

# “Dolor, niños y arte”<sup>1</sup>

## Oncología y trasplantes pediátricos

Laura Rico  
Psicóloga clínica y arteterapeuta.

enviado: 15 marzo 2007  
aceptado: 30 marzo 2007

### RESUMEN

La creación artística es un vehículo para la expresión, la comunicación y el desarrollo personal. Como tal puede utilizarse para ayudar al paciente y ser puente entre el mundo interior y exterior. En pediatría es especialmente útil por las dificultades del niño para verbalizar y reconocer emociones cuando se internan en el, hasta entonces desconocido, mundo de la enfermedad. Así mismo es un auxiliar eficaz en el afrontamiento del dolor. Basado en la investigación desarrollada en el Hospital La Paz con intervención en plantas de oncología y trasplantes pediátricos.

**Palabras clave:** Arteterapia. Psicología. Salud.

**SUMARIO:** Introducción. ¿Intervención con arte? Arteterapia: evasión y control del dolor. Dolor y sufrimiento. El lenguaje del dolor. Métodos de evaluación del dolor en arteterapia. El arteterapeuta ante las pruebas invasivas. Ayudas complementarias para el arteterapeuta. Epílogo.

### “Pain, children and art” Pediatric oncology and transplants

### ABSTRACT.

The artistic creation is a vehicle for the expression, the communication and the personal development. As such it can be used to help the patient and being bridge between the internal and external world. In pediatrics it is especially useful because of the children's difficulties to verbalize and to recognize emotions when they go into the, until then, unknown world of the illness. Likewise it is an effective assistant in the confrontation with the pain. Based on the investigation about artherapy developed in big hospitals of Spain (La Paz; Madrid): pediatric oncology and transplants services floors.

Key Words: Artherapy. Psychology. Health.

---

<sup>1</sup> Artículo asociado a la tesis: “implantación del servicio de terapia a través del arte en un gran hospital. Planta de oncología y trasplantes pediátricos. Universidad Complutense de Madrid. Sobresaliente cum laude.

**"DOLOR, NIÑOS Y ARTE"**

*«El dolor intenso es una sensación tan avasalladora que no puede describirse artísticamente en toda su intensidad, pero la pintura puede dar una impresión más vívida que la literatura».*

Sandblom (1995:127).

Nuestro artículo se desarrollará alrededor del dolor en oncología y trasplantes pero puede generalizarse a otras enfermedades y servicios hospitalarios. En los ejemplos haremos referencia a la experiencia en el hospital La Paz de Madrid. La relevancia que damos a este tema dentro de la atención con arte a la enfermedad física, se corresponde a la que tiene para la persona enferma, mayor aun en el caso de los niños, donde no sólo el paciente sino también



*Silvia. 6años. Quirófano. La Paz*

la familia o los sanitarios sufren una gran angustia y ansiedad ante el sufrimiento del pequeño. Las familias desean sobre todo que el niño se cure y muchas veces pueden entender el dolor en ese contexto, pero el niño, con menos conciencia de la muerte o el riesgo o con otro tipo de conciencia, lo que le abrumba es el dolor. En cualquier caso y tanto para el chico, la familia o el personal sanitario, cuando el dolor aparece es un factor de sufrimiento añadido, a veces insoportable.

Por la vía de la experiencia y al margen de los planes previos diseñados, la urgencia

del dolor hizo que modificáramos nuestros objetivos de intervención. El dolor se convirtió en el primer faro para nuestra atención. Nada es tampoco más agradecido en el hospital y por las familias. Compartir esta experiencia y su lucha hizo que tuviéramos que profundizar en conocimientos de todos los campos sobre el dolor, conocimientos sin los cuales no era posible compartir con ellos ni trabajar en conjunto.

El dolor es una urgencia tal que obviamente ha interesado a la investigación desde el primer momento. Broome, Maikler, Kelber, Bailey y Lea<sup>2</sup> (2001), investigaron la eficacia del arteterapia para mejorar el afrontamiento de niños y adolescentes en el dolor asociado a la anemia de células falciformes, comparándolo con la relajación y con el control de la atención. Hubo una disminución de las visitas al médico, hospitalizaciones y entradas a urgencias. Experiencias como esta nos daban la confianza para seguir profundizando.

No hay una definición universalmente aceptada de dolor. Su carácter multidimensional y complejidad han dificultado en gran medida su estudio. Sabemos que depende de variables como: la capacidad de los pacientes para manejar una situación que es, en sí misma y dadas sus características contextuales, estresante; los recursos externos con los que se cuenta para hacerle frente; y las características personales que, en interacción con las anteriormente

<sup>2</sup> Broome, Maikler, Kelber, Bailey y Lea. Intervention to increase coping and reduce health care utilization for school-children and adolescents with sickle cell disease. Journal of national black nurses' association. 12(2), 6-14. 2001.

reseñadas, pueden actuar como variables diferenciadoras de las experiencias de dolor.

Las estructuras anatómicas necesarias para la percepción del dolor son funcionales ya en el segundo trimestre del embarazo aunque hay diferencias con el adulto. El aprendizaje acerca del dolor ocurre con la primera experiencia dolorosa. El dolor siempre es subjetivo y se aprende a través de experiencias relacionadas con el daño en la vida temprana.<sup>3</sup>

El dolor en el cáncer es para la OMS<sup>4</sup> un problema internacional y su control no es tema solventado. En el caso del cáncer, el dolor relacionado con el tumor representa solo el 25% de los episodios de dolor infantil<sup>5</sup>. El círculo dolor-ansiedad-miedo relacionado con los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, es la causa más frecuente de sufrimiento de los niños hospitalizados e ignorar su importancia disminuye notablemente su bienestar y calidad de vida.

Las intervenciones que más apoyo científico han conseguido respecto al alivio del dolor son las de una perspectiva cognitivo conductual, las educativas y las terapias de apoyo<sup>6</sup>. En las tres líneas podemos trabajar desde el arteterapia pero siempre considerando que

*Mar, como muchos de sus otros compañeros, construye figuras de papel de aluminio y representa el mundo a través de ellas. Las figuras se cuelgan sobre la cama de modo que puedan manipularlas cuando están acostados. En su caso las estruja volcando su ira contra el personal por el dolor de las pruebas.*



estamos encuadrados en un tratamiento multidisciplinar y es una terapia complementaria del efecto positivo de las otras terapias. Así pues, no las sustituye, ni es un método para cuando otras terapias fracasan. Es útil para el arteterapeuta tener información sobre la farmacología del dolor ya que son comentados habitualmente por el niño y la familia y nos acerca a comprender a los otros profesionales sanitarios.

## ¿INTERVENCIÓN CON ARTE? LA DIMENSIÓN PSÍQUICA DEL DOLOR. VARIABLES ENTRE ENFERMOS

*"Todos los dolores gritan: sólo la salud es muda." Philip Sandblom*

El dolor llega al cerebro, al sistema límbico, que rechaza su importancia o la potencia en función, por ejemplo, del significado emocional de ese dolor y luego al cognitivo evaluativo que le da el significado final<sup>7</sup>. Las investigaciones<sup>8</sup> con pacientes con dolor crónico indican que,

<sup>3</sup> Tovar, M.D. (2005). Dolor en niños. Corporación editora médica del valle colomb med; 36 (supl 3): 62-68. [Http://colombiamedica.Univalle.Edu.Co/vol36no4supl/html/cm36n4s1a10.Htm](http://colombiamedica.Univalle.Edu.Co/vol36no4supl/html/cm36n4s1a10.Htm).

<sup>4</sup> Esteban S. (1988). Normas de la oms para el tratamiento del dolor de origen neoplásico. Dolor; suplemento 1/1988: 9-15.

Puebla F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la oms. Dolor iatrogénico. Oncología; 28(3): 139-43.

<sup>5</sup> Maestre (2006). Valoración del dolor en el niño con cáncer. Carmen maestre es enfermera en el hospital universitario materno-infantil de la vall d'hebron. Barcelona. [Http://www.Cancerinfantil.Org/ponencias/jorn8.Html](http://www.Cancerinfantil.Org/ponencias/jorn8.Html).

<sup>6</sup> Monsalve, Gómez-Carretero, Soriano. Intervención psicológica en dolor oncológico: un estudio de revisión. Psicooncología: vol.3, N° 1, 2006, pp. 139-152.

las mujeres manifiestan niveles de dolor más elevados que los hombres y utilizan estrategias de afrontamiento pasivas con mayor frecuencia. Las personas mayores informan de niveles menos elevados de dolor que los jóvenes (Ramírez, Esteve, López y Anarte, 2001) y las personas que padecen dolor crónico de origen oncológico, manifiestan más dolor en el plano sensorial, pero menos en la dimensión afectiva (Anarte, Ramírez, López y Esteve, 2001).

En otras investigaciones sobre personalidad y afrontamiento, el neuroticismo se asocia con modos de afrontamiento ineficaces y peor adaptación. La extroversión y el optimismo parecen ser protectores, pues se asocian al afrontamiento activo, a mejor nivel de funcionamiento y estado de ánimo positivo (Ramírez, Esteve y López, 2001; Ramírez, López y Esteve, 2004). En la evaluación cognitiva (Esteve, 2006), los pacientes que valoran el dolor como desafío utilizan estrategias de afrontamiento más eficaces y presentan un nivel más bajo de dolor y un mejor funcionamiento. La evaluación del dolor como una amenaza o una pérdida, se asocia con un afrontamiento ineficaz, más dolor y un peor funcionamiento. Todos coinciden en que el uso de las estrategias de afrontamiento pasivas, es decir, aquéllas en las que se cede a otros el control del dolor, se asocia con un mayor nivel de dolor, un peor funcionamiento y un estado de ánimo negativo (Esteve, López y Ramírez, 1999; Rodríguez, Esteve y López, 2000).

Diferentes trabajos indican que las estrategias activas- dirigidas al control del dolor o a seguir funcionando a pesar de él- no tienen una influencia directa significativa sobre el dolor, el funcionamiento o el estado de ánimo, su importancia viene dada por su función como estrategias incompatibles con las estrategias de afrontamiento pasivas. Aparece de forma clara y consistente la influencia negativa del catastrofismo, que se asocia con mayor intensidad del dolor, peor estado de ánimo y funcionamiento más bajo (Esteve, Ramírez y López, 2004). Los pacientes que hacen uso más frecuente del catastrofismo, son los que manifiestan un mayor deterioro en la memoria cotidiana; lo cual podría venir explicado por el carácter intrusivo del catastrofismo (Muñoz y Esteve, 2005).

No obstante, parece existir una cierta independencia entre estas tres variables de forma que, por ejemplo, un paciente puede tener un dolor de intensidad elevada y un buen funcionamiento y un estado de ánimo positivo, dependiendo todo ello de cómo haya evaluado su dolor y de las estrategias de afrontamiento que haya utilizado. Recientemente se estudia si, las personas que "aceptan" el dolor serían aquéllas que han renunciado a controlarlo y que se implican en actividades que llevan al logro de metas personales valiosas.<sup>9</sup> Lo incuestionable es que los factores psicológicos son de extraordinaria importancia en la experiencia del dolor y la intervención multidisciplinar es imprescindible como, por otra parte así ocurre desde hace muchos años en otros países de nuestro entorno".<sup>10</sup>

<sup>7</sup> Ver artículo de infocop 2006. Julio, nº 28., Rosa Esteve Zarazaga1, Alicia E. López Martínez y Carmen Ramírez Maestre. <http://www.Cop.Es/infocop/vernumero.Asp?Id=1361>.

<sup>8</sup> Esteve, R. Zarazaga, A. López Martínez y Ramírez Maestre, son profesoras titulares del departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico de la facultad de psicología de la universidad de Málaga. Desde 1997 y en la actualidad, desarrollan varios proyectos de investigación en dolor crónico, financiados por los ministerios de educación y cultura, ciencia y tecnología, la junta de andalucía y la universidad de Málaga.

<sup>9</sup> Los estudios anteriormente citados se han realizado sobre varias muestras de pacientes con dolor crónico atendidos en la unidad del dolor de la residencia Carlos Haya de Málaga. En todos los casos se han utilizado como metodología de análisis los modelos de ecuaciones estructurales, lo cual ha permitido estudiar la influencia conjunta de todas las variables contempladas en el modelo teórico.

**ARTETERAPIA : EVASIÓN Y CONTROL DEL DOLOR**

*"El proceso creador, como la mirada ante el dolor, busca la respuesta sabiendo de su imposibilidad, y algo tienen que ver con lo ocurrido, con la asunción inacabable de la pérdida frente a nuestros ojos, dentro de nuestros ojos, donde sólo cabe el silencio de lo ido".*

Marián López Fdz. Cao<sup>11</sup>

Un trabajo publicado en *The Lancet*<sup>12</sup> (2001), revelaba que, aunque más de la mitad de los participantes, entre enfermos terminales con cáncer, sufría un dolor medio o grave, sólo un tercio de ellos había solicitado alguna terapia adicional para paliarlo. La causa de este rechazo (40%) era el miedo a la adicción. El *Northwestern Memorial Hospital* de Chicago ha publicado a principios de 2006 los resultados del estudio sobre los efectos del arteterapia en el control del dolor oncológico. Los resultados indican una disminución significativa, entre 8 y 9 puntos, en los síntomas de dolor y ansiedad medidos por la *Edmonton Symptom Assessment Scale* (ESAS).

Evidentemente nuestra forma de ayudar con el dolor no puede pasar por la medicación, el ejercicio o cualquier otra posibilidad fisiológica. Hemos de intervenir a través de técnicas como la evasión o el control del pensamiento. Para ello nos valdrán abundantes ejercicios de los habituales entre los arteterapeutas.

Pero ¿evadirnos puede calmar el dolor? Hablar de dolor y visualizarlo (creación de imágenes mentales o físicas (= artes plásticas) puede ser un paso previo a su domesticación. La otra forma es plantear una alternativa positiva de tal fuerza que nos aleje de nuestro propio cuerpo en una especie de desdoblamiento mental. Se da cuando las personas piensan en imágenes o escenas agradables, como las olas golpeando en la playa, para ayudarse a la relajación, el paisaje favorito dibujado, buenos recuerdos representados en distintos soportes artísticos, etc. Pero ¿podemos controlar los pensamientos? en 2006 un anuncio de coches nos recreaba la

<sup>10</sup> Anarte, M.T.; Ramírez, C.; López, A.E. Y Esteve, R. (2001). Evaluación de estrategias de afrontamiento, nivel de funcionamiento y edad en personas con dolor crónico oncológico y benigno. *Revista de la sociedad española de dolor*, 8, pp. 102-110.

Esteve, R.; López, A.E. y Ramírez, C. (1999). Evaluación de estrategias de afrontamiento al dolor crónico. *Revista de psicología de la salud*, 11, pp. 77-102.

Esteve, R.; Ramírez, C. y López, A.E. (2005). General versus specific indices in the assessment of chronic pain. *Psychology in Spain*, 9, pp. 49-56.

Muñoz, M. y Esteve, R. (2005). Reports of memory functioning by patients with chronic pain. *Clinical journal of pain*, 21, pp. 287- 291.

Ramírez, C.; Esteve, R. y López, A.E. (2001). Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Anales de psicología*, 17, pp. 129-137.

Ramírez, C.; Esteve, R. y López, A.E. y Anarte, M.T. (2001). Diferencias en la percepción del dolor relacionadas con las variables sexo y edad. *Revista de la sociedad española del dolor*, 8, pp. 562-568.

Ramírez, C.; López, A.E. y Esteve, R. (2004). Personality characteristics as differential variables of the pain experience. *Journal of behavioral medicine*, 27, pp. 147-165.

Rodríguez, M.J.; Esteve, R. y López, A.E. (2000). Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. *Psicothema*, 12, pp. 339-345.

<sup>11</sup> López Fdz. Cao, M.: (2006). Curar la heridas: la imagen y el proceso como vehículo de expresión pública e íntima de la muerte y la enfermedad. En *Creación y posibilidad. Aplicaciones del arte en la integración social*. 15-31. Editorial fundamentos. Madrid.

<sup>12</sup> [Http://www.TheLancet.Com/journals](http://www.TheLancet.Com/journals).

historia de Tolstoi: Tolstoi le dice a su hermano "quédate en el rincón hasta que dejes de pensar en un oso blanco", lo que parecía fácil obedecer sin embargo hizo que el chico pasara horas en el rincón pensando sin parar en osos blancos. Se pidió a un grupo de estudiantes universitarios (Wegner<sup>13</sup> 1987), que durante unos minutos no pensarán en un oso blanco, mientras que en una fase posterior del estudio tenían que pensar en osos blancos. Otro grupo actuaba de control y recibía las mismas instrucciones pero en orden inverso. Los resultados de este estudio mostraron que aquellos que tenían que suprimir inicialmente los pensamientos, con mayor frecuencia pensaban después en osos blancos, fenómeno al que se llamó "efecto rebote". Los hallazgos reflejan que numerosas situaciones de la vida cotidiana, en las que los arduos intentos de supresión de una determinada idea o imagen producen el efecto contrario al que se pretendía

La primera vez tenía miedo al entrar en quirófanos y que me durmieran; pensaba en lo que dentro me podía pasar.  
Yo quería que todos los pruebas me los hicieran dormido.  
~~Raúl~~ 10 años

*Imagen 3. Raúl 10 años. Oncología. La Paz. "La primera vez tenía miedo al entrar en quirófanos y que me durmieran; pensaba en lo que dentro me podía pasar. Yo quería que todos las pruebas me las hicieran dormido".*

<sup>13</sup> Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. I. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of personality and social psychology*, 53, 5-13.

Wegner, D. M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of personality*, 62, 615-640.

A mí el anestesista me cae genial pero lo que no me gusta de él, es que me duerme sin yo enterarme.

La sensación que noto al despertarme, me gusta, porque parece magia. Me despierto como si hubiese bebido, casi borracha, la boca se me descoloca.

Al subir a la habitación un día dije que no me acuerdo de nada (aunque eso es verdad) y mi hermana me dijo “Nana, ¿no sabes quién soy? ¡Soy tu hermana!”  
¡¡¡ Acuérdate!!! Y yo decía: No sé quién es. Total que les di un susto de muerte.

Estefanía C.  
Tengo 13 años.



Imagen 4. Estefanía 13 años. Oncología. “A mí el anestesista me cae general pero lo que no me gusta de él, es que me duerme sin yo enterarme. La sensación que noto al despertarme, me gusta, porque parece magia. Me despierto como si hubiese bebido, casi borracha, la boca se me descoloca. Al subir a la habitación un día dije que no me acuerdo de nada (aunque eso es verdad) y mi hermana me dijo “Nana ¿no sabes quién soy? ¡Soy tu hermana! ¡¡¡ Acuérdate!!! Y yo decía: No sé quién eres. Total que les di un susto de muerte”. La Paz. Raúl (10 años) y Estefanía (13 años) tiene una forma completamente distinta de sentir y expresarse ante el mismo tema: la anestesia.

Entre un 10 y un 20% de personas que son capaces de reprimir eficazmente los recuerdos desagradables. A

estos sujetos llamados *represores*, (Weinberger<sup>14</sup> y colaboradores, 1979), se les identifica por sus bajas puntuaciones en cuestionarios de ansiedad rasgo y sus altas puntuaciones en defensividad o deseabilidad social. Los *represores* tienden a no expresar emociones negativas como la ansiedad o la ira, presentan un pobre recuerdo de sucesos emocionales negativos, intentan inconscientemente ocultar su malestar interior, tratando de ofrecer una imagen positiva. La tendencia a no expresar las emociones negativas hace a estos individuos más proclives a padecer a largo plazo trastornos psicossomáticos o enfermedades (Myers<sup>15</sup> 2000). Ciertas características de personalidad, hacen se tenga facilidad o dificultad para controlar pensamientos molestos<sup>16</sup>.

<sup>14</sup> Weinberger, D. A., Schwartz, G. E., & Davidson, R. J. (1979). Low anxious, high-anxious, and repressive coping styles: psychometric patterns and behavioural and physiological responses to stress. *Journal of abnormal psychology*, 88, 369-380.

<sup>15</sup> Myers, L. B. (2000). Identifying repressors: a methodological issue for health psychology. *Psychology and health*, 15, 205-214.

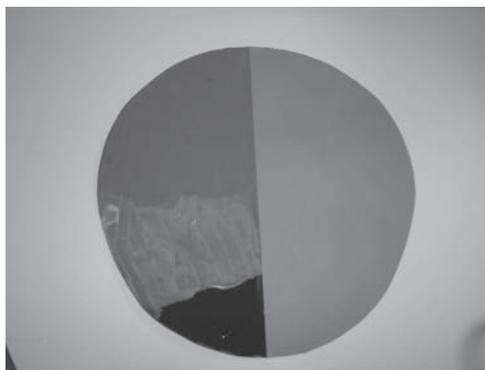
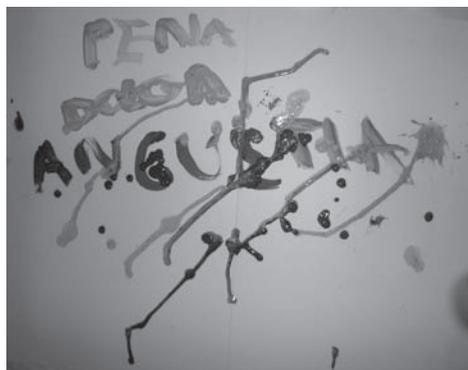
<sup>16</sup> Luciano, J. V., & Algarabel, S. (2006). Individual differences in self-reported thought control: the role of the repressive coping style. *Psicothema*, 18, 228-231. También en <http://www.Cop.Es/infocop/vernumero.Asp?Id=1362>. Juan Vicente Luciano es investigador fpu en el departamento de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos de la Universidad de Valencia. Salvador Algarabel es Catedrático de psicología experimental departamento de metodología de las ciencias del comportamiento de la Universidad de Valencia.

“Parece demostrado experimentalmente que el intento de controlar el pensamiento indeseado, intentando suprimirlo, puede generar un indeseable y paradójico efecto rebote (vid. Wenzlaff y Wegner, 2000<sup>17</sup>). Por tanto, cabe suponer que es posible que este tipo de creencias se forme a partir de tentativas infructuosas de supresión” (Wells, 2005)<sup>18</sup>. La investigación reciente ha relacionado esta clase de creencias con ciertos desórdenes psicológicos, como el trastorno por ansiedad generalizada, el trastorno depresivo y el trastorno obsesivo-compulsivo, entre otros (Gwilliam, Wells y Cartwright-Hatton, 2004<sup>19</sup>; Wells y Carter, 2001<sup>20</sup>).

Sabemos lo difícil que resulta apartar la atención cuando precisamente es lo que nos proponemos. La distracción significa poner atención en otra cosa que no sea el dolor (bueno es pues no mencionar la palabra negativa para empezar). Usamos este método de modo natural, cuándo miramos la televisión o escuchamos la radio, ya que la mente no está pensando en lo negativo. De hecho estos medios cumplen una función narcótica sobre la población.

Se puede usar la distracción sola, para manejar un dolor leve, o con un medicamento. Es útil también cuando se está esperando que los analgésicos comiencen a tener efecto y es una manera poderosa para aliviar durante algún tiempo incluso el dolor más intenso. No es rebajar la función del arte el utilizarla en principio para simplemente distraer, si eso es lo que hace falta en ese momento.

Las distracciones pueden ser internas (contar, cantar mentalmente, rezar, memorizar poemas, o repetirse a sí mismo mensajes positivos como: yo puedo manejarlo), o externas (artes, tejer...), o ambas



*Imagen 5. Imagen 6. Víctor, 18 años. Trasplante. Utiliza el mandala para incluir las emociones que primero había pintado en el mural. Cada porción representa cantidades proporcionales del sentimiento que cada color toma. Víctor podría encajar en el tipo de personalidad represora de la que hemos hablado y el arteterapia le ayuda a desbloquearse.*

Disfrutar un libro, o el cine, escuchar música, con la que para mantener la atención se puede

<sup>17</sup> Wenzlaff, R., y Wegner, D.M. (2000). Thought suppression. *Annual review of psychology*, 51, 59-91.

<sup>18</sup> Wells, A. (2005). The metacognitive model of gad: assessment of meta-worry and relationship with dsm-iv generalized anxiety disorder. *Cognitive therapy and research*, 29, 107-121.

<sup>19</sup> Gwilliam, P., Wells, A., y Cartwright-Hatton, S. (2004). Does meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: a test of the metacognitive model. *Clinical psychology and psychotherapy*, 11, 137-144.

<sup>20</sup> Wells, A., y Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: metacognitions and worry in gad, panic disorder, social phobia, depression and nonpatients. *Behavior therapy*, 32, 85-102.

llevar el ritmo con los pies y/o las manos. Se puede ajustar el volumen de manera que se parezca a la intensidad del dolor, más alta cuanto más intenso sea el dolor. La respiración lenta y rítmica puede usarse a la vez como método de distracción y para lograr la relajación.

## DOLOR Y SUFRIMIENTO

El sufrimiento exagera todas las experiencias y por supuesto la del dolor físico. Nadie duda hoy las dificultades para separar cuerpo y mente y si tiene sentido tal distinción. La evaluación del dolor como una amenaza es algo que incrementa el sufrimiento. La rabia, o el victimismo (situaciones frecuentes en trasplantes y oncología) aumentan la experiencia del dolor. ¿Cómo afrontar estos desde el arteterapia? ¿Cómo ayuda el arteterapia a disminuir el sufrimiento? ¿Cómo ayuda a facilitar la adaptación a la enfermedad? ¿Qué utiliza para que los niños se sientan bien? Cuando pensamos en tratar el dolor físico con arteterapia esta parece una meta complicada pero se hace más sencilla al descomponerla en cuestiones como las anteriores que si son propias de nuestra disciplina.

Habremos de averiguar pues qué le preocupa al niño y que recursos positivos tiene, con que se puede ayudar a sí mismo (¡dibujarlos!). Como vemos, este enfoque va mucho más allá de entretener, que es lo que desde la ignorancia muchas veces se encomienda el arteterapia. Enfrentarnos a los problemas, hasta el más duro del dolor, pero buscamos una orientación positiva de ello que, desde luego, no es escarbar en el sufrimiento sin más sentido que destapar heridas que no sepamos calmar. Por ejemplo, sabemos que el incremento de la



comunicación interpersonal reduce el dolor en pacientes crónicos (a partir de investigaciones médicas) y aumentarla es algo que sí sabemos hacer con nuestras técnicas.

Sabemos que hay situaciones que absorben la atención, aun con dolor severo, el dolor desaparece. Los hospitales han aprendido la utilidad de tener TV en la sala de extracciones y hay investigaciones que constatan que ver dibujos animados disminuye el dolor<sup>21</sup>. Un dolor de cabeza desaparece con una buena película. Hay ejemplos indiscutibles de esto

en situaciones límite: Una madre con dolor agudo ve cómo el fuego amenaza a su hijo. La madre deja de sentir el dolor y corre a salvarle. Luego el dolor es controlable. Es cierto que es una situación muy concreta, pero que nos abre la mente hacia la posibilidad de que el dolor pueda no ser una entidad tan firme como en ocasiones suponemos y como, lo peor, los pacientes creen firmemente, lo que les impide poder usar sus propios recursos naturales de analgesia.

*Imagen 7. Ángela. 9 años, tumor cerebral severo. Ve mal y le tiembla el pulso. Aun así asiste al aula y responde muy bien al cama a cama que precisa intensamente por estar muy asustada y ansiosa. El dibujo representa a ella misma pensando en las cosas que le gustan.*

<sup>21</sup> Fuentes: Carlo Bellieni, M.D., *Neonatal Intensive Care Unit*, Le Scatte Clinic, University of Siena, Siena, Italy; Brenda Bursch, PH.D., Clinical director, pediatric psychiatry consultation Liaison, University of California, Los Angeles. U.S. National institutes of health. Reinberg. 16 /8/2006 (Healthday news/hispanicare) <http://www.Healthfinder.Gov/news/newsstory.Asp?Docid=534461>

*Visualizaciones y plástica contra el dolor.*

El arteterapia además de mejorar la comunicación personal, el conocimiento de nuestras potencialidades útiles en tal situación, es un distractor potente, algo que actúa como los procesos hipnóticos en concentrar la atención y, además, ayuda a ventilar lo que emocionalmente nos angustia. El conocimiento de los pacientes de esta potencialidad aumentará la motivación para participar e incrementará el sentido de lo que hace en arte.

Finalmente volver a incidir en que hemos de escuchar al paciente, escuchar sus trabajos, sus creaciones. Según el paciente habla de él y de sus experiencias de dolor podemos utilizar estrategias distintas y acomodar nuestro lenguaje y demandas a su propio carácter para, progresivamente, ir modulándole hacia otras orientaciones más terapéuticas si fuera necesario. Este es el modo de trabajar de la PNL, la hipnosis, etc. En ello podemos distinguir:

- *Chicos/as temporales*: se refieren a que el dolor es recurrente, persistente, agudo, crónico y en general usan palabras o imágenes referidas a la duración de las cosas o a la experiencia temporal. Con ellos funciona la distracción.
- *Chicos/as emocionales*: Hablan de que el dolor es irritante, preocupante, incapacitador, deprimente. Con ellos conviene usar nuestras técnicas para inducir paz, tranquilidad.
- *Chicos/as sensitivos*: Hablan de dolor que quema, frío, punzante, mordaz, constante. Con ellos conviene utilizar imágenes de analgesia o distanciamiento sensorial.

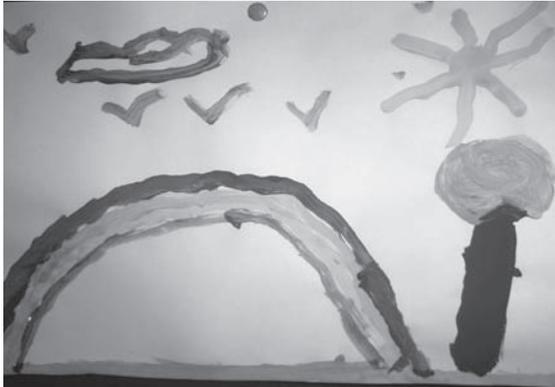
Para situarnos en este plano al arteterapeuta le será especialmente útil cualquier descripción pasada a metáfora y a su vez pasada a imagen: "Es como si te empezasen a clavar agujas y a morder, como una boca cuando te muerde de verdad", comenta Victoria. Así, este año ha decidido dibujar a la muñeca coreana Pucca con lágrimas negras, grandes alfileres y cangrejos mordiéndole"<sup>22</sup>.

**EL LENGUAJE DEL DOLOR**

Entre los tipos de dolor más comunes distinguimos por su duración el dolor agudo, crónico y el de acometida. Según el mecanismo que lo produce como nociceptivo o neuropático. El nociceptivo, se debe a la estimulación de receptores dolorosos o térmicos periféricos y es transmitido al sistema nervioso central por fibras nerviosas nociceptivas normales. Este puede ser beneficioso al provocar acciones de protección para evitar mayor daño. El neuropático, se debe a una afectación anatómica o metabólica de las fibras nerviosas nociceptivas.

Puede ser que se le pida al niño que describa el tipo de dolor que está sintiendo y puede que no pueda hablar o encontrar palabras, se dependerá de la familia para evaluar el nivel, también se revisarán otros indicios como el ritmo cardiaco y movimientos del cuerpo. Es importante tratar tempranamente el dolor, estar atento a los primeros síntomas o expresiones antes de que se convierta en severo. Aliviar tempranamente hará que se sienta más confortable, aumentando su actividad y fortaleza ayudándolo a sentirse mejor y a recuperarse más rápidamente. En ocasiones preferimos el malestar del niño antes nuestra inseguridad o sentimientos de impotencia sobre si podremos ayudar. Muchos padres se preocupan por la potencial adicción a las medicinas para el dolor y por ello ven con muy buenos ojos los intentos no médicos de aliviar el malestar.

<sup>22</sup> [Http://www.elmundo.es/elmundosalud/2004/08/04/dolor dossiers/1091640163.Html](http://www.elmundo.es/elmundosalud/2004/08/04/dolor dossiers/1091640163.Html).



*Imagen 8. A Lucía. Oncología. 10 años. Le gustaba el arcoiris para tranquilizarse porque fue el elemento que introdujimos en la primera visualización para calmar el dolor.*

### MÉTODOS DE EVALUACIÓN DEL DOLOR PARA EL ARTETERAPEUTA

El dolor hay que entenderlo como una enfermedad y no como un síntoma, tal y como sugiere la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, que define dicha afección como una experiencia sensorial y emotiva. Para medir la intensidad del dolor los especialistas recomienda la utilización de la escala analógica visual (EVA<sup>23</sup> en sus siglas inglesas). Las escalas multidimensionales también permiten evaluar los distintos aspectos relacionados con el dolor. La aptitud psicológica del paciente es muy importante en el tratamiento del dolor. Existe una estrecha relación entre la depresión y el dolor, de hecho aún no sabemos cual de las dos patologías cursa antes. Las áreas que perciben el dolor están muy próximas a las de emoción por ello es importante saber discriminar entre la angustia o la agitación de causas diferentes al dolor, por ejemplo el temor a las agujas.

La evaluación es una herramienta que permite a los profesionales:

- Anular la subjetividad. Esto a la vez que es importante para el enfermo y el arteterapeuta: nos permite aproximarnos a la subjetividad del enfermo y ser más objetivos para por ejemplo llamar al médico.
- Valorar la eficacia terapéutica.
- Elegir la herramienta adecuada a usar.

Conviene que el arteterapeuta conozca determinados datos para abordar el dolor con sus herramientas. Nos servirán aquellos que nos ayudan a tener la máxima información sobre las distintas dimensiones de la percepción del dolor (intensidad, localización, duración, frecuencia); y valorar sus cogniciones y reacciones emocionales ante la experiencia dolorosa<sup>24</sup>,

<sup>23</sup> Escala de intensidad EVA: en una línea de 0 a 10 cm, siendo 0 nada de dolor y 10 el peor dolor posible.

<sup>24</sup> Quiles MJ, Van-Der Hofstadt C J, Quiles. (2004). Y. Pain assessment tools in pediatric patients: a review (2<sup>nd</sup> part). Rev soc esp dolor; 11: 360-369. [http://www.scielo.es/sciELO/Php?Script=sci\\_arttext&pid=s1134-80462004000600005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.es/sciELO/Php?Script=sci_arttext&pid=s1134-80462004000600005&lng=en&nrm=iso). Las imágenes de las escalas y el texto principal de ellas corresponden a este artículo.

<sup>25</sup> Stevens B. Composite measures of pain. Vol. 10. En: finley ga, mcgrath pj (eds.). Pain: research and management. Iasp press: seattle; 1998. P. 161-177. Mcfayden A, Buckmaster M. (1999). Pain management in the pediatric intensive care unit. *Crit care clinic*; 15: 185-200.

como por ejemplo, dónde siente el dolor, cómo lo siente, cuán intenso, qué tiempo dura, qué alivia y qué lo empeora, medicamentos que está tomando, palabras que lo describen, actividad que parece estar más afectada por el dolor o, que hace que el dolor aumente o disminuya, la puntuación que le da a su dolor, la puntuación con la cual califica su dolor 1 ó 2 horas después de usar el método para aliviarlo, cuánto tiempo dura el efecto del medicamento, cualquier otro método que utilice para ayudar a aliviar las molestias, como el descanso, las técnicas de relajación, la distracción, la estimulación cutánea o la creación de imágenes mentales, en qué consiste el no dolor, el sentimiento más opuesto según el paciente, colores que le atribuye al dolor y al no dolor, imágenes relacionadas con el dolor y con el no dolor (satisfacción, relajación, etc), el estilo perceptivo y comunicativo del niño (según PNL, por ejemplo).

En cuanto a las medidas del dolor más adecuadas para el arteterapeuta, al seleccionar una de estas escalas se debe tener en cuenta que los niños de 5 a 7 años no tienen capacidad de diferenciar entre ellos mismos y su entorno, su definición de dolor es “algo” o “alguna” cosa. A partir de los 7 a los 10 años empiezan a diferenciar entre ellos y los otros y definen el dolor como sensación y a partir de los 11 años ya existe una clara diferencia entre ellos y los otros, de manera que las palabras que se usan hacen referencia a sufrimiento de tipo físico y psíquico.<sup>25</sup> Entre la abundancia de medidas destacamos las siguientes:

- *Diarios para el control del dolor.* Gráficos, diarios o escalas usados en la ayuda al control del dolor. Dibujo, collage, fotografía o cuadro, para clasificar su propio dolor y llevar un registro de qué tan bien están funcionando los medicamentos.

Se escribe la información en el cuadro. Se usa la escala de intensidad del dolor para clasificar el dolor antes y después de tomar los medicamentos o los tratamientos que se prescriban (como arteterapia).

- *Medidas de conducta.* Se categorizan en descripciones de conductas por minuto, conductas sociales o relacionadas con el apetito y cambios en el estado y función cognoscitivos. Por ejemplo la cara y las características del llanto. La expresión facial ha sido la más ampliamente estudiada de las medidas de evaluación de conducta en el dolor.<sup>26</sup> Las expresiones faciales de dolor agudo incluyen ojos fuertemente cerrados, cejas fruncidas, alas nasales amplias y abultadas, surco nasolabial más profundo y boca en forma de cuadrado y lengua tensa cóncava. La escala CHEOPS (The Children’s Hospital of Eastern Ontario Pain Scale), incluye la observación seriada de seis distintas conductas: Llanto, expresión facial, verbal, posición del tronco, movimiento de piernas, intentos de tocar el sitio doloroso. Se asigna puntos a cada una de estas conductas cada 30 segundos durante un tiempo determinado.

- *Métodos proyectivos.* Han sido utilizados para evaluar características cuantitativas de dolor, así como la vivencia del proceso y su repercusión en la vida habitual del niño y son muy bien acogidos, en su forma tradicional o adaptados, por algunos arteterapeutas<sup>27</sup>. Uno de los más

<sup>26</sup> Grunau Rve, Craig KD. (1987). Pain expression in neonates: facial action and cry. *Pain* 28: 395-410.

Grunau Rve, oberlander tf, holsti l, et al. (1998). Bedside application of the neonatal facial coding system in pain assessment of premature neonates. *Pain*, 76: 277-286.

<sup>27</sup> Chambers CT, McGrath PJ. (1998). Pain measurement in children. In: ashburn ma, rice lj, eds. *The management of pain*. New york: churchill livingstone. P. 625-34.

<sup>28</sup> McGrath PJ. (1987). An assessment of children’s pain: a review of behavioural, physiological and direct scaling techniques. *Pain*; 54: 329-34. Varni jw, thompson kl. (1987). The varni-thompson pediatric pain questionnaire: chronic musculoskeletal pain in juvenile rheumatoid arthritis. *Pain*; 28: 27-38.

comunes es la interpretación de los dibujos del niño, como una forma de expresión de su dolor. Determinadas características, como densidad de las líneas, número y tipo de figuras, inclusión de partes del cuerpo (dientes, ojos, miembros, cabeza y genitales) y/o lesiones en las zonas representadas pueden ser un reflejo del estado anímico del niño. Otro tipo de pruebas se basan en la selección de colores, dibujos, interpretación de caricaturas, etc. Así, por ejemplo, diversas investigaciones han mostrado que el color rojo y negro son los más utilizados para representar el dolor, independientemente de la situación, edad o sexo del niño<sup>28</sup>.

- *Las entrevistas estructuradas.* Permiten evaluar de forma completa la experiencia dolorosa, sin centrarse únicamente en los aspectos cuantitativos. Un ejemplo es "The Pediatric Pain Questionnaire"<sup>29</sup>, que consta de ocho preguntas relacionadas directamente con el dolor. Se puede utilizar con niños<sup>30</sup> y con adolescentes<sup>31</sup>. Puede ser aplicado de forma individual o colectiva y que en sólo 10 ó 15 minutos.

- *Escalas de autoevaluación ó subjetivas.* Permiten medir globalmente la intensidad del dolor o su alivio y son unidimensionales en la medida en la que reducen el dolor a una sensación simple. Miden la intensidad y tiene la ventaja de realizar mediciones rápidas, repetidas, interesantes para estudiar la evolución en el tiempo de un efecto analgésico. Son por ejemplo las Escalas faciales o las Escalas de colores

*Escala de colores.* Consiste en una regla que tiene por un lado una graduación de color que va del blanco o rosa pálido (no dolor), al rojo intenso (dolor máximo). El chico/a indica con un cursor el lugar de intensidad de color según su dolor. Por el otro lado el cursor marca la distancia en milímetros de 0 a 10 en aumentos de 0.25. Se usa en niños mayores de 5 años.

Los pre-escolares de 3 años pueden localizar su dolor con un dibujo. Este consiste de en una silueta de un niño visto de frente y de espalda. Con frecuencia no se muestran el pelo ni los genitales y las características faciales no representan un sexo o etnia específicos. Se le pide al niño que haga una marca para indicar el área del dolor, que sombree el área dolorosa o que elija crayones de varios colores que representen grados diferentes de dolor. Los niños con frecuencia eligen el rojo, negro o púrpura para indicar dolor severo. Al utilizar dibujos seriados se puede delinear la trayectoria del dolor durante el período postoperatorio o para niños con dolor crónico o episódico.

*Escala de Fichas de Hester o Poker Chip Tool.* A partir de 4 años. Se les da a los niños cuatro fichas y se les dice que una es un poquito de dolor y cuatro es el dolor más fuerte que pueden tener y elijen el número de fichas de acuerdo con el dolor que tengan en el momento.

*Escalas de caras.* Como la Anxiety visual analogue scale<sup>32</sup> "Escala análoga visual de la ansiedad". Escala gráfica de 10 centímetros de longitud con los extremos "muy tranquilo" (0

<sup>29</sup> Tesler M, Ward J, Saavedra M. (1983). Developing an instrument for eleictin children's description of pain. *Percept mot skills* 56: 315-21.

<sup>30</sup> Tesler M, Ward J, Saavedra M. (1983). Developing an instrument for eleictin children's description of pain. *Percept mot skills*; 56: 315-21.

<sup>31</sup> Savedra M, TeslerM, Wegner C. (1988). How do children describe pain? *J adolesc health care*; 9: 315-20

<sup>32</sup> Beyer Je, Aradine Cr. (1988). Convergent and discriminant validity of a self-report measure of pain intensity for children. *Child health care*; 1: 274-82. Tesler md, savedra mc, holzemer wl, wilkie dj, ward ja, paul sm. (1991). The word-graphic rating scale as a measure of children's and adolescents' pain intensity. *Res nurs health*; 14: 361-71.

<sup>33</sup> Mcgrath Pj, De Veber Ll, Hearn Mt. (1985). Multidimensional pain assessment in children. En: Fields Hl, Dubner R, Cervero F, eds. *Advances in pain research and therapy: proceedings from the 4th World Congress on Pain*. New York: raven press; 9: 387-93.

cm) y "muy nervioso" (10 cm) o con dos caras con expresiones faciales opuestas unidas por una línea sin referencias numéricas. Se pide que señale el punto que representa la ansiedad que siente. Es frecuente en el ámbito hospitalario por la sencillez y rapidez de la evaluación<sup>32</sup>. La "Escala de caras" ha sido desarrollada en un hospital australiano (The Prince of Wales Children's Hospital) a partir de los dibujos de los pacientes infantiles hospitalizados. Otros ejemplos son "la escala de las nueve caras"<sup>33</sup>, "la escala de siete caras"<sup>34</sup>, "la escala de caras de Wong-Baker".

*La Escala de Wong-Baker (1988), escala de caras de dolor de Bieri (1990), escala revisada de caras de dolor de Bieri (2001)*. Se diferencian en el número de caras y en que la primera usa caras que expresan sonrisa o temor y las dos últimas utilizan caras neutras. Los niños muy pequeños tienden a elegir en los extremos de tales escalas (efecto todo o nada), por tanto se recomienda en niños de por lo menos cuatro años.

Una progresión de caras más detalladas, con fotografías organizadas verticalmente, la escala de OUCHER, se usa en niños de por lo menos tres años y se pueden hacer específicas según sexo y etnia. Los niños más pequeños pueden pensar que tienen que elegir la cara más feliz y no la que se relaciona con su dolor.

En nuestra investigación trabajamos con una adaptación de WONG-BAKER. En ocasiones la utilizamos de una forma nueva, pidiendo al niño que dibujara de forma esquemática su rostro con el dolor que sentía. La comparación entre los diversos días hacia que pudiéramos contar al cabo de unos días con una escala personal del niño a partir de sus dibujos.

*Escala visual análoga*. Para niños de seis años en adelante. Consta de una línea horizontal de 10 centímetros en la cual, un extremo está marcado "no dolor" (0) y el extremo opuesto como "el peor dolor posible" (10). Una variación útil en esta escala es agregarle colores y hacerla vertical como un termómetro.

*Escala frutal análoga*. A base de frutas, el tamaño indica la intensidad del color.

Existe una variedad de estas escalas que es el *Termómetro de Dolor*; normalmente numerada de 0 a 10 donde 0 representa "ausencia de dolor" y 10 "el peor dolor posible". Habrá de colorearse la barra según el dolor. Otro ejemplo es la *Escala de Valoración del Dolor de los Vasos* (The Glassess Rating Scale).

*Las escalas tipo Likert* con cinco puntos o niveles, suelen ir asociados a palabras que sirven para designar el incremento de malestar en cada nivel: nada, poco, medio, bastante y mucho<sup>35</sup>.

Para adolescentes: *The Adolescent Pediatric Pain Tool (APPT)*/"La escala de dolor pediátrico en adolescentes"<sup>36</sup>. La escala evalúa la localización del dolor, su intensidad y cualidad en niños de 8 a 17 años. La puntuación incluye tres componentes: un dibujo del contorno de cuerpo, una escala de intensidad gráfica y un listado de adjetivos de dolor.

En la evaluación se ha de tener en cuenta evitar usar una única escala. Es importante validar

<sup>34</sup> Ortigosa JM. (1997). *Estudio de la eficacia de dos programas de preparación a la hospitalización quirúrgica infantil basados en el modelado filmado y las habilidades de afrontamiento*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de psicología. Universidad de Murcia.

<sup>35</sup> Bragado C, Fernández A. (1996). Tratamiento psicológico del dolor y la ansiedad evocados por procedimientos médicos invasivos en oncología pediátrica. *Psicothema*; 8: 625-56.

<sup>36</sup> Savedra MC, Tesler MD, Holzemer WL, Wilkie Dj, Ward JA. (1980). Pain location: validity and reliability of body outline markings by hospitalized children and adolescents. *Res nurs health*; 12: 307-14.

los instrumentos antes de utilizarlo para una determinada población y un tipo específico de dolor<sup>37</sup>. Otra variable importante es la edad y el desarrollo del sujeto, que condiciona su capacidad para evaluar las sensaciones dolorosas.

## VALORACIÓN DEL DOLOR SEGÚN EDAD.<sup>38</sup>

Es esencial evaluar las características del dolor y motivos, describir en la historia los datos relacionados indicando la terapia elegida y valorando la eficacia del tratamiento. Para ello conviene utilizar medidas sencillas.

1. Prematuros, lactantes y primera infancia. Si bien el dolor es un signo/síntoma subjetivo de la persona que lo padece, en este grupo de pacientes su medición y valoración, por inexistencia de otros instrumentos, estarán basados en objetivas escalas conductuales y de variaciones fisiológicas: Observaciones faciales, observaciones corporales, alteraciones fisiológicas, conductuales como el rechazo del alimento.

2. Pre-escolares y escolares (2/3 - 5/7 años). Ya es capaz de expresar dolor, si bien con limitaciones en cuanto a su intensidad y localización. El llanto, en lugar de ser impulsivo (grito inicial/silencio/grito) es más continuado y persistente. Además, entrarán en juego otras estrategias de valoración, como son: Expresiones mediante dibujos y colores, respuesta a los analgésicos, escala facial.

3. Mayores de 6/7 años. A partir de esta edad, son capaces de verbalizar correctamente la presencia de dolor, de realizar una exacta localización de su dolor, definir su intensidad, ciertas características, etc.

A pesar de los avances farmacológicos para el dolor aún así no dejan de ser necesarios otros apoyos terapéuticos como las psicoterapéuticas, el arteterapia, no sustituyen a la medicación salvo en los casos en que medicar no sea posible o lo suficientemente eficaz) pero puede ser importante y puede permitir rebajar la cantidad de analgésicos y con ello la sobremedicación o los efectos secundarios indeseables. Está además, el caso de los pacientes que por creencias personales eligen rechazar la medicación o usar la mínima. Si bien la aplicación de arteterapia en el hospital para aliviar el dolor es algo relativamente nuevo, la utilización del juego para este fin es bien conocida por el personal sanitario. Juego y arte comparten ciertas particularidades y pueden confluir para el buen manejo del dolor. El juego es algo natural de la vida del niño como también lo es la expresión plástica. Es el modo en que entiende el mundo o las experiencias. También ofrece una manera segura para que el niño exprese sus sentimientos. Aún si el niño está enfermo y tiene dolor, se le debe ofrecer la oportunidad de realizar los ejercicios de arteterapia que pueden venir envueltos en una dinámica de juego, de modo que experimente el placer y la diversión. Podrán ofrecer distintas técnicas: juego médico, arcilla, esculturas, dibujos, marionetas, escribir, en un diario...

Si no quiere realizar actividades artísticas (=jugar), el arteterapeuta puede trabajar en un lugar donde el niño le pueda ver. Con frecuencia el niño acabará por sumarse a la actividad o querrá intervenir verbalmente en el trabajo del terapeuta. El arteterapeuta puede en este caso aceptar

<sup>37</sup> Barajas C, Baños JE. (1995). La valoración del dolor en pediatría. *Dolor*; 10: 221-8.

<sup>38</sup> Martín Rodrigo, J.M., Gabaldón Fraile, S. Trias Jover. J. Gascón Romero. *Guía clínica de cuidados paliativos paciente pediátrico y cuidados paliativos*. En [http://www.secpal.com/guiaism/index.Php?Acc=see\\_guia&id\\_guia=5](http://www.secpal.com/guiaism/index.Php?Acc=see_guia&id_guia=5)

las directrices del niño prestando así su mano en el momento de dolor del niño y motivándole para ayudarlo hasta ser sustituido por el en la medida de lo posible.

Cuando el niño está con dolores es fácil que rehúse participar en la actividad o que quiera siquiera aceptar encender la luz o abrir los ojos. Es la situación más difícil para el terapeuta: el enfrentamiento a un niño con dolor. Forma parte de nuestro trabajo saber cuando podemos insistir y cuando debemos respetar el aislamiento.

LOS MALOS RATOS.

Hola! soy María, una chica de 14 años que tengo leucemia y me están poniendo quimio. Os voy a contar qué siento y cómo lo llevo. La verdad es que no es tan malo como yo me imaginaba y había visto en las películas. Al principio no siento nada, pero cuando se está terminando la bolsa noto un sabor muy malo en la boca, un olor fuerte y aunque no suelo tener vómitos me siento un poco revuelta y sin ganas de comer. También me ponen tratamiento en el SNC (sistema nervioso central) por punciones lumbares; esta forma es un poco más molesta porque tienes que doblarte mucho y además es un poco lenta, como me echan un spray, no siento el pinchazo, sino, siento que tengo un cuerpo extraño en todo el hueso y al entrarme el tratamiento noto un calambre en la pierna izquierda; pero eso es todo. Yo en realidad, a lo que le temo es a la extracción de médula (el pinchazo de la cadera). El pinchazo en si, no duele, lo que duele es cuando están extrayendo la médula, pero son cosas que hay que pasar y merece la pena, para curarse. Ahora estoy esperando que me hagan el trasplante de uno de mis hermanos. Espero poder contaros pronto, como me ha ido y sobre todo que me haya ido bien.

bien, y lo recuerde como un mal sueño pero con un final feliz. Creo que mi experiencia con la quimio os puede ayudar a ver que no es tan malo como parece y deciros que nunca perdáis los ánimos. Un saludo María (14 años)



Imagen 9 y 10. María 14 años. Leucemia. “Los Malos ratos”. Revista La pajarera. La Paz<sup>39</sup>. Destacamos la conveniencia de desarrollar investigaciones controladas respecto al tema. En 2006 con musicoterapia, se planteó suavizar el dolor tras operaciones quirúrgicas y utilizarla como refuerzo a los analgésicos en una investigación controlada. Los pacientes que escucharon música después de la operación se quejaron menos del dolor que los no expuestos a ella. Así lo recoge el *The Cochrane Library* (2006)<sup>40</sup>. La música también redujo la necesidad de opiáceos. Cepeda cree confirmado con el estudio que “al menos en el caso del dolor

<sup>39</sup> Transcripción del texto de María: “hola! Soy María, una chica de 14 años que tengo leucemia y me están poniendo quimio. Os voy a contar qué siento y cómo lo llevo. La verdad es que no es tan malo como yo me imaginaba y había visto en las películas. Al principio no siento nada, pero cuando se está terminando la bolsa noto un sabor muy malo en la boca, un dolor fuerte y aunque no suelo tener vómitos me siento un poco revuelta y sin ganas de comer. También me ponen tratamiento en el SNC (sistema nervioso central), por punciones lumbares; esta forma es un poco más molesta porque tienes que doblarte mucho y además es un poco lenta, como me echan un spray, no siento el pinchazo, sino siento que tengo un cuerpo extraño en todo el hueso y al entrarme el tratamiento noto un calambre en la pierna izquierda; pero eso es todo. Yo en realidad, a lo que temo es a la extracción de médula (el pinchazo de la cadera). El pinchazo en si, no duele, lo que duele es cuando están extrayendo la médula, pero son cosas que hay que pasar y merece la pena, para curarse. Ahora estoy esperando que me hagan el trasplante medular de uno de mis hermanos. Espero poder contaros pronto, como me ha ido y sobre todo que me haya ido bien, y lo recuerde como un mal sueño pero con un final feliz.. Creo que mi experiencia con la quimio os puede ayudar a ver que no es tan malo como parece y deciros que nunca perdáis los ánimos. Un saludo María (14 años)”.

postoperatorio agudo la música disminuye las necesidades de analgésicos y la intensidad del dolor”. En 2007 La Paz ha iniciado un estudio controlado sobre el valor de la musicoterapia en plantas de oncología y trasplantes midiendo mejora en el estado físico y psicológico del paciente, así como otros efectos positivos relacionados directamente con indicadores clínicos, como pueden ser el aumento de la saturación de oxígeno o la disminución de la frecuencia cardíaca.

La revisión de la Colaboración Cochrane analizó 51 ensayos para comprobar el efecto de la música sobre el dolor, pero los resultados de otros estudios no eran suficientemente congruentes para concluir si la música aliviaba el dolor asociado al cáncer, o las pruebas diagnósticas. Debemos confiar en el valor de nuestras propias técnicas y atrevernos a enfrentarlas con los datos. Si los resultados no fueran positivos queda la gran posibilidad de revisar y reformar. Es mejor opción que trabajar desde la convicción personal exclusivamente.

Los principales obstáculos en el alivio del dolor son el desconocimiento de los profesionales de la situación por ejemplo porque los padres temen la adicción a calmantes, el temor a los efectos secundarios, las creencias religiosas (sufrimiento igual a mérito) y las creencias sociales (entender los calmantes como señal de que no hay cura e igual a muerte próxima).

El arteterapeuta ante pruebas invasivas.

La queja más general de los niños (un 50% de los chicos argentinos según encuestas recientes) es sobre las pruebas dolorosas, de la que es la reina las punciones medulares<sup>41</sup>. Nuestro cuestionario sobre miedos aplicado en la Paz así lo confirmo igualmente. Los objetivos del arteterapia antes de una prueba invasiva son<sup>42</sup>:

1. Lograr que el niño conozca la necesidad de la prueba, para ser colaborador activo.
2. Promover conocimientos en el niño y familia acerca del procedimiento.
3. Ayudar la estabilidad emocional para la realización efectiva de la intervención.
4. Lograr una adecuada adherencia terapéutica.

<sup>40</sup> Publicado en The Cochrane Library (2006). Dra. María Soledad Cepeda (Centro Médico Tufos-New England), profesora de la Universidad Javierana de Bogotá (Colombia). Referenciado en *El País*, 25 abril 2006. P.34 Salud.

<sup>41</sup> Cintia Favara Scacco. (2003). Arteterapia y sedación como apoyo a los niños y niñas en oncología con necesidades de intervención quirúrgica. Ponencia en la *VII Conferencia Internacional de Arteterapia* de septiembre de 2003, celebrada en Madrid y organizada por el European Consortium of Art Therapy Education (ECARTE).

<sup>42</sup> González Blanco; Rodríguez Lafuente; Alonso García; de León Serra; Rodríguez López ; Gutiérrez Cordoví. (2006). Preparación psicológica para proceder invasivos.: Interpsiquis.

- Giacomantone, E. (2005). “Estrés quirúrgico y ansiedad. Criterios para su manejo terapéutico” [www.psiquiatria.com/congreso/2005/etica/programa/](http://www.psiquiatria.com/congreso/2005/etica/programa/).

- Tercero QG, Hernández RA, Luque CM, Morales GP. (2005). “ Psicoprofilaxis quirúrgica (PPQ)” [www.psiquiatria.com/congreso/2005/etica/programa/](http://www.psiquiatria.com/congreso/2005/etica/programa/)

- Giacomantone, E. y Mejía, A.: (, 1997). *Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico. El impacto emocional de la cirugía*. Buenos, Aires, Paidós.

- Rodríguez ME, González M, Sordo S, Cuspineda E. (2005). “ Atención psicológica en unidades de atención al grave” [www.psiquiatria.com/congreso/2005/etica/programa/](http://www.psiquiatria.com/congreso/2005/etica/programa/)

- Rockwell, D. y Rockwell, F. P. (1979): “The emotional impact of surgery and the value of informed consent”. *Med. Clin. N. Amer.*, Vol. 63, N° 6, , págs. 1341-135 1.

- Mardarás, Plata. E. (1990 ). “Psicoprofilaxis quirúrgica. La preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas” 2ª edición. Ediciones Plo S.A. San Elías, 31-33. 08006 Barcelona.

- Rodríguez me. (2005). “Implicaciones para el personal de salud de las situaciones dilemáticas” [www.psiquiatria.com/congreso/2005/etica/programa/](http://www.psiquiatria.com/congreso/2005/etica/programa/)

- Rodríguez Lafuente. (2004). “Guía de actuación psicológica. Preparación psicológica para proceder invasivos” Hospital Hermanos Ameijeiras. Manual de procedimiento del servicio de psicología.

### 5. Promover estrategias de afrontamiento que incluyan el sentido del autocontrol.

Para ello, a través de medios y técnicas propias del arteterapia exploramos estados emocionales, se evalúan conocimientos que tienen sobre enfermedad y procedimiento, así como expectativas con su realización y disposición para realización de la prueba y muy especialmente se exploran miedos sobre dolor, anestesia, pérdida de control, posibles daños corporales; a los efectos posteriores: dolor, malestar, reducida capacidad para actividad física, incapacidad, aspectos a largo plazo, perspectivas futuras. También todas las posibles ideas irracionales relacionadas con el proceder que se les hará.

Mar, Oncología. 11 años. Escoge ese día como símbolo de su estado, fotografiar las señales de la punción. La foto, al igual que las que hizo en días anteriores pasa a su cuaderno o diario de artista en el Hospital.

Esto puede realizarse individualmente o en grupo reuniendo a los que se realizarán pruebas en 1 semana en grupos no mayores de 15 chicos. Después de la realización de la prueba se verá con el niño su estado durante la misma y en el momento, para evaluar- ajustar la preparación efectuada.

Fase postquirúrgica:

1. Mantener la información sobre el estado actualizada adecuadamente.
2. Dar apoyo emocional al niño y su familiar.
3. Permitir la expresión plástica de sensaciones, y estados emocionales, así como de dudas y temores con respecto al resultado de la prueba.
4. Uso de la reestructuración cognitiva a través del trabajo artístico y la relajación en los casos que lo requieran.

## AYUDAS COMPLEMENTARIA PARA EL ARTETERAPEUTA<sup>43</sup>

Hay otro tipo de medidas que inciden positivamente sobre la percepción del dolor:

- Imágenes. Con ojos cerrados se imagina lo que el arteterapeuta plantea: sentir el calor del sol o escuchar el mar<sup>44</sup>. Puede combinarse con la pintura antes o después de esos espacios creados. A veces, según la intensidad y la viveza, puede ser una forma de autohipnosis. Ciertas imágenes pueden aliviar el dolor incluso durante horas después. La creación de imágenes mentales reduce la sensación de encierro, ayuda a relajarse, evita el aburrimiento, disminuir la ansiedad y ayudarle a dormir. ¿Qué hay más fácil para crear imágenes y relacionarse con ellas que las artes plásticas?
- Música. Al arteterapeuta le conviene contar con un disco especialmente diseñado para la situación y que se encuentre entre el repertorio preferido por el niño<sup>45</sup>. No hay problemas en que el arteterapeuta se apoye en estimulación con música y que produce muy buenos resultados la combinación. En ocasiones el chico puede rechazar pintar pero aceptar jugar con música y con frecuencia de la música se puede pasar a la visualización y de esta a la imagen, la forma, el color y la pintura. recordamos el caso de un adolescente que no quería

<sup>43</sup> Children's Hospital and Regional Medical Center, Seattle, Washington. (2006). Pain control: for short-term acute pain / spanish. Material educativo para el paciente y la familia. Control del dolor: para dolores agudos temporales. [Http://www.seattlechildrens.org/child\\_health\\_safety/pdf/flyers/pe503s.pdf](http://www.seattlechildrens.org/child_health_safety/pdf/flyers/pe503s.pdf).

<sup>44</sup> Fezler, w. (1991). *Imágenes creativas*. Visualización terapéutica. Martínez roca.

<sup>45</sup> Goicoechea Calderero, E. (2004): Ponencia. *Técnicas de relajación con musicoterapia*. *Arteterapia en la educación*. Universidad de Huelva. Huelva.

salir de la habitación, comer, hablar pero que acepto tocar en un pequeño órgano eléctrico. Las dificultades de algunos dedos sirvieron de metáfora para explicar la debilidad de sus piernas deterioradas por la falta de ejercicio y la pasividad. Empezó a pintar manos con distintos colores según la fuerza de los dedos para hacer música. Están manos eran un reflejo de su estado y de sus avances a lo largo de los días.

- Respiración completa o profunda. Una respuesta común al dolor es tensar los músculos. Previo al trabajo plástico se puede jugar con la respiración buscando lograr respiraciones profundas para relajar los músculos tensos o para aliviar el dolor.<sup>47</sup>

- Masaje. El masaje terapéutico es otra manera de relajarse que puede ser introducida como juego, con la colaboración de los padres, antes del trabajo.

Remitimos al capítulo de Pedro A. Cruz Sánchez: *Cuerpo doliente y experiencia artística*<sup>48</sup>, tanto para el tema de sufrimiento y dolor, distancia y proximidad como para un interesante estudio del tratamiento artístico del cuerpo magullado, dolorido, torturado.

## EPÍLOGO

Hay puntos en los que el terrible dolor es lo único que podemos percibir. Mientras esté instalado es difícil comenzar cualquier otra terapia. Instalados en el dolor, la mente no nos permite ocuparnos de otra cosa.

En nuestra práctica atender el dolor fue primero algo intuitivo pero acabó convirtiéndose en un método de trabajo. Al empezar las sesiones de arteterapia, lo primero que se hacía era "escuchar la planta", si se oía llorar, chillar o semejante desde alguna habitación esa se convertía en la de atención prioritaria. Si esto no pasaba, se recogía información del personal y se ofrecía el servicio a los que sentían más molestias o a los que se iban a enfrentar pronto a pruebas dolorosas o que les atemorizaban, como las punciones. El llanto, o las otras expresiones de dolor, sin duda han sido diseñadas en los humanos para llamar la atención de los otros. Si estas señales no se han extinguido, y la evolución las ha perpetuado, dentro de la lógica científica actual es porque han de tener un valor para la supervivencia. Desoirla, negarla o intentar desplazarla a algo secundario, entendemos que sería ir en contra de la sabia naturaleza. Aceptarlo, reconocerlo, escucharlo, es sin duda duro, pero si nos atrevemos a hacerlo, veremos que el arte tiene posibilidades. No posibilidades milagrosas, pero sí espacio, como hemos intentado presentar en el artículo. Entre otras cosas tiene el importantísimo papel, puede dar el servicio, de escuchar, recoger y darnos en alguna medida la sensación de control de lo incontrolable por ejemplo a través del diálogo con el propio dolor.

---

<sup>46</sup> Manent, G. (1992). *El niño y la relajación*. Ediciones mandala.

<sup>47</sup> Cruz Sánchez, P.A. *Cuerpo doliente y experiencia artísticas* 57-76. En Coll Espinosa, F. *Arteterapia. Dinámicas entre creación y procesos terapéuticos*. Universidad de Murcia. 2006. <http://www.opacmeiga.rbgalicia.org/detallereexistro.aspx?CodigoBiblioteca=cmb001&reexistro=18256&formato=etiquetas>

**BIBLIOGRAFÍA**

- ANARTE, M.T.; RAMÍREZ, C.; LÓPEZ, A.E. Y ESTEVE, R. (2001). "Evaluación de estrategias de afrontamiento, nivel de funcionamiento y edad en personas con dolor crónico oncológico y benigno". *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 8, 102-110.
- COLLETTE, N. (2006) "Hasta llegar, la vida. Arteterapia y cáncer en fase terminal." En *Arteterapia- Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*. Vol. 1: 149-159. Publicaciones Universidad Complutense de Madrid.
- CRUZ SÁNCHEZ, P. (2006). "Cuerpo doliente y experiencias artísticas" 57-76. En Coll Espinosa, F. *Arteterapia. Dinámicas entre creación y procesos terapéuticos*. Universidad de Murcia.
- ESTEVE, R.; LÓPEZ, A.E. Y RAMÍREZ, C. (1999). "Evaluación de estrategias de afrontamiento al dolor crónico". *Revista de Psicología de la Salud*, 11, 77-102.
- FAVARA SCACCO, C. (2003). "Arteterapia y sedación como apoyo a los niños y niñas en oncología con necesidades de intervención quirúrgica". Ponencia en la *VII Conferencia Internacional de Arteterapia*, Madrid y organizada por European Consortium of Art Therapy Education (ECARTE).
- LÓPEZ FDZ. CAO, M. (2006): "Curar la heridas: La imagen y el proceso como vehículo de expresión pública e íntima de la muerte y la enfermedad". En *Creación y posibilidad. Aplicaciones del arte en la integración social*. 15-31. Editorial Fundamentos. Madrid.
- MARTÍNEZ, N Y LÓPEZ, M. (2004). "El Arte como terapia en España". En Domínguez-Toscano (Coord). *Arteterapia: Principios y ámbitos de aplicación*. Junta de Andalucía.
- MONSALVE, GÓMEZ-CARRETERO, SORIANO. (2006.). "Intervención psicológica en dolor oncológico: un estudio de revisión". *Psicooncología*: Vol.3, Nº 1, 139-152.
- MUÑOZ, M. Y ESTEVE, R. (2005). "Reports of memory functioning by patients with chronic pain". *Clinical Journal of Pain*, 21, 287- 291.
- MYERS, L. B. (2000). "Identifying repressors: a methodological issue for health psychology". *Psychology and Health*, 15, 205-214.
- PUEBLA F. (2005). "Tipos de Dolor y escala terapéutica de la OMS. Dolor iatrogénico". *Oncología*; 28(3): 139-43.
- QUILES MJ, VAN-DER HOFSTADT C J, QUILES Y. (2004). "Pain assessment tools in pediatric patients: a review (2nd part)". *Rev Soc Esp Dolor*; 11: 360-369.
- RAMÍREZ, C.; LÓPEZ, A.E. Y ESTEVE, R. (2004). "Personality characteristics as differential variables of the pain experience." *Journal of Behavioral Medicine*, 27, 147-165.
- RICO CABALLO, L.: (2004) "Terapia con narrativas: lectura, escritura y plástica". En Martínez, D. y López Fdz. Cao, M. *Arteterapia y Educación*. Comunidad Autónoma de Madrid.
- RICO CABALLO, L.: (2005). "Salud y arte infantil. Intervención en oncología y trasplantes". En *Arte infantil en contextos contemporáneos* Editores: Belvert /Moreno/ Nuere. Editorial Eneida. Madrid.
- RODRÍGUEZ, M.J.; ESTEVE, R. y LÓPEZ, A.E. (2000). "Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico". *Psicothema*, 12, 339-345.
- SAVEDRA M, TESLER M, WEGNER C. (1988). "How do children describe pain?" *J Adolesc Health Care*; 9: 315-20

- TOVAR, M.D. (2005). “Dolor en niños”. Corporación Editora Médica del Valle Colomb Med; 36 (Supl 3).
- WELLS, A. (2005). “The Metacognitive Model of GAD: Assessment of Meta-Worry and relationship with DSM-IV Generalized Anxiety Disorder”. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 107-121.
- WELLS, A., Y CARTER, K. (2001). “Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression and nonpatients”. *Behavior Therapy*, 32, 85-102.
- WENZLAFF, R., Y WEGNER, D.M. (2000). “Thought suppression”. *Annual Review of Psychology*, 51, 59-91.