



**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
CENTRO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS**

**SÍNTOMAS E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN
ONCOPEDIATRÍA**

**Autora:
Prof. Geohanna Noel, Psic., MgS.**

Mérida, 2013

SÍNTOMAS E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ONCOPEDIATRÍA

ÍNDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	3
SÍNTOMAS EN EL NIÑO ONCOLÓGICO.....	9
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.....	16
1. Intervención durante el diagnóstico.....	18
2. Intervención durante el tratamiento.....	20
CONCLUSIÓN	23
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo presentar las repercusiones que acarrea la enfermedad oncológica en la etapa de diagnóstico y tratamiento, en el niño y sus familiares resaltando los diversos síntomas o efectos secundarios producto del tratamiento, entre ellos: náusea, vómitos, fatiga, dolor. Aunado a lo anterior, se resalta la importancia que tiene la comunicación eficaz entre el personal de salud y el paciente para generar una mejor adaptación a la enfermedad. Finalmente, se presentan las técnicas más eficaces para reducir dichos síntomas y la ansiedad en el niño con cáncer como la relajación muscular progresiva, la respiración, la imaginación guiada, la visualización y la distracción.

Palabras clave: cáncer pediátrico, síntomas, manejo de la ansiedad

INTRODUCCIÓN

Existen varios modelos teóricos que describen diversas estrategias de intervención a nivel pediátrico en pacientes que padecen una enfermedad oncológica. Desde la perspectiva de la Psiconeuroinmunología se busca dar respuesta a esta enfermedad de alto riesgo que afecta a millones de niños a nivel mundial.

El National Cancer Institute (2012), expone que el cáncer pediátrico es la primera causa de muerte en Estados Unidos, con una expectativa de diagnóstico de 12.060 casos nuevos a nivel infantil y adolescente en el presente año.

A pesar del aumento de la incidencia de esta terrible enfermedad, las tasas de mortalidad han disminuido en los últimos 30 años en más del 50% en comparación

con años anteriores. Actualmente se habla de una supervivencia de 5 años que ha mejorado en un 83% desde el año 1970. El avance en las tasas de supervivencia es debido a las mejoras en tratamiento y la participación de pacientes en ensayos clínicos (National Cancer Institute, 2012)

La Fundación Amigos del Niño con Cáncer (2011) en sus estadísticas reporta que para el año 2011 se atendieron 319 casos de pacientes nuevos a nivel nacional, siendo los tipos de cáncer más relevantes Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA), Leucemia Mieloblástica Aguda, Linfoma de no Hodgkin y Retinoblastoma. El número total de niños asistidos fueron 977 para el año 2010 y 995 pacientes atendidos, tanto nuevos como regulares, para el año 2011. Estas cifras demuestran la incidencia de esta terrible enfermedad con el paso del tiempo.

Durante el año 2011, en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes se atendió un total de 2.697 pacientes y en el transcurso del año 2012 se ha brindado atención a unos 621 pacientes en el servicio de Oncología Pediátrica. Dichos datos resaltan la prevalencia de la enfermedad oncológica en la población Merideña (I.A.H.U.L.A., 2012).

Todos estos datos estadísticos apuntan hacia una enfermedad que impacta a una población a nivel mundial, nacional y regional que se encuentra en las primeras etapas del desarrollo evolutivo, afectando su lenguaje expresivo y comprensivo,

manejo emocional, capacidades cognitivas, físicas, y relaciones interpersonales que deben ser acordes a la edad y sexo del paciente.

Violant, Cruz y Pastor (2009) proponen que la comprensión y manejo de la enfermedad se realice sobre la base del desarrollo evolutivo del paciente. Durante la primera infancia, entre los 0 y 3 años, el infante responde principalmente al dolor, malestar y presencia de personas extrañas, la experiencia de separación de sus padres puede generarle altos niveles de ansiedad, finalmente carece del concepto de tiempo lo cual no le permite entender la temporalidad de la enfermedad o de la amenaza de la muerte. Entre los 3 y 5 años, el niño comienza a reconocer qué parte del cuerpo está afectada por la enfermedad y durante la hospitalización puede mostrarse muy irritable, ansioso, triste o agresivo. Entre los 6 y 12 años, el niño tiene conciencia de la enfermedad, asocia determinadas partes del cuerpo con sus funciones y entiende que el fallo en el funcionamiento de un órgano determinado puede ser la causa del problema, participa en la relación con el médico facilitando la comunicación, maneja un concepto maduro de lo que es la muerte como fenómeno universal, irreversible y permanente.

El cáncer tiene efectos diversos en la salud del infante y es vivenciado de forma distinta en cada paciente según la edad, el tipo de enfermedad oncológica, tratamiento y efectos secundarios del mismo, lo cual influirá sobre el desarrollo evolutivo y a adaptación a la enfermedad.

Holland y Gooen (2000), exponen sobre las diversas tareas evolutivas que un infante debe alcanzar y pueden verse afectadas debido a la presencia de una enfermedad oncológica. En la niñez temprana se espera el desarrollo a nivel motor, del lenguaje, cognitivo, social, el establecimiento de lazos familiares, áreas que pueden presentar un desarrollo tardío o verse afectadas a causa de la enfermedad, pudiéndose presentar: la regresión, ansiedad por separación, aislamiento y aumento de miedo al dolor. En la niñez tardía metas como la socialización con los pares, la habilidad intelectual y física deben ser alcanzadas. Nuevamente la presencia de esta enfermedad influye en el logro de estas metas, generando la sensación de ser diferente, creando cierta fobia escolar y el miedo a la muerte.

Los mismos autores resaltan la importancia de la intervención psicológica en estas etapas para evitar la involución del niño y fomentar el alcance de metas evolutivas esperadas. Se destaca la estimulación social y física, juego estructurado, incremento del contacto familiar, promoción de la confianza en el personal de salud, mantenimiento de una apariencia física adecuada, minimizar las ausencias de sus familiares, hablar sobre la enfermedad y cómo responde su organismo al tratamiento.

En este sentido, se plantea que mientras cada paciente presenta respuestas agudas similares ante el conocimiento catastrófico del diagnóstico, el estilo de afrontamiento y adaptación varía ampliamente. Es importante reconocer los

factores que predicen un adecuado o inadecuado ajuste, identificándolos de forma individual en cada paciente.

Con respecto a los factores que determinan la adaptación al cáncer, se han diferenciado los de tipo social, personal y relacionados con la enfermedad. A nivel *social*, este factor se encuentra en constante cambio ya que depende de las creencias, la percepción y el conocimiento del paciente, además asociados a la patología. El diagnóstico es percibido actualmente como menos invasivo, sobretodo en pacientes pediátricos y adultos jóvenes debido a la alta tasa de supervivencia en esta población, aunado a una sociedad que exige y tiene acceso a mayor información sobre el tipo de diagnóstico, tratamiento, pronóstico, así como una adecuada relación médico-paciente. Por otra parte, en la última década, los pacientes sobrevivientes tienen mayor contacto con su médico debido a los exámenes de control especializados que se deben realizar periódicamente (Holland y Goen, 2000).

Los factores personales, derivados del *paciente*, que afectan la adaptación a la enfermedad provienen de tres fuentes principales: intrapersonales, como edad y habilidades de afrontamiento; interpersonales es decir, el apoyo social; y nivel socio-económico. La etapa del desarrollo en la que se encuentra el paciente es relevante debido a que las tareas por ser alcanzadas en cada etapa pueden verse afectadas por la enfermedad. Un nivel de conciencia sobre los cambios biológicos del organismo según la edad, metas psicológicas y sociales por alcanzar, permite entender el impacto del cáncer en cada caso y ayuda a derivar la atención

psicológica pertinente. Para generar un mayor nivel de adaptación se recurre al uso y promoción de estrategias de afrontamiento focalizadas en manejo del estrés, valoración de la persona, mantener el apoyo social, recuperar las funciones físicas y responsabilidades sociales y escolares, así como fomentar las creencias religiosas y espirituales.

Un nivel socioeconómico y educativo bajo, puede afectar la morbilidad y mortalidad, además del acceso a tratamiento y exámenes especializados (Holland y Gooen, 2000).

Los aspectos relacionados con la *enfermedad* que contribuyen a la adaptación, son los factores clínicos como el estadio, diagnóstico, ubicación, presencia de síntomas (especialmente dolor), pronóstico, tipo de tratamiento requerido y su inmediatez, así como el impacto sobre la funciones a mediano y largo plazo. El apoyo y la sensibilidad del personal de salud durante estas etapas es significativo y trascendental ya que permite la adaptación a la enfermedad por parte del paciente y la familia (Instituto Superior de Estudios Psicológicos, 2008)

Los mismos autores reseñan sobre el proceso de adaptación a la enfermedad oncológica conformada por distintas fases:

- 1) *presintomática*, en la cual la persona está libre de síntomas, y en ningún momento puede imaginar la posibilidad de que le diagnostiquen una patología oncológica, el hecho de no tener síntomas no implica que la

persona no tenga la enfermedad, por esta razón es importante el diagnóstico precoz.

2) La *fase sintomática*, en la cual la persona percibe una serie de malestares que están asociados con la enfermedad.

3) En la *fase de diagnosis*, se realizan una serie de exámenes indicados por el médico y finalmente éste comunica el diagnóstico.

4) Durante la *fase de tratamiento* el paciente se somete a una serie de intervenciones de tipo quirúrgico, radioterapéutico y quimioterapéutico, dependiendo de la naturaleza de la enfermedad oncológica.

5) En la *fase de rehabilitación* hay períodos de remisión de la enfermedad, sensación de incertidumbre ante una posible recaída o metástasis.

6) La *fase terminal*, viene dada por el progreso de la enfermedad y en ella se aplican tratamientos de tipo paliativo para controlar los síntomas que ya no pueden ser tratados. Se desea ofrecer calidad de vida al paciente hasta el final de su enfermedad

SÍNTOMAS EN EL NIÑO ONCOLÓGICO

La experiencia de los síntomas afecta la calidad de vida del niño y de su familia por lo que el control de síntomas se ha convertido en un objetivo primordial en la atención integral en oncología pediátrica. Aliviar los síntomas desde una perspectiva biopsicosocial es de gran relevancia para el personal de salud.

Los niños con cáncer conviven diariamente con dichos síntomas, que se traducen en efectos secundarios de la enfermedad y del tratamiento, los cuales muchas veces no son tratados o aliviados, esto afecta el ajuste adecuado al proceso de enfermedad.

Diferentes investigaciones han tenido como objetivo determinar la prevalencia del dolor, efectos secundarios del tratamiento y otros síntomas como fatiga, náuseas, manejo de la ansiedad y depresión hospitalaria así como la aplicación de estrategias cognitivo-conductuales para el control de los síntomas. (Salas, Gabaldón, Mayoral, Arce y Amayra, 2004)

Recientemente, algunos estudios se han centrado en analizar la experiencia de los síntomas asociados al cáncer desde la perspectiva del niño y su familia, los cuales concluyen que la presencia del síntoma no necesariamente está relacionada con la frecuencia, intensidad y nivel del distrés que estos generan. Así, la presencia de fatiga puede ser modesta pero el nivel de incomodidad altamente estresante (Woodgate, Degner, Yanofsky ,2003)

Collins et al. (2002) comentan que la prevalencia de síntomas en niños entre 7 y 12 años menos 48 horas antes de completar la evaluación psicológica son: cansancio (35.6%), dolor (32.4%), insomnio (31.1%), prurito (25%), falta de apetito (22.3%), preocupación (20.1%), náusea (13.4%) y tristeza (10.1%), a pesar de que este síntoma se encontraba con menor prevalencia, más del 50% de los niños la evaluaron como intensa, frecuente y estresante lo que indica la necesidad de apoyo psicológico continuo. El alto nivel de ansiedad se relacionaba más significativamente con dolor, insomnio, prurito, náuseas y preocupación que con la falta de apetito. Los niños hospitalizados manifestaban más síntomas que los niños en condición ambulatoria.

Los mismos autores señalan que los pacientes sometidos a quimioterapia 7 días previos a la evaluación psicológica experimentaban falta de apetito y cansancio, a diferencia de aquellos que no habían recibido quimioterapia los últimos días, quienes manifestaban padecer principalmente náuseas.

Los síntomas pueden tener múltiples significados para los pacientes sobre todo cuando se padecen de forma conjunta con otros, y se le hace difícil al niño diferenciar la frecuencia e intensidad de uno u otro síntoma, Esto puede influir a la hora de medir en el niño la presencia o ausencia de algunos malestares o hablar de ellos con otras personas sobre todo cuando son catalogados como “normales”, producto de la enfermedad o del tratamiento, lo que inhibe la expresión de los síntomas por parte del paciente.

Hedstrom, Haglund, Skolin, von Essen (2003) reseñan en su investigación que aunque la percepción de cada niño era única, todos manifestaron no haber

alcanzado un alivio completo en ninguna de las ocho experiencias de síntomas. A continuación se presentan los síntomas más relevantes en oncología pediátrica.

Dolor

La naturaleza del dolor en oncología pediátrica va a depender del origen del mismo, y puede estar asociado al cáncer dependiendo de su localización, los procedimientos médicos y el tratamiento. De acuerdo con el *tipo de cáncer*, la enfermedad puede afectar el nivel de dolor percibido, siendo el dolor óseo el más común. Puede ser generalizado como en las leucemias o localizado como en los tumores. Otros tipos de dolor menos frecuentes pero que igual afectan al paciente, es el producto de la compresión tumoral del sistema nervioso central o periférico, y el dolor por invasión tumoral de tejidos blandos u órganos.

Entre los procedimientos médicos más comunes se encuentran inyecciones intravenosas, intramusculares, punciones lumbares, toma de vías, resonancia magnética, radioterapia. El dolor producto de los *procedimientos médicos* es uno de los más temidos por el paciente, debido a sus efectos desagradables a nivel físico y emocional, experimentándose ansiedad o distrés como emoción principal, en consecuencia el niño puede evitar someterse a dichas intervenciones para impedir el malestar.

El dolor relacionado con los *tratamientos* es muy común y depende tanto del tipo de tumor como del tratamiento administrado: En este caso deben considerarse, por ejemplo, incisiones quirúrgicas, neuropatías, dolor del miembro fantasma,

infecciones, dermatitis (o necrosis cutánea producto de la radiación), jaqueca prolongada producto de punciones lumbares y gastritis debido a ingesta de medicación, entre otros. (Salas, Gabaldón, Mayoral, Arce y Amayra, 2004)

Una serie de investigaciones aportan diferentes hallazgos sobre el dolor en oncopediatria. En un estudio cuyo objetivo era determinar la prevalencia y etiología del dolor oncopediátrico se mostró que el 40% de los pacientes lo padecían y que su causa estaba relacionada con el tratamiento en un 74% de los casos. Otra investigación describe la importancia del dolor en niños con cáncer, reportando que un 78% de los pacientes experimenta dolor antes del diagnóstico, concluyendo que el dolor persistente en un niño o adolescente puede ser indicador de enfermedad grave por lo que debe hacerse una evaluación minuciosa (Miser, Dothage, Wesley, Miser y McCalla, 1987). De acuerdo con un estudio posterior las causas principales de dolor oncológico pediátrico se explican en un 28% por las inyecciones, un 40% por la quimioterapia, un 78% por aspiraciones medulares y un 61% causado por punciones lumbares (McGrath, Hsu, Cappelli, Luke, 1990). Las investigaciones antecedentes concluyen que la fuente principal de distrés a causa del dolor, se asocia al generado por procedimientos diagnósticos y terapéuticos en niños hasta los 12 años (Hedstrom, Haglund, Skolin, von Essen, 2003).

Fatiga

La fatiga en oncología pediátrica tiene diferentes constructos definidos por el paciente, los padres y el personal de salud. Diversos estudios intentan explicar

este síntoma. Uno de ellos abarcó una muestra con rango de edad entre los 10 y 18 años donde el síntoma más frecuente era la falta de energía como resultado de la enfermedad, y los autores opinaron que este síntoma generaba un impacto importante en la calidad de vida de los pacientes y modificaba la ejecución de actividades propias de la edad (Hicks, Bartholomew, Ward-Smith, Hutto, 2003).

En otra investigación la fatiga fue definida por un grupo de pacientes infanto-juveniles (niños entre 7 y 12 años), quienes la explicaban como un sentimiento de profundo cansancio físico, dificultad para mover brazos y piernas o abrir los ojos. Los adolescentes lo referían como un estado de agotamiento físico, mental y emocional, el cual puede variar. Los padres de los pacientes percibieron la fatiga como un estado de disminución de la actividad en respuesta a la pérdida de energía que puede verse influido por distintos factores, y entre ellos se mencionan: la enfermedad, la alimentación, el tratamiento, las emociones y las actividades de tipo familiar (Hinds, Hockenberry-Eaton, Gilger, 1999).

Estos mismos autores destacan que la fatiga puede generar dificultades para la interacción social, disminuyendo la capacidad de concentración, atención y generando emociones negativas, correspondiendo a los padres y al personal de salud la responsabilidad de ayudar a aliviar los síntomas, principalmente por medio del descanso y la distracción.

De acuerdo a lo expuesto por Davies, Whitsett, Bruce, McCarthy (2002), la presencia de “energía” es una palabra clave en la definición del constructo. Los

pacientes oncopediátricos pueden experimentar tres tipos subjetivos de fatiga: cansancio típico, fatiga del tratamiento y agotamiento. Existen una serie de estrategias de conservación y preservación que pueden ayudar a controlarla y que dependerán del estilo de vida, los factores ambientales y las distintas modalidades de tratamiento.

Náuseas y vómitos

Los tratamientos a los que son sometidos los pacientes oncológicos infanto-juveniles generalmente causan efectos secundarios importantes, entre ellos se destacan las náuseas y vómitos, que son producto de la quimioterapia. Los antieméticos son primordiales cuando el tratamiento es intensivo, pero puede ocurrir que en ocasiones éste no controle las náuseas lo que genera síntomas anticipatorios o condicionados.

Cabe mencionar las consecuencias físicas derivadas de las náuseas y vómitos: deshidratación, pérdida de electrolitos, anorexia, debilidad, mayor susceptibilidad a las infecciones e interrupción de las actividades normales de la infancia, así como aversión a los alimentos y pérdida del apetito.

En un estudio sobre la prevalencia de náuseas y vómitos anticipatorios se reporta que un tercio de los pacientes oncopediátricos experimentaba náuseas anticipatorias y que una cuarta parte padecía de emesis antes de la administración del tratamiento. Las náuseas anticipatorias se hacían más intensas a medida que

se acercaba la hora del tratamiento al igual que los vómitos (Dolgin, Katz, McGinty Siegel, 1985).

Entre las principales causas se mencionan la ansiedad asociada al tratamiento, el efecto emético de la quimioterapia, las altas dosis de agentes quimioterapéuticos como ciclofosfamida que genera reacciones más intensas y la ansiedad de los padres transmitida a los hijos. En estos casos es recomendable aplicar estrategias de afrontamiento para lidiar con estos efectos, así como fortalecer la producción de pensamiento positivo, la regulación emocional y distracción para las náuseas y para el vómito. El efecto exitoso de las estrategias de afrontamiento dependerá de la edad y el género de los pacientes así como de la intensidad de los síntomas, las experiencias personales y la disponibilidad de apoyo social.

Sobre la base de la revisión teórica y empírica realizada anteriormente, sobresale la importancia que tiene la aplicación de herramientas psicológicas para lidiar con los efectos secundarios del tratamiento oncológico, dado que está asociado a factores físicos y psicológicos. De esta forma, generando intervenciones efectivas de naturaleza psicosocial se puede incrementar la calidad de vida del paciente.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Las intervenciones psicológicas están dirigidas a controlar los síntomas físicos y psicológicos producto del tratamiento oncológico, bien sea quimioterapia, radioterapia o cirugía.

Algunas investigaciones reportan que entre las herramientas que existen para manejar náuseas y vómitos asociados a quimioterapias se encuentran la hipnosis y técnicas cognitivo-conductuales, como la distracción e imaginación, así como también los video juegos y el uso de la realidad virtual (Jacknow, 1994 et al.)

En un hospital de España, dentro del servicio de pediatría, se realizó un estudio piloto sobre un programa de intervención en pacientes oncopediátricos, dirigido a manejar la ansiedad, el estrés y el dolor asociados a procedimientos médicos, incluyendo la respuesta del familiar o cuidador principal. Los resultados reflejan que se logró disminuir la ansiedad anticipatoria entre un 50% y 100%, el dolor entre un 40% y 80% y se evidenció que la ansiedad de los padres tendía a disminuir cuando el niño aplicaba mecanismos de afrontamiento efectivos (Salas, Gabaldón, Mayoral, Arce y Amayra, 2002)

Otra investigación tuvo el objetivo de disminuir las náuseas y vómitos asociados a la quimioterapia en pacientes entre los 6 y 17 años, comparando dos tipos de intervención realizada: la hipnosis y el apoyo psicológico como distracción, respiración profunda e instrucciones para detener pensamientos sobre síntomas. Se encontró que en ambos grupos disminuyeron los síntomas y no hubo diferencia significativa entre los tipos de intervención (Zeltzer, LeBaron, Zeltzer 1984).

Salas et al (2004) mencionan algunos aspectos relevantes sobre el control de síntomas en los niños oncológicos:

- Los niños oncológicos pueden experimentar síntomas físicos y emocionales relacionados a la enfermedad y tratamiento.
- Síntomas como dolor, fatiga, náuseas y vómito generan estrés y ansiedad en los pacientes y sus familiares.
- Los efectos secundarios son experimentados desde una perspectiva subjetiva, individual y versátil por el paciente, familiares y personal de salud.
- Es relevante preparar a todas las personas implicadas en el proceso de enfermedad para los efectos secundarios del tratamiento desde su diagnóstico e intervención.
- Las estrategias cognitivo-conductuales son reportadas como una de las más efectivas para el tratamiento de síntomas y proporcionan una participación activa del paciente y su familiar.

1. Intervención durante el diagnóstico

Comunicar el diagnóstico es un proceso que puede ser angustiante para el paciente, los padres y el personal de salud debido a la connotación que la palabra “cáncer” tiene con la muerte. Los padres no están preparados para oír la noticia y no saben cómo lidiar con esta realidad ante su hijo. Experimentan emociones como tristeza, miedo, incertidumbre, ira, atraviesan etapas de negación y evitación del diagnóstico. Es de gran relevancia que el personal de salud tenga una postura abierta y accesible

con el paciente y su cuidador para poder facilitar la mayor información posible dentro de un ambiente de confianza y seguridad. Esto permitirá a los padres poder indagar toda la información requerida para genera un nivel de aceptación de la enfermedad.

El niño puede experimentar ansiedad, baja autoestima, preocupación por su vida, o miedo a la muerte, sentimientos de minusvalía e indefensión. En investigaciones previas se ha comprobado que los niños saben que están enfermos, y que algo en su cuerpo no está funcionando de manera óptima. Ocultarle el diagnóstico es lo menos recomendable (Noel, D'Anello, Araujo y De Sousa, 2012).

Al momento de comunicar el diagnóstico hay que permitir que el niño exteriorice las emociones mencionadas para luego admitir el surgimiento de una serie de interrogantes que deben ser contestadas bien sea por los padres o el médico responsable. En ocasiones hay información que debe ser repetida hasta que el niño la haya comprendido bien e internalizado adecuadamente. Al comunicar el diagnóstico se inicia un proceso en el cual se va avanzado en función de las situaciones experimentadas. Indagar las creencias que el niño tiene asociadas a la enfermedad oncológica seguramente permitirá detectar posibles ideas irracionales que puedan fomentar la presencia de emociones negativas.

Es conveniente que el niño no perciba el malestar emocional de sus padres y familiares ya que transmitir la falta de control o inestabilidad, repercutirá sobre la estabilidad emocional del niño. Después de conocer el diagnóstico, los padres y pacientes deben afrontar una serie de pruebas que les serán presentadas de forma paulatina. Cada etapa requerirá una atención especializada para aprender a lidiar con la realidad (Méndez, Orgilés, López y Espada, 2004)

2. Intervención durante el tratamiento

La fase de tratamiento es de cuidado, ya que se presentan una serie de interrogantes que pueden surgir a raíz de la falta de información, dudas o ideas erróneas sobre el mismo, y el personal de salud debe dar respuesta a estas dudas a fin de disminuir el nivel de ansiedad ante el tratamiento y sus efectos secundarios. Es importante explicarles a los padres y al paciente los síntomas que llegará a experimentar, recalcando que cada organismo es diferente y que no necesariamente debe sufrir todos los efectos secundarios ya mencionados.

El éxito del tratamiento es otro aspecto que debe ser tomado en cuenta a la hora de comunicar, ya que esto también genera ansiedad en los padres. Se debe ser realista con ellos y proporcionar información objetiva y veraz.

Vancer y Eiser (2004) concluyeron en su investigación que la actitud de los padres ante el tratamiento y procedimientos médicos invasivos, es vital para la adaptación del niño a su enfermedad. Aquellos padres que se mostraban ansiosos, evitativos, permisivos o altamente estrictos generaban altos niveles de estrés en el paciente. En cambio, los que estimulaban un afrontamiento adecuado focalizado en soluciones y daban apoyo a sus hijos, generaban un manejo emocional adecuado.

Se debe guiar el proceso de adaptación posterior al tratamiento, ya que es recomendable que el niño retorne a la ejecución de sus actividades personales, familiares, escolares y lúdicas típicas de su desarrollo evolutivo. Lo que facilitará la adaptación a la rutina fuera del hospital y lejos de la enfermedad.

Méndez, Orgilés, López y Espada (2004) exponen su punto de vista con respecto al padecimiento de síntomas producto de los tratamientos médicos y recalcan que se pueden aplicar una serie de estrategias que permitan disminuir el efecto aversivo en el niño, y entre ellas mencionan relajación muscular progresiva con imágenes guiadas, visualización, distracción y respiración diafragmática.

Mediante la *relajación muscular progresiva* se enseña al niño a distenderse tensando y relajando progresivamente grupos musculares. Con la *imaginación* se desvía la atención de la sensación de vómitos y náuseas

hacia un lugar o imagen agradable y relajante. Con las sugerencias de *relajación profunda* y la *visualización* de escenas placenteras, se induce la hipnosis que se aplica durante la quimioterapia.

La *distracción* es una técnica cognitiva que consiste en retirar la atención de la fuente de dolor y dirigirla a otro tipo de estimulación. Sirve, por tanto, para alterar la percepción sensorial del dolor, considerándose que, cuanto más concentrado esté el niño es más probable reducir dicha sensación. Con enfermos oncológicos se han utilizado distractores externos como video juegos, juguetes, muñecos o cuentos, y distractores internos como las *imágenes emotivas*. Mediante este último procedimiento se pretende que el niño se concentre en las imágenes mentales que le sugiere el terapeuta de la manera más vívida posible, para lograr evocar las sensaciones asociadas a esas imágenes.

Mediante las técnicas de *relajación* y *respiración* se pretende reducir la ansiedad y tensión muscular que frecuentemente acompañan al dolor. Cuando el niño se encuentra relajado percibe los procedimientos médicos como menos dolorosos.

Para finalizar, mediante el “juego de los médicos” se consigue desensibilizar al paciente en relación al rol y el significado asociado que tienen la ropa, el material y los procedimientos médicos. Así, el niño simula ser un médico o enfermero que, por ejemplo, debe poner una inyección a un muñeco de

trapo. También puede practicar con el muñeco las estrategias de afrontamiento que debe emplear al ser hospitalizado. Y es recomendable aplicar reforzamiento positivo cuando el niño use alguna de las herramientas mencionadas.

CONCLUSIÓN

El cáncer es una de las enfermedades más temidas en la actualidad. Si la enfermedad afecta a la población infantil, la consternación que despierta es todavía mayor. Frente al elevado número de diagnósticos que se realizan cada año, los avances en los tratamientos médicos han reducido las tasas de mortalidad, considerándose el cáncer hoy en día una enfermedad crónica. Las características de la enfermedad y los efectos secundarios de los tratamientos pueden alterar de forma significativa la vida del niño y de su familia, por lo que se enfatiza la importancia de intervenir para reducir el impacto emocional del cáncer y facilitar la adaptación del enfermo y sus familiares a la nueva situación.

Es fundamental proporcionar apoyo a los padres en el momento del diagnóstico y asesorarles en el momento de dar la noticia de la enfermedad a su hijo. Asimismo, la labor del psicólogo durante el tratamiento estará dirigida a detectar posibles

problemas psicológicos en el niño y aplicar la intervención adecuada. Algunos síntomas de la enfermedad y efectos secundarios del tratamiento médico, así como las náuseas, vómitos condicionados, el dolor o la fatiga, pueden reducirse mediante procedimientos psicológicos sencillos.

También es adecuada la preparación psicológica al niño que va a ser hospitalizado o sometido a algún procedimiento médico a fin de reducir sus temores y aliviar su ansiedad. Aunque el niño logre superar la enfermedad, en muchas ocasiones su funcionamiento psicosocial se ve alterado. El apoyo psicológico es decisivo y puede contribuir a aumentar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares.

En definitiva, la *Psicooncología* dispone de una amplia variedad de técnicas comprobadas científicamente para asistir al niño enfermo de cáncer y a su familia, contribuyendo a paliar los síntomas de la enfermedad y los efectos secundarios de los tratamientos médicos, siempre conforme a esquemas de intervención multidisciplinaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Collins J., Devine T., Johnson E., Pinkerton C., Thaler H., (2002) The measurement of symptoms in young children with cancer: the validation of the memorial symptom assessment scale in children aged 7-12. *Journal Pain Symptom Manage*; 23:10-16.

- Davies B., Whitsett S., Bruce A., McCarthy P.(2002) A typology of fatigue in children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 19:12-21.
- Dolgin M, Katz E, McGinty K, Siegel S. (1985) Anticipatory nausea and vomiting in pediatric cancer patients. *Pediatrics* 75:547-52.
- Fundación Amigos del niño con cáncer. (2010). Consultado el 4/10/2012 de
- Hedstrom M., Haglund K., Skolin I., von Essen L. (2003) Distressing events for children and adolescents with cancer: Child, parent and nurse perceptions. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 20:120-32.
- Hedstrom M., Haglund K., Skolin I., von Essen L. (2003) Distressing events for children and adolescents with cancer: Child, parent and nurse perceptions. *Journal Pediatric Oncology Nursing*; 20:120-32.
- Hicks J., Bartholomew J., Ward-Smith P.,Hutto C. (2003) Quality of life among childhood leukemia patients. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*; 20:192-200.
- Hinds P., Hockenberry-Eaton M., Gilger E., et al.(1999) Comparing patient, parent, and staff descriptions of fatigue in pediatric oncology patients. *Cancer Nursing* ;22:277-87.
- Holland, J. y Gooen-Piels, J. (2000) *Principles of Psycho-oncology* en Bast, R., Kufe, D., Pollock, R., Weichselbaum, R., Holland, J. y Frei, E. *Cancer Medicine*, 5th edition
- Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (2012) Estadísticas de consultas realizadas en Oncología Pediátrica. Departamento de Estadística de Salud.
- Instituto superior de estudios psicológicos (2008). *Psicooncología*. Master en Psicología Clínica y de la Salud [material mimeografiado]
- Jacknow D., Tschann J., Link M., Boyce W. (1994) Hypnosis in the prevention of chemotherapy-related nausea and vomiting in children: a prospective study. *Journal Developmental Behavioral Pediatric* 15:258-64
- McGrath P., Hsu E., Cappelli M., Luke B. (1990) Pain from pediatric cancer: a survey of an outpatient oncology clinic. *Journal of Psychosocial Oncology*;8:109-24.

- Méndez X., Orgilés M., López-Roig S., y Espada J. (2004) Atención Psicológica en el Cáncer Infantil. *Psicooncología* Vol. 1, Núm. 1, pp. 139-154
- Miser A., Dothage J., Wesley R., Miser J., (1987) The prevalence of pain in a pediatric and young adult cancer population. *Pain*; 29:73-83.
- Miser A., McCalla J., Dothage J., Wesley M., Miser J. (1987) Pain as a presenting symptom in children and young adults with newly diagnosed malignancy. *Pain*: 29:85-90.
- National Cancer Institute (2012) A Snapshot of Pediatric Cancers. US Department of Health and Human Services.
- Noel, G, D'Anello, S, Araujo, L, De Sousa J (2012) Factores emocionales y familiares asociados a adaptación niños y adolescentes con cáncer. *Medula* 21: 140-146.
- Salas M., Gabaldón O., Mayoral J., Arce M., Amayra I. (2002) Protocolo de intervención psicológica para la ansiedad, dolor y estrés asociados a procedimientos médicos dolorosos en oncología pediátrica. 51 Congreso de la Asociación Española de Pediatría, Bilbao. *Anales Españoles de Pediatría*; 56(supl. 5):164-5.
- Salas M., Gabaldón O., Mayoral J., Arce M., y Amayra I. (2004) Evaluación y control de síntomas en oncología pediátrica: una necesidad que cubrir y un mundo por descubrir. *Psicooncología* Vol. 1, Núms. 2-3, pp. 231-250
- Vance Y, Eiser C. (2004) Caring for a child with cancer. A systematic review. *Pediatr Blood Cancer*; 42: 249-53
- Violant V, Cruz M, Pastor C. (2009) Pedagogía hospitalaria: necesidades, ámbitos y metodología de intervención. Ministerio de Educación. Gobierno de Chile.
- Woodgate R, Degner L, Yanofsky R. (2003) Different perspective to approaching cáncer symptoms in children. *Journal of Pain and Symptom Management*; 26:800-17.

- Zeltzer L, LeBaron S, Zeltzer P. (1984). The effectiveness of behavioral intervention for reducing nausea and vomiting in children receiving chemotherapy. *Journal of Clinic Oncology* 2: 683-9.