del niño, maltrato, violencia, adicciones).
4. Cirugías de alto riesgo.
5. Cuando la zona del cuerpo que se va a operar es significativa para el reconocimiento de la propia identidad (cara, genitales, manos) o es una cirugía mutiladora.
6. Ausencia llamativa de ansiedad preoperatoria o demoras en la aceptación de la indicación quirúrgica.
7. Fobia a los médicos.
8. Discapacidad.

Evidentemente, nuestra experiencia no hace una aportación diferencial y, asimismo, está limitada por distintos factores (ya mencionados), como un relativo pequeño número de pacientes, análisis retrospectivo, ausencia de grupo control o carecer de alguna escala validada (STAIC u otra) de medición de la ansiedad o el temor infantil. Sin embargo, este trabajo tiene todo el valor de ser una primera aproximación al manejo del temor prequirúrgico infantil, a la factibilidad de intervenir sobre él de forma multidisciplinaria y poder consignar su efecto beneficioso, tanto para los niños como para sus padres, en un medio como el nuestro, en el que, aún hoy por hoy, la PQ infantil es infrecuente o prácticamente inexistente. ■

Bibliografía

1. Cohen R, Lazarus RS. Active coping processes, coping disposition and recovery from surgery. *Psychosom Med.* 1973; 35: 375-389.
2. Johnston M, Carpenter L. Relationship between preoperative anxiety and post-operative state. *Psychol Med.* 1980; 10: 361-367.
3. Giacomantone EG, Mejía AR. Influencia de los factores psicológicos en la evolución postoperatoria. *Rev Arg Cir.* 1992; 62: 191-196.
4. Pedreira Massa JL. Psicoprofilaxis quirúrgica en la infancia. *RAEN.* 1988; 27: 581-593.
5. Kain ZN, Mayes LC, Caldwell-Andrews AA, Karas DE, McClain BC. Preoperative anxiety, postoperative pain, and behavioral recovery in young children undergoing surgery. *Pediatrics.* 2006; 118: 651-658.
6. Vernon DT. Use of modeling to modify children's responses to natural potentially stressful situations. *J Appl Psychol.* 1973; 58: 351-356.
7. Vernon DT, Bailey WC. The use of motion pictures in the psychology preparation of children for induction of anesthesia. *Anesthesiology.* 1974; 40: 68-72.
8. Copanitsanou P, Valkeapää K. Effects of education of paediatric patients undergoing elective surgical procedures on their anxiety: a systematic review. *J Clin Nurs.* 2014; 23: 940-954.
9. Mandelbaum S. Recomendaciones para la evaluación y preparación prequirúrgica en pediatría. *Rev Arg Anest.* 1998; 56: 395-419.
10. Ortigosa Quiles JM, Méndez Carrillo FX, Vargas Torcal F. Repercusión de la preparación psicológica a la cirugía pediátrica sobre la repercusión postquirúrgica. *Ann Esp Pediatr.* 1998; 49: 369-374.
11. Peterson L, Shigetomi C. The use of coping techniques to minimize anxiety in hospitalized children. *Behav Ther.* 1981; 12: 1-14.

12. Silvente C, Moix J, Sanz A. Reducción de la ansiedad en la antesala del quirófano en pacientes pediátricos. *Cir Pediatr*. 2000; 13: 30-34.
13. Carricart M, Pérez Billi L, Benedictti L, Jones G, Garcén J, Pastorino I. Malformaciones anorrectales: estrategias psicoprofilácticas en la asistencia integral temprana. *Rev Cir Infantil*. 2004; 14: 34-37.
14. Ochando Perales G, Peris Cancio S. Interpretación de los dibujos de los niños: lo que dice el niño con sus dibujos. *An Pediatr Contin*. 2012; 10: 39-45.
15. Reissland N. Cognitive maturity and the experience of fear and pain in hospital. *Soc Sci Med*. 1983; 17: 1.389-1.395.
16. Li HC, López V, Lee TL. Psychoeducational preparation of children for surgery: the importance of parental involvement. *Patient Educ Couns*. 2007; 65: 34-41.
17. Tercero-Quintanilla G, Hernández-Roque A, Luque-Coqui M, Chartt-León RM, De la Torre-González C, Verduzco-Serrano A, et al. Efectos de la psicoprofilaxis quirúrgica en los niveles de ansiedad de pacientes pediátricos sometidos a adeno y/o amigdalectomía. *Arch Inv Mat Inf*. 2011; 3: 24-29.
18. Rodríguez Velázquez ME, Dearmas A, Sauto S, Techera S, Perillo P, Suárez A, Berazategui R. Trabajo de investigación en psicoprofilaxis quirúrgica pediátrica. Primera experiencia nacional. *Arch Pediatr Urug*. 2005; 76: 27-37.
19. Crespo P, Vasquez S, Aguilera J, Alvarado H, Vicuña C, Idovro P. Psicoprofilaxis quirúrgica en niños. Estudio experimental. *Rev Med HJCA*. 2013; 5: 46-51.
20. De la Fuente I, Duhalde M, Gallardo AM, Ulloa CV, Valenzuela S. Experiencia de prevención en salud mental pediátrica: psicoprofilaxis quirúrgica en pacientes sometidos a cirugía de escoliosis. *Cuad Méd Soc (Chile)*. 2012; 52: 54-67.
21. Pierini Cidade D, Daudt NS, Rossi Filho RI. Is psychoprophylaxis a valid approach for heart surgery in children? *Arq Bras Cardiol*. 1995; 65: 317-320.