



**UNIVERSIDAD
INSURGENTES**

Plantel Xola

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
CON INCORPORACIÓN A LA U.N.A.M.
CLAVE 3315-25

“LA DISTRACCIÓN COGNITIVA COMO MÉTODO
PARA EL DOLOR ANTE UN
PROCEDIMIENTO (PUNCIÓN) EN PACIENTES
PEDIÁTRICOS CON CÁNCER”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

JESSICA VÁZQUEZ VARGAS

ASESORA: MTRA. ANA LUISA SERNA URIBE

CIUDAD DE MÉXICO

2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Gracias a Dios y a la vida, por brindarme la oportunidad de alcanzar una de mis metas y por haber encontrado mi vocación descubriendo el magnífico mundo de la psicología.

A mis padres. Por darme la vida, su apoyo incondicional, ser mi guía, enseñarme valores, cumplir con mis obligaciones. Por impulsarme a consumir mis metas y seguir creando nuevos sueños, por hacerme creer que puedo lograr todo lo que me proponga, con dedicación, esfuerzo, sacrificios. Sin perder mis valores.

A mi padre. Federico Rafael Vázquez Olivares. Que has sido mi mejor ejemplo de fortaleza y amor, por todo lo que me has dado, sin pedir nada a cambio, solo que sea feliz y logre lo que deseo. Por todo tu esfuerzo y sacrificios que has hecho para sacarme adelante. Por tus palabras, por tu apoyo incondicional, gracias papi. Te amo.

A mi madre. Rogelina Vargas Hernández. Por ser una maravillosa mujer, por impulsarme a continuar por lo que más deseo, por estar conmigo en los momentos más difíciles (sin importar la distancia), por tu gran desempeño a aprender para que yo aprendiera, por toda la confianza que depositas en mí. Por tu apoyo incondicional, gracias mami. Te amo.

A mis hermanos. Noé Federico, Héctor y Alejandra. Por estar conmigo en la diversión, en los momentos más complicados, por tolerar mis ausencias, mi carácter; esto por cumplir mis sueños. Sin embargo, los amo y valoro por lo que cada uno de ustedes son, gracias por ser parte de mi vida. Los amo.

Gracias. Gabriela Mendoza Mancera, por tu apoyo, por escucharme, por estar conmigo.

A mis sobrinos, Jaydhy Michelle, Jael Josafat y Eithan. Gracias por ser parte de mi vida. Espero que cuando crezcan un poco más lean esta investigación y los impulse a continuar

con sus sueños y nunca permitan que alguien o algo los limite a llevarlos a cabo. Los amo mis pequeños niños.

A ti Oswaldo Chávez Ruíz. Gracias por haber llegado a mi vida en el momento menos pensado, pero más indicado, por tu apoyo, tus palabras, por darme la tranquilidad que tanto me hacía falta, por escucharme, ayudarme a continuar y no darme por vencida, por ser tan maravillosa persona, por ser mi complemento, mi hermoso ángel. Te amo, amor.

A todos los profesores que han contribuido en mi formación, sin ellos no hubiese sido posible cumplir esta meta.

Mtra. Ana Luisa Serna Uribe. Gracias por el apoyo durante mi formación, por despertar en mí la vocación para trabajar en el área infantil, por compartir sus conocimientos. Por haber sido mi asesora de tesis, por orientarme, guiar mis ideas, por su tiempo y paciencia muchas gracias.

Lic. Ana María Eusebio Hernández. Por ser mi coordinadora durante la carrera, por ser mi profesora, y haber sido quien me brindó la oportunidad de comenzar mi anteproyecto, por impulsarme a continuar con el siguiente paso, hasta llegar a concluirlo, muchas gracias por su apoyo.

Lic. Blanca Perla Ruíz Viveros. Por estar al pendiente de mi proceso de titulación, brindarme la orientación y aclarar mis dudas, gracias.

A la Universidad Insurgentes por ser mi casa de estudios universitarios, por el plan de estudios que ofrece, por los excelentes profesores asignados durante la carrera, por estar tan al pendiente de las necesidades de los estudiantes, por impulsar a ser mejores personas,

estudiantes y profesionistas. Infinitamente agradecida y orgullosa de egresar de la Universidad Insurgentes.

Quiero agradecer al Hospital Infantil de México Federico Gómez. Por darme la oportunidad de realizar mi servicio social en el departamento de Hemato-Oncología. Gracias a ese hermoso servicio que realicé, pude darme cuenta de la importancia del trabajo multidisciplinario en un hospital, tanto con el personal de salud como con los familiares. Gracias por la oportunidad de conocer a grandes personas que tienen como prestadores de servicio. A la Mtra. Adriana Scherer, Mtra. María José Adame y a la Dra. Gabriela Tercero. De quienes fui aprendiz.

Así mismo, agradezco al personal de enfermería en especial a la E.E.O Dulce María Antonia Hernández Reyes, del departamento Hemato-Oncología del área de quimioterapia de corta estancia, por permitirme aplicar el instrumento de medición a los pequeñines de dicha sala, por conocer su hermosa labor, por su disposición, tiempo y apoyo, gracias.

Mi infinito agradecimiento es a los cuidadores primarios. Y a los grandiosos guerreros, que día a día luchan por vencer el cáncer. Agradezco el apoyo y la oportunidad de haberlos conocido. Siempre los llevaré en mi mente, porque de ustedes aprendí el verdadero valor y significado de la vida. Gracias a aquellos niños que aún siguen en la batalla y a quienes no pudieron con ella, pero no por ello dejaron de ser valientes, gracias. Por siempre mi respeto y admiración.

“Ningún niño ni adolescente con cáncer tendría que vivir o morir con dolor”

López (2012).

ÍNDICE

Resumen	
Introducción.....	1
Capítulo 1	3
Pacientes Pediátricos con Cáncer	3
1.1 Cáncer Pediátrico.....	3
1.2 Diagnósticos	6
1.2.1 Leucemia Aguda Linfoblástica	6
1.2.2 Leucemia Aguda Mieloblástica.....	6
1.2.3 Linfoma de Hodgking	7
1.2.4 Linfoma no Hodgking	7
1.2.5 Tumores del sistema nervioso central	8
1.2.6 Osteosarcoma	8
1.2.7 Retinoblastoma.....	9
1.3 Tratamientos	9
1.3.1 Cirugía	9
1.3.2 Quimioterapia	10
1.3.2.1 Pre Quirúrgica	11
1.3.2.2 Post Quirúrgica.....	12
1.3.3 Radioterapia	12
1.3.4 Trasplante de médula ósea	14
1.4 Procedimientos que pueden causar dolor	14
1.5 Cáncer en México.....	15
1.5.1 Pacientes Pediátricos con Cáncer en México.....	15
1.5.2 Epidemiología.....	17
Capítulo 2	19
Dolor en pacientes pediátricos con cáncer.	19
2.1 Definición de Dolor	19
2.2 Tipos de Dolor	22
2.3 Cómo evaluar el dolor.....	27

Capítulo 3	33
Psicoprofilaxis	33
3.1 Qué es psicoprofilaxis.....	33
3.2 Ejercicios psicoprofilácticos	35
3.2.1 Respiración diafragmática o profunda (RD)	36
3.2.2 Imaginería o visualización receptiva.....	37
3.2.3 Distracción cognitiva.....	40
Capítulo 4	43
Investigaciones.	43
4.1 Cáncer	43
4.1.1 El psicólogo y su labor en la oncología (psico-oncología)	44
4.2 Dolor	47
4.3 Psicoprofilaxis	51
Capítulo 5	54
Metodología de la Investigación.....	54
5.1 Planteamiento del problema.....	54
5.2 Justificación	55
5.3 Objetivos	57
5.3.1 Objetivo General	57
5.3.2 Objetivos Específicos.....	57
5.4 Hipótesis	57
5.5 Variables	58
5. 6 Definiciones conceptuales	58
5.7 Definición operacional.....	59
5.8 Escenario.....	60
5.9 Tipo de Estudio	60
5.10 Tipo de Diseño.....	60
5.11 Población	60
5.12 Muestra	61
5.13 Muestreo	61
5.14 Materiales y/o instrumentos	61
5.15 Procedimiento	61

5.16 Análisis estadístico	62
Capítulo 6	64
Resultados.....	64
Capítulo 7	76
Discusión	76
Capítulo 8	83
Conclusiones.....	83
8.1 Sugerencias	85
Referencias	89
Anexos.....	99

Resumen

El dolor en los pacientes pediátricos con cáncer es algo inevitable, es un sufrimiento tanto físico como mental, sin embargo, el dolor físico que sufren los niños ante un procedimiento (punción) para recibir su tratamiento conlleva a generar un dolor emocional, es por ello que el trabajo del psicólogo es de suma importancia en esta área. El objetivo de esta investigación fue comparar los niveles de dolor de dos grupos de pacientes pediátricos con cáncer: Con y sin la utilización de psicoprofilaxis, utilizando como técnica la distracción cognitiva durante el procedimiento (punción). La muestra estuvo conformada por un total de 60 pacientes pediátricos con cáncer, de dicha muestra se formaron dos grupos; grupo control (GC) sin psicoprofilaxis 30 pacientes y el grupo experimental (GE) con psicoprofilaxis 30 pacientes. En cuanto a las edades, son entre los 6 y 17 años de edad. El instrumento que se utilizó fue la escala facial de Wong y Baker (SA), complementada con escala análoga visual (EVA). Los resultados indican que la distracción cognitiva como método psicoprofiláctico ayuda a la disminución del dolor en pacientes pediátricos con cáncer, en comparación con los pacientes en quienes no se utilizó la técnica. Se obtuvieron datos tales como, de los 60 participantes, 34 fueron del sexo masculino y 26 del sexo femenino. Se utilizó la prueba T de Student para diferenciar la media entre pre y post evaluación entre ambos grupos, encontrando una diferencia significativa. La técnica psicoprofiláctica, distracción cognitiva para disminuir el dolor favoreció mayormente a los pacientes de entre 12-14 años de edad, siendo de menor impacto en pacientes de 6-8 años de edad.

Palabras clave: Cáncer, pacientes pediátricos, dolor, psicoprofilaxis.

Introducción

El dolor en un paciente oncológico puede afectar su estilo de vida, el dolor agudo llega a limitar sus actividades cotidianas y podría llegar a incapacitar a la persona así mismo generar síntomas de ansiedad. Tetsuo, (2006; en Velázquez, Vázquez y Alvarado 2009) dicen que el mismo dolor provoca que el ser humano presente la necesidad de recibir apoyo físico, emocional y espiritual.

En un paciente pediátrico con cáncer el sufrimiento es inevitable; ya que constantemente es sometido a procedimientos dolorosos. Cabe mencionar que este sufrimiento, no solo lo viven los niños, sino también los cuidadores primarios, claro está que es un sufrimiento por ver sufrir al niño, a consecuencia de ello, los cuidadores no saben cómo ayudar a los niños y comienzan a ocultar cosas, a no comunicar lo que le está pasando y lo que le harán estando en el hospital, intentan no mostrar su preocupación y sus miedos ante ellos, esto lo hacen pensando que le harán un bien a los pacientes, sin embargo, no se percatan que están generando desconfianza en el niño y no solo del cuidador, sino también una desconfianza al personal de salud, asimismo a los procedimientos de su tratamiento.

Es por esto que se considera importante la intervención psicológica desde el primer momento, tanto para el cuidador como para el paciente (sin importar la edad), ante un diagnóstico oncológico, durante dicha intervención hablar del diagnóstico; cómo lo entienden y viven los cuidadores primarios, considerando siempre al paciente (tomando en cuenta la edad), cómo se sienten física y psicológicamente, brindar Psicoeducación respecto al diagnóstico otorgado, sobre los procedimientos que le van a realizar conforme avance su

tratamiento, e ir desarrollando estrategias para disminuir el dolor, la ansiedad y el estrés ante los procedimientos.

Por ello, la importancia de realizar esta investigación para determinar la relevancia de la utilización de la psicoprofilaxis como una técnica, que ayude a pacientes con cáncer, principalmente pediátricos, a disminuir el dolor ante procedimientos dolorosos como lo son las punciones. Obteniendo como beneficios que el paciente presente una mejor disposición al procedimiento, asimismo obtener una disminución al dolor que se presenta, y así también invitar a que la psicoprofilaxis se utilice ante otros eventos dolorosos, de ansiedad y/o estrés, que pueda afectar su desarrollo.

Para poder entender un poco más sobre esta investigación, en el apartado del marco teórico, se incluyeron cuatro capítulos; el primero habla sobre pacientes pediátricos con cáncer, diagnóstico, tratamiento, procedimientos que pueden causar dolor y sobre el cáncer en México. En el segundo capítulo se integra el tema del dolor en pacientes pediátricos con cáncer, definición del dolor, tipos de dolor y como evaluar el dolor. En el tercer capítulo se detalla el tema de la psicoprofilaxis, definición de psicoprofilaxis y ejercicios psicoprofilácticos. Y en el cuarto capítulo del marco teórico se encuentran diversas investigaciones que se han realizado sobre el cáncer, el dolor y la psicoprofilaxis. En otro de los apartados se desarrolla la metodología de investigación en el cual se indica el método que se llevó a cabo para la recolección de datos y la forma en la que se analizaron los mismos. Se exponen los resultados obtenidos con las escalas utilizadas. Y finalmente se realiza la discusión de los datos utilizando el marco teórico, además se exponen las conclusiones finales.

Capítulo 1

Pacientes Pediátricos con Cáncer

1.1 Cáncer Pediátrico

Acha (2007) dice que: el cáncer se puede definir como un proceso genético, representado por la presencia de una copia de células de la cual se pierde control fisiológico del crecimiento y puede realizar una diferencia en las células; sin embargo, las neoplasias tienen la característica de crecer, invadir y realizar metástasis.

Los causantes del cáncer pueden ser los agentes físicos como la radiación, agentes químicos, farmacológicos, virus y factores genéticos. Existe una diferencia entre los tumores de los niños y el de los adultos, en los infantes presentan características específicas en el comportamiento clínico, histopatológico y biológico. Clínicamente suelen tener periodos de latencia cortos, rápido crecimiento y habitar otros lugares, “desde el punto de vista histológico, los tumores típicos de la infancia son los embrionarios y los sarcomas, apareciendo casi exclusivamente en las dos primeras décadas de vida; en los adultos predominan los carcinomas” (p.17). En infantes suelen presentarse en órganos no superficiales, siendo lo contrario en adultos.

De igual importancia, en *American Cancer Society* (2014) se menciona que, el cáncer se desarrolla cuando las células del cuerpo comienzan a crecer de forma rápida y descontrolada. Las células en cualquier parte del cuerpo pueden transformarse en cáncer, extendiéndose a otras áreas del mismo.

Significa que, el cáncer puede propagarse de su lugar de origen a otras partes del cuerpo ocasionando metástasis. Al cáncer se le continúa llamando de la misma manera, sin

importar a qué otra parte del cuerpo realice metástasis. Es decir, un coriocarcinoma testicular que hace metástasis a hígado, se sigue clasificando como cáncer en testículo y no como cáncer de hígado.

Por otra parte, el cáncer se considera dentro de la categoría de las enfermedades crónico-degenerativas; su aparición se asocia con características biológicas de la persona, sus estilos de vida, y con otras condiciones propias del desarrollo.

Es una enfermedad que no presenta una sintomatología uniforme; se han identificado más de cientos de ellas, pero todas presentan las mismas características: una proliferación incontrolada de células, la modificación de los tipos celulares afectados (cambios en el DNA), la invasión de tejidos adyacentes, la producción de metástasis a distancia. Además de que todas las células derivan de una célula normal, esto es, tienen un origen monoclonal (Ehrenzweig, 2010; en Oblitas, 2010 p.422).

Así mismo, la Secretaria de Salud del estado de Veracruz (2014) menciona que, para la Organización Mundial de la Salud, el cáncer es un problema de salud pública desde el año de 1990, ya que a nivel mundial se calcula que cada año se diagnostican 15 casos de cáncer infantil por cada 100,000 infantes menores de 15 años de edad.

En México para el 2010, la tasa de incidencia promedio fue de 8.9 por cada 100,000 habitantes menores de 20 años de edad y la media nacional de la tasa fue de 4.89 por cada 100,000 menores de 18 años de edad.

Siendo la segunda causa de mortalidad en el 2010, en el rango de edad entre 1 a 4 años de edad. La primera causa de mortalidad entre 5 a 14 años de edad y de 15 a 19 años la tercera en todo el sector salud, (p.3).

Por otra parte, Rivera (2007) menciona que, el diagnosticar un posible cáncer en la niñez es un tanto complicado ya que se pueden presentar diferentes sintomatologías, mismas que deben de ser evaluadas por un médico, estos síntomas deben alertar para diagnosticar una posible neoplasia, se debe considerar edad, sexo, tiempo de evolución, síntomas que presenta, lugar donde se localiza. Indudablemente todos estos datos ayudarán a otorgar un posible diagnóstico, posteriormente se debe apoyar de estudios clínicos para determinar qué tipo de neoplasia es la que se presencia.

Sin embargo, Aguirre (2001) menciona que, el médico especialista en niños con cáncer debe enfocarse en cuatro fases, y son: el diagnóstico, la remisión, la supervivencia a largo plazo y la muerte. Desde el inicio suele ser el pediatra quien realiza el diagnóstico (Shirley, clínicas pediátricas, 1985; en Aguirre, 2001), es poco común que un médico general encuentre un niño con cáncer durante la práctica, ya que éste se desarrolla en un niño de entre 10,000 al año.

Un progreso anormal de procesos comunes en los niños, como la fiebre, dolor prolongado (tres o cuatro semanas) o que suceden injustificadamente, incluso la presencia de masas inexplicables y de crecimiento rápido o si se presenta pérdida de peso, son motivos para realizar estudios correspondientes y adecuados para un preciso diagnóstico.

Cuando existe la sospecha de una neoplasia maligna, es necesario saber dónde está localizado y de qué magnitud se encuentra. Es de suma importancia realizar estudios completos para buscar si existe metástasis, antes de realizar una biopsia para confirmar un diagnóstico.

Como se ha mencionado existen diferentes tipos de cáncer pediátrico, a continuación, se mencionarán algunos de ellos.

1.2 Diagnósticos

1.2.1 Leucemia Aguda Linfoblástica

Rivera (2009) dice que: “Las leucemias agudas son padecimientos malignos más comunes en la población pediátrica tanto en México como en el resto del mundo; lo que significa el 35% de todas las enfermedades malignas de la infancia” (p.9-13). Se han documentado tres casos nuevos en menores de 15 años por cada 100,000 habitantes por año. De este grupo de enfermedades es la leucemia aguda Linfoblástica (LAL) la que ocupa un 75% del total de casos.

Aun cuando en las LAL se desconoce la causa que las generan se han identificado factores que pueden ser predisponentes, como: anomalías cromosómicas, enfermedades genéticas, leucemias familiares.

La sospecha clínica de la enfermedad debe establecerse en bases clínicas, sin embargo, es de suma importancia una evaluación integral del paciente, desde la perspectiva de los laboratorios y gabinetes, una biometría hemática puede indicar la sospecha de un padecimiento, debe tomarse en cuenta que la presencia de blastos en sangre periférica muestra la existencia de una leucemia.

1.2.2 Leucemia Aguda Mieloblástica

Cárdenas (2009) dice que, a la leucemia aguda mieloblástica (LAM) o conocida también como mielógena aguda y leucemia aguda no Linfoblástica, se le considera como trastornos malignos conocidos por sustituir las células normales por hematopoyéticas

primitivas en la médula ósea, mismas que por infecciones y/o hemorragias pueden provocar la muerte. Hace años los niños que padecían este tipo de leucemia presentaban un pronóstico considerablemente malo; sin embargo, en la actualidad estos niños presentan un mejor índice de supervivencia, ya que los avances han mejorado gracias a los conocimientos de la biología tumoral y a las mejores técnicas de soporte.

Sin embargo, los planes de tratamiento para este tipo de leucemia se asocian con un alto índice de muerte y morbilidad, por lo que se continúa considerando un mal pronóstico; se considera que solo de un 30 a 40% puede lograr la eliminación prolongada de las células cancerosas y poder estar curados de la enfermedad.

1.2.3 Linfoma de Hodgking

Olaya (2009) menciona que, actualmente el linfoma de Hodgking (LH), se define como una neoplasia con una diseminación por contigüidad ganglionar. En estudios realizados se ha encontrado que existen tres tipos de linfomas de Hodgking; el primero es linfoma de Hodgking infantil, que se presenta en menores de 14 años de edad; el segundo es el linfoma de Hodgking en adultos jóvenes que afecta a personas de entre los 15 y 34 años de edad y el tercero que es el linfoma de Hodgking en adultos que se presenta de 55 a 74 años de edad.

1.2.4 Linfoma no Hodgking

Cárdenas (2009) menciona que, “los linfomas son neoplasias que se originan a partir de tejido linforreticular; clásicamente, se reconocen dos grandes grupos: el linfoma de Hodgking (LH) y el linfoma no Hodgking (LNH). Estas entidades tienen características clínicas, histopatológicas y biológicas distintas” (p. 75). La mayoría de los (LNH) que se

llegan a presentar en infancia se cataloga en tres grupos: “el linfoma de células pequeñas no hendidas (Burkitt), linfoma de células grandes, y el linfoma linfoblástico” (p.75).

1.2.5 Tumores del sistema nervioso central

Rivera y Niembro (2009) dicen que, “los tumores del sistema nervioso central representan la segunda neoplasia maligna en la infancia” (p.105). Esta enfermedad se presenta en menores de 10 años de edad y en adultos de 60 años de edad. En México no se cuenta con cifras precisas, pero se cree que en los años de 1983 y 1984 simbolizó el 12 % de todas las neoplasias malignas.

1.2.6 Osteosarcoma

Castellanos (2009), menciona que:

El osteosarcoma es el tumor óseo maligno más frecuente. Aun cuando en la literatura internacional representa la sexta causa de neoplasias malignas en pediatría, en México constituye la quinta causa. En la población mexicana el 69 % de los casos ocurre entre los 10 y 15 años de edad, el 24% en menores de 10 años y el 7% en mayores de 15 años, con una mediana de presentación de 12 años. El osteosarcoma es una neoplasia altamente maligna que se presenta preferentemente en las placas de crecimiento de los huesos de las extremidades, incluyendo el fémur distal (p.139).

1.2.7 Retinoblastoma

Leal (2009), dice que:

El retinoblastoma (RTB) es una neoplasia maligna congénita derivada del tejido neuroectodérmico, sin embargo, rara vez se diagnostica desde el nacimiento. Se origina en la retina de uno o ambos ojos, ya sea en un sitio único de la retina o en múltiples focos (p.127).

La edad en la que se puede presentar es desde los primeros días de vida hasta los 40 meses, con una media de 30 meses, no distingue sexo y es de origen desconocido.

1.3 Tratamientos

1.3.1 Cirugía

La Asociación Española contra el Cáncer (AECC, 2015), menciona que: el objetivo de esta opción de tratamiento, es obtener una muestra de tejido anormal para posteriormente analizar las células que lo componen. De esta manera es factible corroborar positiva o negativamente la existencia de un tipo de cáncer.

Así mismo:

La intención de la cirugía es conseguir la curación de la enfermedad oncológica. Para ello, es necesario extirpar todo el tejido tumoral visible (macroscópico) junto al aparentemente sano que rodea la lesión, para eliminar los restos tumorales microscópicos... en ocasiones, es necesario complementar el tratamiento quirúrgico con otras modalidades terapéuticas como la radioterapia y/o la quimioterapia, que pueden ser administradas antes o después de la misma (párr..5).

1.3.2 Quimioterapia

Aguirre (2001) dice, “la quimioterapia es el uso de medicamentos para tratar enfermedades. A pesar de que el nombre de quimioterapia podría emplearse para cualquier método químico de curación, actualmente se utiliza específicamente para describir los medicamentos utilizados en el tratamiento del cáncer” (p. 44).

La quimioterapia puede utilizarse para curar o controlar la enfermedad. En casos específicos se utiliza como único tratamiento, cuando en otros casos se alternan con cirugía o radiación con el objetivo de erradicar un tumor. Cuando el tratamiento se implementa con cirugía, radiación o ambas se le denomina “modalidad combinada de tratamiento” (p.44).

Existen tres formas distintas de suministrar la quimioterapia:

1.- Oral. La sustancia es administrada por la boca en forma de pastillas, estas llegan al estómago y desglosan su función.

2.- Intramuscular. La sustancia aplicada es absorbida por la sangre en un proceso lento.

3.- Intravenosa. La sustancia es administrada directamente en la vena, “entrando directamente al torrente sanguíneo” (p.45).

Rivera (1994) menciona que, en el tratamiento de las neoplasias malignas, la quimioterapia revolucionó el pronóstico en la infancia. Se hace alusión a que los primeros esfuerzos se realizaron en 1946, año en el que se utilizó la mostaza nitrogenada en un paciente con linfoma, así mismo el Dr. Sidney en 1984 utiliza la aminopterapia en niños con leucemia aguda y obtuvo resultados terapéuticos por un tiempo.

La idea actual y la utilización más precisa del tratamiento de quimioterapia, es que el especialista esté consciente del incremento de las células tanto anormales como normales.

La AECC (2015) menciona que:

El objetivo es eliminar las células que forman el tumor, con la finalidad de otorgar reducción a la enfermedad. A los fármacos utilizados en este tipo de tratamiento se les conoce como fármacos antineoplásicos o quimioterapéuticos. Estos fármacos llegan prácticamente a todos los tejidos del organismo, y ahí es donde ejercen su acción, tanto sobre las células malignas como sobre las sanas. Debido a la acción de los medicamentos sobre estas últimas, pueden aparecer una serie de síntomas, más o menos intensos y generalmente transitorios, denominados efectos secundarios (párr.1-2).

1.3.2.1 Pre Quirúrgica

En la AECC (2015), se menciona que:

La quimioterapia se administra en primer lugar, antes de cualquier tratamiento, como radioterapia o cirugía. Los objetivos de iniciar el tratamiento oncológico con quimioterapia son principalmente dos:

1.- Disminución del tamaño del tumor, lo que permite realizar tratamientos locales menos agresivos y reducir el riesgo de recaída (reaparición del tumor).

2.- Destrucción de las células tumorales que hayan podido emigrar a otros órganos del cuerpo, destruyendo tempranamente, focos que no se hayan podido detectar debido a su tamaño reducido

1.3.2.2 Post Quirúrgica

Busca disminuir el peligro, en general una recaída en la enfermedad y con este tratamiento se busca incrementar la supervivencia y aumentar los niveles de curación en el paciente.

1.3.3 Radioterapia

García, Muñoz y Moral (2007), dicen que: la efectividad de la radioterapia brinda un resultado dependiendo de la sensibilidad de los tejidos y las células. Los efectos dañinos de la radiación son consecuencia de las lesiones en el ADN, y difícilmente provocan muerte celular de forma directa, más bien en lo que afecta es en la producción de nuevas células. Las células de tejidos normales que están propensas a sufrir daños son; médula ósea, mucosa gástrica, sin embargo, menos afectadas son; tejido nervioso, células musculares, siendo éstas más resistentes a la radiación.

Así mismo, en la asociación española contra el cáncer (AECC, 2011), se menciona que: la radioterapia es, en la actualidad, una de las terapias oncológicas más empleadas en el tratamiento de los tumores malignos.

También el progresivo desarrollo de los distintos fármacos empleados, tanto para el tratamiento del cáncer como para disminuir los efectos secundarios de la radiación, permite el uso de terapias combinadas de quimioterapia y radioterapia más intensivas y eficaces (p.3).

Existen dos tipos de radioterapia, que se menciona en AECC (2011): radioterapia externa; las radiaciones son ocasionadas y realizadas, por máquinas especiales y diseñadas para la labor, capaces de otorgar tratamientos muy precisos y seguros.

Por otro lado, se encuentra la radioterapia interna; donde el tratamiento con radiaciones es frecuente a la aplicación de determinado material, que se inserta en el interior del cuerpo del paciente, esta clase de materiales provoca la radiación en formas distintas como: semillas, agujas, hilos, a este tipo de radioterapia se le puede conocer como braquiterapia o radioterapia interna.

Existen cinco maneras diferentes de suministrar la radioterapia, misma que el médico determina en qué momento se le coloca al paciente:

1.- Radioterapia neo adyuvante. Se administra como primer tratamiento, con el fin de reducir el tamaño del tejido, y así poder facilitar la intervención posterior.

2.- Radioterapia radical. Se utiliza como único tratamiento, con la finalidad de curar el cáncer y que la función del órgano continúe.

3.- Radioterapia adyuvante. Se otorga después de la cirugía o posterior a la quimioterapia para fortalecer el tratamiento correspondiente. Con el objetivo de eliminar las células malignas que hayan quedado posterior a los tratamientos.

4.- Radioterapia concomitante. Se otorga al mismo tiempo que otro tratamiento, es decir, se suministra quimioterapia y a la par se otorga radioterapia. Se espera un mejor resultado en cada tratamiento.

5.- Radioterapia intraoperatoria. Solo se otorga una sesión de radioterapia durante la cirugía.

1.3.4 Trasplante de médula ósea

En Ministerio de salud (2014), se menciona que, el trasplante de médula ósea “se recomienda en el grupo de pacientes considerados de alto riesgo y/o con mala respuesta al tratamiento o en recaídas, la indicación de cada caso debe evaluarse en la comisión de trasplante el grado de recomendación” (p.17).

1.4 Procedimientos que pueden causar dolor

Aguirre (2001) menciona que, “el dolor por cáncer” (p.46) es el que se produce por la irrupción del “tumor o infiltración al hueso, nervio u otros órganos o sistemas (Bonica, 1986), este tipo de dolor puede variar en sensibilidad de ligero a tormentoso, dependiendo del tipo, localización y malignidad” (p. 46).

El dolor en el niño corresponde a tres causas principalmente:

1.- El dolor ocasionado por algún procedimiento como, aspirado de médula ósea, punción lumbar, intratecal, biopsia y venopunción.

2.- El que ocasiona algún tratamiento. “Por ejemplo la mucositis oral, neuropatía periférica por medicamentos, estado postoperatorio, infecciones, etc.” (p. 47).

3.- El dolor ocasionado por la misma enfermedad.

Hernández (2010) dice que, la utilización de catéteres en niños con enfermedades Hemato-Oncológicas es necesario y de utilidad frecuente, mismos que son indispensables para su tratamiento (administración de quimioterapia, infusiones o alimentación, así como para extraer muestras de sangre que se requieren). Para la colocación de catéter se requiere realizar una punción, misma que genera dolor en el niño.

El dolor en los pacientes con cáncer es señal de que se está afectando su calidad de vida y de la familia misma. La mayoría de los pacientes viven este dolor a consecuencia del diagnóstico, del tratamiento o de los procedimientos como lo son; punciones recurrentes, aspirados de medula ósea, punciones lumbares y biopsias (McGrath, 1990; en Adame, 2006).

El constante sufrimiento y la misma intensidad del dolor, provoca que el diagnóstico sea aún más difícil de sobre llevar, tanto para los pacientes como para la familia. Dejando como consecuencia un delicado problema en la salud, si no se recibe la atención correspondiente, mencionan Katz, Kellerman y Ellenberg, (1980; en Adame, 2006).

Así mismo, puede generar dificultades en la adherencia al tratamiento, ocasionando un abandono al tratamiento con tal de no vivir el sufrimiento que se conlleva (Zeltzer y LeBaron, 1982; Bragado y Fernández, 1996; LeBaron y Zeltzer, 1984; Zeltzer, 1994; en Adame, 2006).

1.5 Cáncer en México

1.5.1 Pacientes Pediátricos con Cáncer en México

Rivera (2002), mencionan que:

El cáncer en la edad pediátrica ocupa la segunda causa de mortalidad en los países industrializados. Sin embargo, en la República Mexicana en el año de 1977 ocupaba el cuarto lugar entre los 5 a los 14 años de edad únicamente antecedida por padecimientos gastrointestinales, procesos infecciosos y congénito... en la actualidad es la segunda causa de muerte en México entre los 5 y 14 años de edad (p. 1)

Así mismo, se estima que la incidencia de cáncer infantil en la República Mexicana (0 a 18 años de edad) es de 120 nuevos casos por millón de habitantes al año.

La mortalidad para toda la población por esta enfermedad es de 57 casos/100,000 por año en comparación con países industrializados en los cuales la mortalidad reportada es de 4.0 casos por 100,000. La mortalidad por debajo de los 15 años en México para todas las neoplasias malignas de 1980 al 2000 muestra un aumento de 20.3% de 46.8/1, 000,000 en 1980 a 56.3/1, 000,000 en el 2000 (p.3).

Rivera (2009) dice, basándose en el último censo de población, que existen 105 millones de mexicanos, donde la mitad está por debajo de los 18 años de edad. Significa que la población que se encuentra en esta edad es de suma importancia.

A partir del nacimiento hasta los 18 años de edad se dice que, se presenta un problema de salud en la República Mexicana, estadísticamente se muestra que 122 mil mueren al año por cáncer cifras que se reflejan en menores de 15 años de edad. “En México al realizar un análisis comparativo en dos épocas, se observa que la tasa de mortalidad por infecciones y por cáncer ha cambiado significativamente; por lo tanto, los recursos financieros para la atención del niño con cáncer son en la actualidad más altos que en tiempos anteriores” (p.1-2).

Por otro lado, en la República Mexicana, la predisposición del cáncer infantil manifiesta un importante incremento aun cuando la formación de especialistas no lleve esta visión. En México, la existencia de este grupo de enfermedades de la infancia constituye al 5% de todos los padecimientos malignos de la población en general, se cree que tiene una tasa mayor que la de los países industrializados. Sin embargo, pese al incremento de esta

enfermedad en el tema del cáncer más de la mitad de la población Mexicana se encuentra por debajo de los 18 años de edad, lo que significa que es un tema que se considera un problema de salud.

Sin embargo, Escudero, Martínez, Arias y Barrios (2013) en la Asociación Americana de Cáncer (ACS) refieren que: se estima que en 2013 aproximadamente 13.7 millones de estadounidenses presentan un historial de cáncer, ya sea que estén libres de la enfermedad o tratamiento; asimismo se espera que 1, 660,290 nuevos casos de cáncer se diagnosticarán y 580,350 morirán en 2013.

México, por otro lado, no tiene registros válidos de la incidencia nacional sino únicamente de su mortalidad.

1.5.2 Epidemiología

Rubiano (2010), menciona; han ocurrido cambios con el cáncer desde los tiempos hipocráticos, cuando se tenía el pensamiento que era causa del “desequilibrio de la bilis negra” (p.15) misma que era producida por el bazo y el estómago, en la actualidad se continúa considerando más de doscientas enfermedades que pueden presentarse en cualquier parte del cuerpo llámese órgano o tejido y cuyo comienzo se manifiesta por trastornos genéticos antes desconocidos.

La implementación y mejoramiento de contextos sanitarios, el reconocimiento de gérmenes, la existencia de los antibióticos, la implementación de vacunas y en general las mejoras en los estilos de vida han guiado a un control de enfermedades infecciosas y brindar una esperanza en una mejor calidad de vida en la población y paradójicamente a la

existencia de otras enfermedades crónicas, una de ellas es el cáncer considerada como la que mayormente causa mortalidad en el mundo.

Son increíbles los avances que se han realizado en la investigación de esta enfermedad, que parte desde su historia, la prevención, y el tratamiento que se implementa, se ha descubierto qué causa a la enfermedad crónica, observando que pueden ser factores ambientales o genéticos y toma un tiempo aproximado de entre 8 y 10 años para extenderse.

Chico (2002) menciona que, “el tipo y la distribución de la malignidad que ocurre en los grupos pediátricos difieren marcadamente de los adultos. Los factores clínicos, biológicos y genéticos se relacionan en pequeña proporción con el total de cáncer en la población”... (p.15-16), el cáncer pediátrico ha favorecido a la contribución de los aspectos de carcinogénesis que se conocen de la genética.

Epidemiológicamente se han explicado diferentes causas de riesgo en la población pediátrica como son: genéticos, ambientales, biológicos, químicos, mecánicos, físicos (Principios Generales de la Epidemiología del Cáncer Pediátrico).

Capítulo 2

Dolor en pacientes pediátricos con cáncer

2.1 Definición de Dolor

El dolor, según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP); (en López, 2012), “es definido como una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial de los tejidos” (p.213)... el dolor, tiende a ser, subjetivo y siempre habrá pacientes que exclamen que algo les duele (Villafaña, Pérez, Delgado, 2013).

Por otra parte, Basler (2008), define al dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión real, potencial o descrita, del tejido celular en términos de la misma” (p.294).

Es una experiencia individual y subjetiva, es más confuso que un evento sensorial, ya que provoca una sensación de desagrado.

Usualmente se presenta un estímulo perjudicial que deteriora el tejido, al prolongarse hace permanente al dolor. Sin embargo, existen personas que afirman sufrir dolores sin existir algo físico que lo provoque. Pese a las características del mismo se categoriza como dolor, ya que es complicado poder realizar una diferencia entre ambos dolores. La naturaleza subjetiva del dolor se muestra con la siguiente versión: “el dolor es lo que el paciente dice que es” (Basler, 2008, p. 3).

Por otra parte, Velázquez, Vázquez y Alvarado (2009) refieren que, “la asociación internacional para el estudio del dolor; define el dolor como una experiencia desagradable sensorial emocional asociada o no a daño real o potencial de los tejidos” (p. 20).

La vivencia de un evento sensorial es completamente subjetiva y existe una diferencia entre cada persona, por lo tanto, para el observador no es completamente creíble.

El dolor está relacionado con las emociones ya que se distingue por una sensación no placentera y la misma se asocia a un daño tisular. La nocicepción es un proceso que se caracteriza por la activación de la percepción y una respuesta fisiológica al evento doloroso. Está conformada por cinco procesos: “transducción, transmisión, modulación, percepción y sensibilidad central” (p.20). Al dolor se le puede clasificar ya sea en agudo o crónico, teniendo como diferencia el tiempo de duración, se le considera crónico cuando el tiempo es de tres a cuatro semanas. El dolor agudo se caracteriza por una duración muy corta, sin embargo, este dolor puede alertar el inicio de algo malo, y puede ser a causa de un estímulo nocivo.

Velázquez, et al. (2009) mencionan que, el dolor por cáncer no es únicamente nociceptivo y físico, sino que involucran otras cuestiones de los seres humanos, así como la identidad propia, afecto, pensamiento, acciones y la interacción con la sociedad. De un 30 a 45% de los pacientes presentan dolor moderado a intenso, esto es al diagnóstico e intermitentemente. En un aproximado el 75% de los pacientes con cáncer avanzado presenta dolor y de un 40 a 50% presentan dolor de moderado a grave, por lo tanto, de un 25 a 30% es muy grave.

El dolor en un paciente oncológico puede afectar su estilo de vida, el dolor agudo llega a limitar sus actividades cotidianas y podría llegar a incapacitar a la persona así mismo generar síntomas de ansiedad. Tetsuo, (2006; en Velázquez et al. 2009) dice que el mismo dolor provoca que el ser humano presente la necesidad de recibir apoyo físico, emocional y espiritual.

Sin embargo, Ferrell, Rhiner, Cohen y Cols (1991; en Velázquez, 2009), mencionan que existe un efecto del dolor por cáncer en la calidad de vida del paciente en cuatro aspectos:

- 1.- Físicos: Diminución de la capacidad funcional, disminución de la fortaleza y resistencia, náusea, pérdida de apetito y trastorno del sueño.
- 2.- Psicológico: Disminución de la alegría y la capacidad lúdica, aumento de la ansiedad y temor, depresión, sufrimiento, dificultad para la concentración, somatización y pérdida de control.
- 3.- Sociales: Disminución de las relaciones sociales, así como cambios en la apariencia e incremento en la necesidad de cuidado.
- 4.- Espirituales: aumento del sufrimiento, cambio de interés y evaluación de creencias religiosas (p. 23).

Una de las causas del dolor por cáncer es la misma enfermedad ya que se presentan cambios tanto en la estructura de los huesos, nervios, intestinos. El deterioro avanzado que genera la misma enfermedad, los efectos secundarios de la cirugía, consecuencias generadas por la quimioterapia o radioterapia, relacionados a los mismos procedimientos del diagnóstico.

El dolor es una de las principales preocupaciones del paciente pediátrico con cáncer. Ya que como lo menciona, López (2012); es uno de los síntomas más frecuentes y el más temido “ningún niño ni adolescente con cáncer tendría que vivir o morir con dolor” (p.213).

Para poder obtener un buen tratamiento del dolor en pacientes pediátricos con cáncer es de suma importancia conocer las causas que lo originan, las diferentes formas con las

cuales el dolor puede ser evaluado, qué tipo de fármacos pueden ayudar a disminuirlo, buscar distintas estrategias que ayuden a sobrellevarlo.

Velázquez et al. (2009) menciona que, el dolor que presenta un paciente oncológico es una situación que involucra a varias personas las cuales son: el mismo paciente, su familia, médicos, enfermeros, personal de salud, ya que de alguna manera todos lo sufren si el dolor no se trata correctamente. El dolor no tratado puede provocar un gran deterioro en la calidad de vida y genera una disminución en la actividad diaria, interfiere en el apetito, el sueño y el estado de ánimo. Uno de los síntomas más dolorosos en pacientes con cáncer es cuando se inicia una metástasis ósea, dicho dolor se debe a los cambios que suceden tal como cuando se comprimen los nervios y tejidos.

Chapman (1986; en Velázquez 2009) dice que se le debe dar importancia a lo que el paciente dice sentir, ya que la vivencia del dolor se asocia a la experiencia y un estado emocional, esto forma parte del dolor y da un significado a las situaciones dolorosas.

2.2 Tipos de Dolor

Villafaña, et al. (2013) argumentan que:

El dolor es un proceso dinámico, cambiante, que inicialmente tiene la finalidad específica de protección y que en condiciones normales está restringido a la relación con el tiempo de curación de la causa que originó el dolor, sin embargo, según el tipo de estímulo que le dio origen, así como la rapidez y eficacia con la que se instaló un tratamiento causal y sintomático, puede variar de un evento fisiológico, y por lo tanto normal, a un cuadro persistente y sin ningún propósito inmediato o mediato (p.296).

Son diversas características las que pueden presentarse correspondientes al dolor patológico. Realmente es posible evidenciar y describir lo que ocasiona el dolor nociceptivo diferencia del dolor que se presenta directamente en tejidos, ya que se hace evidentemente objetivo. A diferencia de un dolor nociceptivo puede resultar difícil encontrar causas directas.

El sistema nociceptivo se encarga de identificar y procesar el evento doloroso. La apreciación del dolor y los componentes que se ponen en marcha deben comprenderse como protección del sujeto ante ataques del medio.

Se menciona que el dolor oncológico puede clasificarse, desde una perspectiva clínica como:

1. Dolor ocasionado a consecuencia del tumor.
2. Dolor por efecto a distancia.
3. Dolor secundario a procedimiento para diagnóstico.
4. Dolor secundario a tratamiento.
5. Dolor no relacionado con el diagnóstico oncológico.

López (2012), menciona que, existen diferentes tipos de dolor, los cuales se pueden clasificar de la siguiente manera; cronológica (duración, temporalidad), dolor agudo, dolor crónico, dolor irruptivo; topografía (localización), dolor somático, dolor visceral; y/o patogenia, dolor nociceptivo, dolor neuropático, dolor psicógeno. Así mismo Woodruff (1998), hace mención del dolor crónico, dolor incidental, dolor nociceptivo o fisiológico, dolor neuropático y dolor psicógeno.

Dolor agudo:

Woodruff (1998), menciona que, ordinariamente el dolor agudo corresponde a una lesión o herida aguda específica. Se presenta como algo definitivo y la duración es extensa e inimaginable. Se presenta con ansiedad y características clínicas de sobreactividad simpática: taquicardia, bradicardia, sudoración, dilatación de pupila.

López (2012), dice que, es el síntoma de una enfermedad y un signo de alerta, puede ser pasajero con un tiempo estimado menor a 3 meses, dicho dolor si no se trata debidamente puede convertirse en un dolor crónico.

Dolor crónico:

Resultado de un proceso patológico crónico. Presenta un inicio gradual o mal explicado, avanza sin poder reducir y puede agravarse. Se caracteriza por conductas depresivas o retraimiento, así mismo se presentan síntomas como: apatía, anorexia, e insomnio. Los pacientes que presentan dolor, pero ya no lo manifiestan por su constante presencia, son catalogados como “personas que no expresan dolor” (Woodruff, 1998, p.6).

López (2012), dice que, el dolor crónico es una situación dolorosa que se presenta con más de tres meses de antigüedad. Es común que forme parte de la misma enfermedad y dicho dolor puede ocasionar problemas en los estados de ánimo, depresión y agotamiento físico. Este tipo de dolor es el más común en pacientes pediátricos con cáncer ya sea durante el tratamiento y/o la recaída.

Dolor incidental:

Se presenta en situaciones específicas, es decir el dolor que se presenta después de estar de pie, se podría considerar como dolor crónico, pero, debido al momento intermitente puede controlarse con medidas necesarias y posteriormente disminuirá (Woodruff, 1998).

Dolor irruptivo:

López (2012), dice que, es el dolor que va en aumento transitorio que detona de la base del dolor crónico. Este puede ser impredecible, predecible, o ya sea por el término del analgésico suministrado.

Dolor nociceptivo o fisiológico:

Se produce por estimulación de receptores sensitivos específicos o nociceptivo localizados en los tejidos. Las vías nerviosas involucradas están normales e intactas. El dolor somático de la piel y de las estructuras superficiales generalmente está bien localizado y se describe como punzante, agudo, pulsante o comprensivo (Woodruff, 1998, p. 7-8).

Asimismo, para López (2012), el dolor es provocado por una lesión que se tiene ubicada. A este tipo de dolor lo ocasionan estímulos ya sean provocados por un deterioro o por lesiones en órganos somáticos o viscerales.

Dolor somático:

López (2012) dice, que el dolor se localiza con precisión. Se sitúa en el área donde se encuentra el daño. “Suele ser agudo y bien definido de origen cutáneo o más profundo en

zonas músculo esqueléticas, hueso, cartílagos, vasos, pleura y peritoneo. El dolor óseo es el más frecuente en pacientes oncológicos” (p.214).

Dolor Neuropático:

Es causado por una lesión en el sistema nervioso central o periférico. El dolor neuropático de una lesión que involucra el sistema nervioso central se conoce como dolor central y no tiene una distribución dermatomal... el dolor ocurre porque los nervios lesionados reaccionan anormalmente a los estímulos o a descargas nerviosas espontáneas (Woodruff, 1998, p.8).

Y para López (2012), el dolor neuropático es, persistente y difícil para el tratamiento, ya que es producido por una lesión, es un estímulo directo o indeterminado del SNC.

Dolor visceral:

López (2012), dice que es un dolor profundo, sin saber de dónde proviene, irradia de forma difusa, en ocasiones distantes de la zona afectada, y puede ser intermitente.

Dolor Psicógeno:

Es un dolor para el cual no existen bases físicas en pacientes que presentan otra evidencia de psicopatología. A pesar de que los factores psicológicos tienen gran influencia sobre la percepción del dolor, el dolor psicógeno puro no se presenta en pacientes con cáncer avanzado (Woodruff, 1998, p. 8).

Para López (2012), es cuando existen síntomas psicológicos que están relacionados con el mismo dolor y no existe una zona determinada que duela.

2.3 Cómo evaluar el dolor

Merck (1999), dice que si hacer una valoración del dolor de un adulto es difícil, valorar a un niño se vuelve aún más complicado, esto se debe a que se sabe que el dolor en ellos es subjetivo y en ocasiones no encuentran cómo poder comparar el dolor actual con el pasado, esto puede ocurrir por la falta de palabras, por falta de comprensión de los términos. Aunque se convierta en un reto, el aprender a observar las condiciones físicas y cognitivas de los pacientes pediátricos ayudará a identificar si el paciente presenta dolor, y el apoyarse del uso de las escalas que ayudan a valorar los niveles del dolor, facilitará el medir y entender el dolor del niño y así brindar ayuda. Se reconoce que pueden existir dificultades que se presentan, tales como: encontrarse a pacientes con déficit mental severo, con dificultades en la visión, sordomudos y analfabetos.

El personal de salud durante la práctica diaria puede ir aprendiendo a identificar el tipo de dolor que los pacientes presentan, asimismo adquiere la habilidad de saber cómo ayudar a disminuir el dolor que sienten. El dolor de los pacientes se puede observar en los gestos faciales y corporales que va teniendo, ya sea por un cólico, o por una punción.

Velázquez et al. (2009), dice que la valoración del dolor en el paciente con cáncer es algo imponente para el personal de salud esto se debe a que si existe una falla en la valoración del dolor puede brindarse un tratamiento inadecuado. Los datos que otorgue el paciente deben describir el dolor, dónde se localiza, qué tanto duele y factores que lo alivien pronto y la respuesta cognitiva del paciente al dolor. Ninguna observación ajena puede ser parte del reporte del paciente. Se recomienda utilizar instrumentos breves y fáciles que ayudan a medir el dolor y brinden la credibilidad de la intensidad y el alivio, asimismo realizar una relación con otras dimensiones como el estado de ánimo.

Asimismo, es importante dejarle claro al paciente que su dolor siempre será tratado y controlado, será necesario apoyarse de una historia minuciosa del dolor donde se señale: duración, dónde se siente, cómo se siente, cómo lo hace sentir el dolor y cómo es que el dolor afecta las actividades habituales. También se deben tomar en cuenta los medicamentos que se han tomado anteriormente y actualmente, considerando efectividad del mismo y efectos colaterales (Allende, 1999).

Villafaña, et al. (2013) argumentan que la intensidad es el nivel de dolor sentido. Ya que no depende solo de la recepción de señales del SNC, sino que influyen otras características como lo psicológico, social y lo cultural, la intensidad del dolor es un evento subjetivo, para el cual se recomienda la utilización de técnicas que permitan objetivizar el dolor, es decir, apoyándose de las escalas numéricas o la análoga visual.

Asimismo, López (2012), menciona que, en una correcta evaluación del dolor se genera un problema en el momento de crear y poner en práctica las mejores opciones terapéuticas. Por lo tanto, para realizar una valoración adecuada del dolor, se debe ser sistemático, y apoyarse de diferentes herramientas conocidas tales como:

“Regla PQRST (¡preguntar y explorar!):

P (*provocative-pallative*): ¿Qué provoca y alivia el dolor?

Q (*Quality*): características y “calidad” del dolor.

R (*Radiation*): irradiación del dolor.

S (*Severity*): intensidad del dolor.

T (*Temporal*): relación temporal” (p.215).

Escalas de valoración del dolor en pediatría (evaluar y anotar): dependiendo de la edad del paciente es lo que se va a aplicar cuando se requiera una valoración para así saber el nivel del dolor que presenta y poder ir comprobando la evolución del tratamiento aplicado, ya sea:

“Método objetivo o de heteroevaluación” (p.215). Lo realiza el que observa, se aplica a niños con edad de < 3 a 5 años. En pacientes muy enfermos no es conveniente una autoevaluación. Se pueden hacer uso de los siguientes métodos/escalas: *FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, consolability*. Tabla 1); *CHIPPS (children’s and Infants’ Postoperative pain Scale*. Tabla 2); es una escala que ayuda a la valoración del dolor después de una operación aplica en neonatos y niños hasta los 5 años.

Tabla 1. Escala FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability).			
Categoría	0	1	2
Expresión facial	Normal	Muecas	Afligida
Piernas	Relajadas	Móviles	Flexión
Actividad	Normal	Movimientos permanentes	Quieto
Llanto	Sin llanto	Gemidos	Llanto
Consolabilidad	No quiere	Distraible	No consolable
Interpretación (homologación a la escala EVA): no dolor (0), dolor leve (1-3), dolor moderado (4-6), dolor intenso (7-9), y dolor insoportable (10).			

Tabla 2. Escala CHIPPS (children´s and Infants´ Postoperative pain Scale).			
Categoría	0	1	2
Llanto	Ninguna	Llanto silencioso	Llantos y gritos
Expresión facial (cara boca)	Relajada, sonrío	Mueca de la boca	Mueca de la boca/cara
Postura de tronco	Neutral	Variable	Hacia atrás
Postura de las piernas	Neutral	Dar patadas	Piernas estiradas
Inquietud motora	Ninguna	Moderada	Intranquilo
Interpretación (homologación a la escala EVA): no dolor (0), dolor leve (1-3), dolor moderado (4-6), dolor intenso (7-9), y dolor insoportable (10).			

“Método subjetivo o de autoevaluación” (p.215): la valoración se registrará tomando los datos otorgados por el paciente. Se recomiendan los Métodos/escalas reconocidas: 3/5 a 12 años: escala de rostros o caras (Wong-Baker, Oucher. Figura 1). >6 años a 13 años: escala de color, escala numérica (Figura 2). \geq 14 años: así como en los adultos, se pueden usar escalas verbales o la escala visual análoga (EVA) (Figura 3). Aldrete y Luján (2005) dice, la EVA. Permite que el paciente pueda objetivizar su dolor otorgándole un valor numérico.



Interpretación: No dolor (0), dolor leve (1-3), dolor moderado (4-6), dolor intenso (7-9) y dolor insoportable (10).

Figura 1. Escala facial del dolor de Wong-Baker (confiable para niños mayores de 3 a 5 años y hasta 13 años), (tomada de

https://www.google.com.mx/search?q=escala+de+caras+de+wong-baker&espv=2&biw=1366&bih=667&site=webhp&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjq8Z7s9KbPAhVMzoMKHTEjA88Q_AUIBigB#imgrc=cxQmf_PTMsCVeM%3

A)

Escala numérica

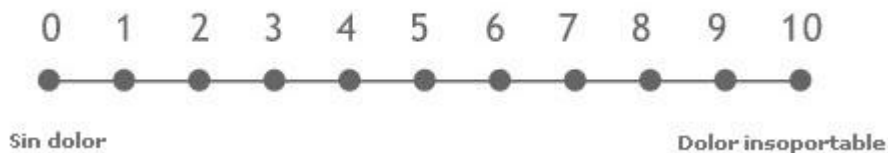


Figura 2. Escala numérica del dolor (confiable para niños mayores de 6 años y hasta 14 años), (tomada de

https://www.google.com.mx/search?q=escala+numerica+del+dolor&espv=2&biw=1366&bih=667&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjxy7q4jPzOAhVh7oMKHYQaBocQ_AUIBigB#imgrc=LOtuEc41YxLu3M%3A)

Escalas de dolor

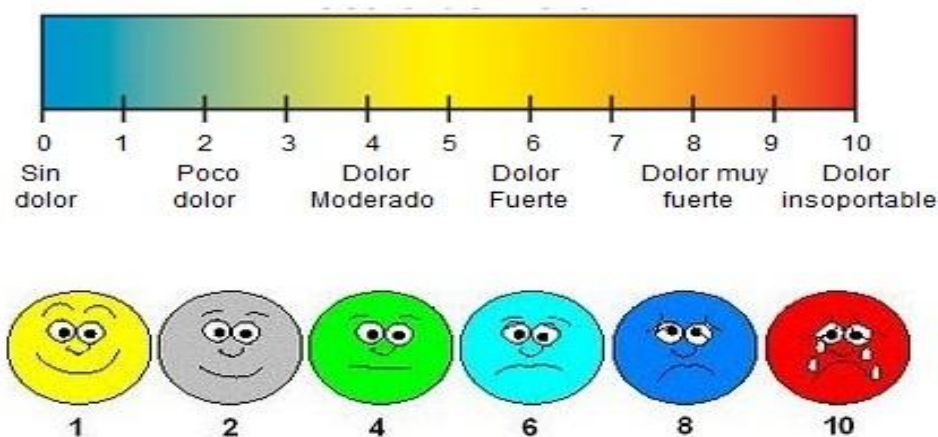


Figura 3. Escala visual análoga EVA (validada y confiable para niños mayores de 6 años, incluso hasta para adultos) (tomada de [https://www.google.com.mx/search?q=escala+de+caras+de+wong-baker&espv=2&biw=1366&bih=667&source=Inms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiscuTj_zOAhVY7GMKHbN8DiEQ_AUIBigB#tbn=isch&q=escala+visual+anal%C3%B3gica+\(eva\)&imgsrc=PPzSNk0W35Z9SM%3A](https://www.google.com.mx/search?q=escala+de+caras+de+wong-baker&espv=2&biw=1366&bih=667&source=Inms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiscuTj_zOAhVY7GMKHbN8DiEQ_AUIBigB#tbn=isch&q=escala+visual+anal%C3%B3gica+(eva)&imgsrc=PPzSNk0W35Z9SM%3A))

Sin embargo, Allende (1999), dice que una valoración detallada del dolor que presenta el paciente brindará una mejor opción para intervenir adecuada y racionalmente ante el dolor por cáncer. Es de suma importancia tomar en serio las características y descripción que da el paciente en relación a su dolor. Aunque éste es un síntoma subjetivo, el médico debe creer en lo que el paciente le dice y hacerlo objetivo. Es por ello que resulta importante cuantificar el dolor, para saber la intensidad y poder brindar un alivio al dolor.

Para finalizar, “la Guía de tratamiento para paciente con dolor por cáncer de la *National Comprehensive Cancer Network (NCCN)*” (p. 26); incluida en Velázquez (2009), dice que las técnicas Psicológicas pueden ser de suma importancia y de gran utilidad para el alivio del dolor, así mismo ayudar al paciente a reincorporarse a su vida diaria. Mismas que se mencionarán en el siguiente capítulo.

Capítulo 3

Psicoprofilaxis

3.1 Qué es psicoprofilaxis

Mucci (2004) menciona que, la psicoprofilaxis quirúrgica es una habilidad precisa. Ubicándose en el trabajo interdisciplinario de dos ciencias: “la psicología y la medicina...profilaxis es un término derivado del griego que significa: prevenir, tomar precauciones... para la medicina, significa: preservación; conjunto de medios que sirven para preservar de enfermedades al individuo o la sociedad; tratamiento preventivo” (p.45).

Así mismo, Glasserman (1969; en Mucci, 2004), define la psicoprofilaxis quirúrgica como:

Una técnica psicológica aplicable individual o grupalmente tanto en niños como a adultos con el fin de: a) administrar una formación veraz, dosificada y adaptada (en el caso de los niños) a la mentalidad infantil de la intervención quirúrgica, sus características y objetivos, incluyendo (también en niños) un contacto directo con el material quirúrgico y el quirófano: b) verbalizar y esclarecer las fantasías y ansiedades relacionadas con la enfermedad y situación quirúrgica que se deduce del material verbal y no verbal de los pacientes adultos, y que en los niños incluye actividades gráficas y lúdicas. Estas últimas se ven favorecidas por la aplicación eventual de técnicas psicodramáticas (p.48).

Desde un trabajo con pacientes adultos, Glozer (1971; en Mucci, 2004), menciona que, “la psicoprofilaxis quirúrgica” (p.48) es: el tratamiento psicológico que se otorga al

paciente que recibirá un procedimiento quirúrgico desde que el cirujano indica que será operado, y finaliza hasta que concluye su estancia en el hospital.

Por otra parte, Pérez, J y Gardey, A (2012) mencionan que:

La psicoprofilaxis surgió a fines de la segunda guerra mundial, en los países anglosajones. Es importante resaltar que su alcance no se limita a asistir psicológicamente a quienes van a afrontar un procedimiento quirúrgico, sino que también contempla la atención de sus familiares y se combina de manera interdisciplinaria con el equipo quirúrgico (párr. 3)

Asimismo, el concepto de psicoprofilaxis o psicoprofilaxis quirúrgica hace alusión a un procedimiento con características psicoterapéuticas preventivas o para reforzar algo breve y focalizado que se otorga a quien va a recibir una cirugía, procedimiento doloroso o rehabilitación. Es una técnica empleada por la psicología con la que se busca ayudar al paciente en el control de sus emociones, actitudes y comportamientos que pueden facilitar el trabajo del personal de salud.

Mencionan los expertos que, intentan otorgar recursos en el área afectiva, cognitiva, interactiva y en el comportamiento, para que el paciente pueda enfrentar la situación lo más tranquilo posible y así poder minimizar efectos posteriores y otorgar una recuperación inmediata, considerando que el objetivo prioritario es reducir los niveles de estrés.

Por otra parte, la psicoprofilaxis quirúrgica está vinculada con métodos psicoterapéuticos que se utilizan en un ambiente multi e interdisciplinario, para brindar una preparación emocional al paciente y familia, para enfrentar una intervención, con el menor daño tanto físico como psicológico. El objetivo es que se comprenda la información,

brindar contención y un buen manejo de los sentimientos y emociones que puedan surgir (Mandelbaum, 1994, 1998; Ortigoza, Méndez y Vargas, 1998; en Tercero, 2009). Se pretende aliviar ansiedades, ayudar a superar el impacto de la cirugía o procedimiento, otorgar y proveer la cercanía con personas importantes para el paciente, favorecer una pronta recuperación, facilitar que el personal de salud realice de forma ambulatoria cirugías para reducir tiempo de hospitalización y emociones del paciente (Kay, sf; Madelbaum, 1994; Mellish, 1969; Ortigoza, Méndez y Vargas, 1998; Wolfer, 1975; Wolfer y Visintainer, 1979; en Tercero, 2009).

3.1 Ejercicios psicoprofilácticos

Lazarus (1966; en Mucci, 2004) propone que, la preparación debe corresponder con el estilo de afrontamiento individual del paciente. “En un modelo cognitivo de estrés (1986), plantea que el miedo y las respuestas instrumentales modulan las estrategias de afrontamiento. Considera la emocionalidad y las respuestas concomitantes como productos de la evaluación de la amenaza” (p. 39).

Para Leventhal (1970; en Mucci 2004), los resultados emocionales detonan en remplazo de un impulso, y el temor y la estrategia de afrontamiento (*coping*) son resultados de la “evaluación cognitiva del peligro” (p. 39). Para disminuir el miedo o el distrés ocasionado por el dolor, el paciente debe recopilar información. Se propone una preparación relacionada al comportamiento e indicaciones del cómo y cuándo se debe actuar.

Rojas (2015) describe los ejercicios psicoprofilácticos como una preparación tanto física como psicológica. Teniendo como objetivo el disminuir la tensión y el dolor,

utilizando diferentes técnicas que ayudan a disminuir o desaparecer el estrés que genera el evento.

3.1.1 Respiración diafragmática o profunda (RD)

Vázquez (SF) menciona que, la respiración es fundamental para la vida cuyo objetivo es suministrar oxígeno al organismo y que se establecen tres patrones diferentes de respiración:

1.- La respiración clavicular, es la más corta y superficial, es poco frecuente.

2.- La respiración torácica, se involucran los músculos torácicos, en esta la función el diafragma es de poca importancia y sólo se utiliza la parte superior de los pulmones. Es asociada a la actividad del sistema nervioso simpático.

3.- La respiración diafragmática, es la más profunda, se debe a que los movimientos del diafragma permiten que los pulmones se extiendan más y se libere mayor oxígeno, esto se debe a que el aire se dirige a la zona más baja de los pulmones, que es donde se encuentra la mayor cantidad de sangre. Ya que cuando el abdomen se expande, existe poco involucramiento de los músculos del pecho y los hombros, por tal motivo la respiración necesita de un menor esfuerzo.

Asimismo, Payne (SA) dice que:

La respiración es un proceso automático gobernado por centros en el tronco cerebral (puente y médula). Éstos activan al diafragma y los músculos costales para abrir la caja torácica que se expande en tres direcciones: verticalmente, lateralmente y anteroposteriormente. La presión negativa en la cavidad pleural arrastra los pulmones hacia afuera, provocando que el aire

sea succionado hacia dentro. La relajación de los mismos músculos provoca el retroceso de las estructuras torácicas y la expulsión del aire (p. 197).

Este tipo de respiración tiene ventajas como método de relajación tales como:

1.- Esta directamente asociada al sistema nervioso autónomo que da control a la estimulación fisiológica.

2.- Es fácil de aprender.

3.- La respiración es de fácil acceso para todas aquellas personas que encuentran difícil la técnica de visualización.

4.- En su mayoría los ejercicios pueden realizarse en cualquier lugar.

Por otra parte, Schwartz, (1987; en Labiano, 2010) menciona que: la respiración diafragmática o profunda (RD) es eficaz para originar un estado de relajación generalizada. Se puede utilizar ante cualquier situación para generar un estado de tranquilidad. Estudios demuestran que practicar RD incrementa o estabiliza la temperatura corporal, Fried, (1990; en Labiano, 2010), está relacionado con la disminución de la activación fisiológica y psicológica, asimismo está vinculada psicológicamente y se busca una permanencia emocional, y poder tener control sobre el ambiente y de esa manera generar tranquilidad.

3.2.2 Imaginería o visualización receptiva

Achterberg (1985; en Payne, SF), “define la visualización como: el proceso de pensamiento que invoca y usa los sentidos” (p. 225). En dicha actividad pueden intervenir los cinco sentidos: la vista, oído, olfato, gusto y tacto, así mismo lograr una ausencia del exterior. Se podría decir que la visualización es imaginar y comparar al pensamiento con

palabras. La importancia de la imagen fue propuesta por Aristóteles que planteó que, sin ella, el pensamiento sería imposible. Einstein decía que la visualización es como un componente necesario del pensamiento. Particularmente está relacionada con la función creativa del pensamiento. Sin embargo, constantemente estamos creando imágenes, ya sea si se está pensando en el futuro, recordando el pasado, o creando fantasías que están fuera del alcance de la propia experiencia.

Pese a que se desconoce el mecanismo preciso de la visualización, se cree que involucra al hemisferio derecho del cerebro.

La visualización puede utilizarse como método terapéutico para mejorar lo siguiente:

- 1.- Autodesarrollo y cambio psicológico.
- 2.- Relajación.
- 3.- Diversión. Se utiliza como estrategia para distraer a la mente de pensamientos que generan estrés.
- 4.- Sanación.

La visualización es una técnica segura y personal, no requiere material elaborado. Sirve para disminuir los niveles de ansiedad y el estrés, se ha descubierto que brinda excelentes resultados, la visualización genera cambios en la percepción del sujeto, según Dossey (1988; en Payne, SF).

Por otra parte, Adame (2009; citado en Osorio, Oblitas, 2009) dice que:

La imaginación es una técnica hipnótica muy utilizada, y para algunos autores, uno de los métodos más útiles para manejar el dolor en los niños (Syrjala y Abrams, 1992). Consiste en que el paciente se concentre en la imagen de una experiencia o situación. La imagen creada debe constar de sensaciones y percepciones multifactoriales, es decir, incluir movimiento, colores, sonidos, olores y sabores. El objetivo consiste en crear imágenes lo suficientemente reales e intensas para que puedan generar cambios fisiológicos de relajación y competir con el estímulo doloroso. Sheick y Jordan; Jay y Elliot (1988), afirmaron que la característica general de la imaginería que contribuye a hacer más eficiente la intervención es la respuesta emocional que se suscita, la cual puede a su vez, generar cambios fisiológicos (p.246).

De igual manera, la imaginería puede utilizarse para entender lo complicado del diagnóstico o como un instrumento para reforzar el proceso de sanación. La imaginería, así como los sueños brinda *insight* acerca de los modelos profundos o de lo que dice el cuerpo. Con la constancia de la imaginería se facilitan ciertas conductas, obteniendo como resultado estrategias propias para regularse y sanar.

Así como en la fase de una exploración imaginaria: que surjan imágenes libres cada día. Por ejemplo, antes de dormir preguntarse: ¿qué debo o que puedo hacer para lograr mi sanación? El objetivo es desarrollar técnicas propias que ayuden a un mejor manejo de situaciones.

Imaginería para auto curarse: se inicia desde recordar y ver la enfermedad, posteriormente se desarrolla el proceso de sanación. Y como paso final imaginarse propiamente con el objetivo realizado. En la práctica se pueden hacer preguntas abiertas,

para poder brindar posibles respuestas, mismas que ayudarán al proceso de sanación (Peper y Holt, 1993; en Labiano 2010).

3.2.3 Distracción cognitiva

Camacho (2003) dice que, en los modelos cognitivos se pone mayor atención a las percepciones, entendiendo que se involucran las ideas, las experiencias personales, creencias, imágenes, el significado y sentimiento. El objetivo de las cogniciones es ubicar en general los pensamientos.

Por otra parte, Crespo y Labrador (2001) dicen que la manera en la que una persona percibe su entorno o dicho de otra manera, introduce y analiza la información del medio, comienza a evaluar si la situación se debe considerar como relevante o irrelevante y así poder determinar la manera en que el individuo debe de reaccionar dentro de los aspectos cognitivos.

Así mismo la distracción cognitiva son técnicas fáciles de llevarse a cabo, teniendo como objetivo distraer al paciente ya sea ante el pensamiento y emociones relacionados con la situación. Se pretende que cambie su atención de lo interno a lo externo, para de este modo poder disminuir el sentimiento otorgado por la situación (Sánchez, 2002; en González, 2009). La distracción consiste en realizar la técnica, y se va a centrar la atención del paciente a los elementos elegidos para poder fijar la atención en ellos.

Por otra parte, Bragado y Fernández, 1996; Jay et al. 1987, 1991 y Zeltzer, 1994; (en Adame, 2009) refieren que: esta técnica se puede utilizar con niños de 2 años hasta adolescentes, utilizando ciertas características, es decir en infantes, se necesitan estímulos externos y con los mayores se pueden ocupar estímulos internos y externos. Ya que el

objetivo general es fijar la atención en otro objeto, para poder modificar la percepción sensorial y regular la situación subjetiva del dolor y distrés. Mientras la actividad requiera de mayor atención, será de mayor efectividad para el paciente. Los distractores externos que se pueden utilizar son los juegos de video, cantar la canción favorita, contar chistes, mostrar objetos llamativos o difíciles de armar, contar o leer un cuento.

Dichas estrategias tienen como objetivo disminuir el miedo, el estrés, la ansiedad y el dolor, así mismo se busca un moldeamiento y preparar al niño para anticipar lo que va a ocurrir. Se pueden enfocar tanto en padres como en los niños.

El objetivo es desviar la atención del dolor directamente a una imagen o pensamiento. Se ha observado que estas diferentes estrategias cognitivas regulan o disminuyen el dolor ya que se activan las vías que están diseñadas para minimizar el dolor, dicho por McGrath, (1990; en Adame 2009).

Se puede utilizar, la distracción, atención, imaginación, Hipnosis, musicoterapia, detención de pensamiento, psicoterapia. Y para manejar el dolor agudo, las técnicas cognitivo conductuales más utilizadas son: preparación, modelado/ensayo, relajación, desensibilización. Zeltzer, (1994; en Adame 2009) menciona que pueden ser divididas por: información donde se abarca la preparación, se demuestra, se modela y se ensaya. Por afrontamiento, que son las diferentes técnicas que se pueden utilizar y la información con ella se busca reducir el miedo, el estrés y ansiedad, como objetivo se tiene que aclarar información errónea y se busca que el niño entienda lo que se le va a realizar y anticiparle lo que va a suceder.

Por otra parte, Buzzy (2016), crea un conjunto de técnicas para distracción cognitiva una de ellas es, *Distraction Cards-Monkeys* (español), y menciona que, la distracción ayuda a disminuir el dolor hasta en un 50%, las cinco tarjetas de colores brillantes y con preguntas al reverso correspondiente a la edad de 18 meses hasta siete años o más, las puede utilizar mamá, papá, o cualquier persona que sea capaz de distraer como un profesional. El uso de ellas brinda complejidad y variedad en tareas, ya sea buscando, contando y respondiendo, se obtiene una distracción para cualquier edad.

Velázquez, et al. (2009) mencionan que “al enfocarse en la percepción y el pensamiento las técnicas cognoscitivas influyen en la forma como interpretamos los eventos y las sensaciones corporales” (p.27). Brindar al paciente información sobre el dolor y cómo controlarlo ayuda a modificar su percepción, así mismo poder manejarlo y corregir sus reacciones ya que se busca que el paciente sea capaz de ejercer un autocontrol, se vuelva eficaz y pueda cuidar de sí mismo.

En este capítulo se pudo leer lo que es la psicoprofilaxis y que técnicas se pueden utilizar para poder ayudar a los pacientes a disminuir y/o controlar los niveles de dolor, miedo, estrés y ansiedad.

En el siguiente capítulo se mencionarán investigaciones que se han llevado a cabo en relación a pacientes pediátricos con cáncer, dolor en pacientes pediátricos con cáncer y psicoprofilaxis.

Capítulo 4

Investigaciones

4.1 Cáncer

El cáncer infantil y en la adolescencia se encuentra entre la segunda causa de muerte, así mismo se vuelve una enfermedad crónico degenerativa, es por ello que se considera importante el investigar las cifras anuales de, los tipos, edad e índice de incidencia de quienes lo padecen mayormente, para de este modo obtener datos epidemiológicos precisos que permitan la mejora en la calidad de atención tanto para el paciente como para los cuidadores primarios, así como en la toma de decisiones e implementación de estrategias en las áreas de mayor impacto.

Uribe, et al. (2011), argumentan que, es este el primer informe del registro poblacional de cáncer del Área Metropolitana de Bucaramanga, Colombia, en la que se analizaron los datos de cáncer en niños menores de 15 años de edad recopilados entre el año 2003 al 2007. En la que se otorgan datos actualizados de incidencia media anual por sexo, edad, tipos de cáncer, y grupos de cáncer. Se realizó una validación de la información que incluye a oncólogos pediátricos. Se realizó un análisis de frecuencia de incidencia por edad, sexo, localización y grupos histológicos. Los casos siguieron parámetros de clasificación internacional de enfermedades para Oncología y se organizaron por grupos y subgrupos diagnósticos. La validación se realizó en software CanReg4. Durante el periodo 2003-2007 se registraron 207 de 8,628 casos de cáncer en menores de 15 años de edad, cifra que corresponde al 2.4% del total de cáncer en Bucaramanga, Colombia. Cada año se diagnostica en promedio 41 niños menores de 15 años; de los cuales, 120 (58%) eran niños y 87 (42%) son niñas.

En otra investigación, Shalkow, J et al. (2008-2012) realizan un estudio que tuvo el fin de mostrar los datos estadísticos del cáncer en la infancia y adolescencia a nivel nacional y estatal, en México, durante los años 2008 al 2012, utilizando diversas fuentes de información. Con el objetivo de:

Disminuir la mortalidad e incrementar la sobrevida en este grupo etario, y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares. Así como, favorecer el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, efectivo, de calidad y gratuito, para las niñas, niños y adolescentes con cáncer, a través del fortalecimiento de la rectoría del programa, consolidada por la operación del Consejo Nacional para la Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y Adolescencia (CONACIA) (p. 14).

Se encontró que a nivel nacional los estados que presentan más casos registrados en el RCNA son: Veracruz con 538, seguido por Jalisco con 533 y Michoacán con 399, así mismo el grupo de edad con más casos registrados a nivel nacional es el comprendido entre 1 y 4 años.

En relación al sexo, existe un ligero predominio de casos registrados para el sexo masculino 55.41% (3883) a diferencia del sexo femenino que representa el 44.59%(3124) del total de los casos en el registro de cáncer en niñas (os) y adolescentes (RCNA) a nivel nacional (p.24).

4.1.1 El psicólogo y su labor en la oncología (Psico-oncología)

El objetivo central de la Psico-oncología es el cuidado psicosocial del paciente con cáncer, de su familia y del equipo oncológico. Su campo de estudio incluye: cuidado

clínico; prevención y consejo genético; respuesta normal y adaptación; comunicación de malas noticias; distrés psicosocial y manejo de trastornos psiquiátricos relacionados con la enfermedad.

Almanza y C Holland (2000), en México, presentan una revisión de la Psico-oncología disciplina dedicada al estudio científico del paciente que desarrolla cáncer, cuyo objetivo central es precisamente el cuidado psicosocial del paciente oncológico, con el objetivo de coadyuvar al equipo médico-oncológico en abordaje y manejo de los aspectos psicosociales que afectan al paciente con cáncer y su familia (p.196).

Las perspectivas futuras en Psico-oncología giran en torno a consolidar altos estándares de cuidado psicosocial, incorporando aspectos de calidad de vida; mantener la consistencia en la investigación; incrementar aún más la difusión de información al público. En el ámbito académico la meta es su consolidación curricular tanto a nivel de pregrado como de posgrado. Una consideración particular estriba en subrayar que el cuidado psicosocial del paciente con cáncer y contexto social y cultural propio. El conocimiento y consideración de la dinámica familiar, social y global que caracterizan nuestra sociedad mexicana son requisitos esenciales para que el oncólogo mexicano y su equipo médico diseñen un abordaje propio y definan prioridades específicas y estrategias de abordaje en tareas clínicas, de enseñanza y de investigación. En este mismo rubro, el fenómeno de la globalización exige un dinámico intercambio de información, así como la posibilidad de implementar proyectos multicéntricos de investigación que generen una constante

retroalimentación cuyo beneficio garantice cada vez un mejor cuidado clínico al paciente con cáncer y a su familia (p. 203-204).

Méndez, Orgiles, López y Espada (2004), tuvieron como objetivo del trabajo examinar las secuelas psicológicas del cáncer pediátrico y analizar las principales intervenciones que los psicólogos pueden aplicar en los pacientes con cáncer y con la familia durante el diagnóstico, durante la enfermedad y el tratamiento médico. Se exponen las técnicas psicológicas que ayudan a disminuir los síntomas de la enfermedad y algunos efectos secundarios por el tratamiento, como lo son: las náuseas, el vómito, dolor, la fatiga y el sueño. Se observan las intervenciones mayormente utilizadas que ayudan a disminuir y/o evitar problemas de ansiedad y depresión en el paciente pediátrico con cáncer y diversas pautas para una mejor adherencia a los tratamientos médicos.

Como conclusión,

La Psicología dispone de un amplio arsenal de técnicas para asistir al niño enfermo de cáncer y a su familia, y de este modo contribuir a paliar los síntomas de la enfermedad y los efectos secundarios de los tratamientos médicos; todo ello en el seno de una intervención multidisciplinar (p.152).

Por otra parte, en México. Méndez, Maya (2011), mencionan que, es una prioridad establecer cambios en la forma de percibir la prevención y el tratamiento en lo referente a la salud, que son de gran importancia en nuestro país, como la atención integral en pediatría, sobre todo considerando el incremento de enfermedades crónicas en este grupo de edad. Hay que señalar que no existe

suficiente experiencia. De acuerdo a lo expuesto en reuniones de expertos de Latinoamérica, hay la oportunidad de que el Instituto Nacional de Pediatría (INP) sea un modelo para este proyecto de trabajo integral, donde el pediatra establece el enlace con los especialistas en la conducta y para ofrecer atención a la familia, con objeto de vigilar el desarrollo psicomotor y social del paciente; identificar alteraciones de este proceso; evaluar e identificar trastornos de comportamiento emocionales y sociales cuando hay un problema médico que altera alguno de estos aspectos como las enfermedades crónicas de los niños. A esta área se le conoce como Psicología Pediátrica, conformada por un equipo interdisciplinario que atiende al niño y su familia cuando existe una enfermedad crónica (p.231).

4.2 Dolor

El dolor es subjetivo, mismo que va a depender de la condición de la persona que lo padezca ya sea por la edad, sexo, si padece o no una enfermedad crónico degenerativa o si se toma o no analgésico, el dolor es considerado en diferentes niveles, crónico y agudo. El que una persona padezca algún tipo de dolor y dependiendo de la intensidad del mismo, va a permitir la movilidad o la inmovilidad para realizar las actividades cotidianas, el hecho de que una persona no reciba algún tipo de tratamiento por muy mínimo que sea su dolor, y si este mismo se va desatendiendo, puede ir prolongando hasta causar deterioros severos en la calidad de vida de las personas que lo padecen y de quienes son cuidadores, ya que se va imposibilitando y se puede llegar a depender de una persona para hacer desde lo más básico hasta los más complejo, sin dejar de lado que se puede generar, depresión, ansiedad y estrés, por no tratar su dolor. Es por ello que se considera importante el realizar investigaciones para de este modo poder saber de qué manera se puede ayudar a las

personas a sobrellevar su dolor y hacer saber que siendo el dolor algo subjetivo, se puede volver algo objetivo y brindar un alivio a ello.

Ramírez y Domínguez (2011), trabajaron con una combinación de anestesia local y una técnica hipnótica en una paciente con diagnóstico de cáncer, de 11 años de edad, para ayudarle en el alivio del dolor causado por aspirado de médula ósea y punción lumbar, en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer de Querétaro (México).

Se utilizó la escala visual análoga para evaluar la ansiedad, en la cual el puntaje 0 era nada de ansiedad y 10 el máximo nivel de ansiedad. Para evaluar las conductas de distrés durante el procedimiento de aspirado de medula ósea (AMO) y la punción lumbar (PL), se utilizó la escala Observacional de distrés conductual, creada por Jay y cols (1983). Para evaluar el dolor, al terminar el AMO y la PL se aplicó un autoinforme con la Escala Facial revisada de Bieri, Reeve, Champion, Addicoat y Ziegler (1999). Sosa, (2008), llevó a cabo la validación de esta escala en población mexicana. d) Para la valoración de la responsividad hipnótica se aplicó la Escala Clínica Hipnótica Stanford para niños (Morgan y Hilgard, 1979).

Se realizó una comparación del autorreporte de dolor, ansiedad y conductas de distrés con el uso de tratamiento farmacológico y la técnica hipnótica. Se aplicó la Escala clínica Stanford para niños en la que se obtuvo una puntuación alta y se realizó un ensayo del procedimiento médico acompañado de técnica hipnótica como preparación al procedimiento real.

Los resultados mostraron, en el autoinforme, un aumento inicial de ansiedad que fue disminuyendo paulatinamente con la práctica de la técnica hipnótica. El autoinforme de

dolor también disminuyó con la técnica hipnótica, en tanto que las conductas de distrés se mantuvieron constantes a través de las sesiones.

Por otra parte, Vasallo, Arjona, Fernández, Rondón y Quevedo (2013), realizaron una investigación en el Hospital Militar Central Dr. Luis Díaz Soto, en La Habana, Cuba. La cual constó de dos fases; la primera, fue de tipo descriptiva, de corte transversal entre los meses de Enero y Diciembre del 2011, para seleccionar al paciente tomando en cuenta el sexo, edad, especialidad, duración de síntomas, cuántas consultas se tendrían y tiempo de posible alta. La segunda fase, fue para intervenir, misma que ayudaría a comparar las dos alternativas terapéuticas planteadas. Donde el “Grupo 1: recibió como prescripción una combinación de tramadolparacetamol-piroxican-amitriptilina. Grupo 2: recibió la combinación de cosedal-paracetamol-piroxican-amitriptilina “(p.1).

Se realizó con pacientes que acudieron a consulta entre los meses de Enero de 2011 y Enero de 2012, tomando como criterios de inclusión que se presentara dolor de más de 60 días y que éste permaneciera, tratados únicamente con analgésicos y antiinflamatorios no esteroides, y que expresaran trastornos del sueño y de las actividades cotidianas. Como criterios de exclusión se consideró que se tuviera un dolor menor a los 60 días, y la no prescripción de analgésicos. Y como excluyente se tuvo en cuenta la inasistencia a las consultas ya que no se permitía la recolección de datos necesarios para dicha investigación.

Como instrumento principal de evaluación del dolor se utilizó, desde la primera consulta hasta el alivio o presencia evolutiva, la escala visual análoga (EVA).

Los datos se procesaron con el paquete estadístico SPSS versión 11.5 en español. Se calcularon las distribuciones de frecuencias y los acumulados, éstas como variables

cuantitativas y para las variables cualitativas, la distribución de frecuencia y porcentajes. Como estadígrafos no paramétricos se emplearon la prueba de Chi Cuadrado, la de los rangos con signos de Wilcoxon, así como medidas de tendencia central para variables cuantitativas y para las cualitativas expresadas numéricamente, todas con una significación del 95 % ($p < 0,05$).

En total se atendieron 420 pacientes entre Enero 2011 y Enero 2012. Del total, 256 fueron del sexo femenino 61% y 164 del sexo masculino 39%. Edad promedio de 56.2 años y las especialidades que más participaron fueron, oncología, ginecología, ortopedia.

Respecto a la evolución del dolor y en relación a la intensidad mencionan que, se encontró que en la primera consulta 308 casos (73,33 %) tenían series de dolor entre 7 y 10 reportado en la EVA; mientras que en la segunda consulta se redujo a 219 (52,14 %) y en la tercera a 134 (31,90 %). Aunque en alguno de los casos el tiempo de evolución fue prolongado, se obtuvo una mejoría del síntoma independientemente de la modalidad terapéutica utilizada. En la tercera consulta, se observó que el 60,9 % (256 de los 420 pacientes) tenían una reducción de la intensidad del dolor registrado con la EVA en 4 y ya en la cuarta, 78,3 % se reportaba una disminución. Con respecto a las alternativas terapéuticas se obtuvo, que:

En solo 8 pacientes de los 210 tratados con la combinación de tramadol-paracetamol-piroxican-amitriptilina se presentaron mareos, náuseas, e hipotensión arterial, por lo que se consideró como una tolerancia adecuada. A la combinación cosedal-paracetamol-piroxican-amitriptilina, se le atribuye una mayor relación con episodios de estreñimiento, así como dificultad para el fraccionado de dosis intermedias (especialmente en relación con el cosedal) (p.1).

4.3 Psicoprofilaxis

La psicoprofilaxis es un conjunto de diferentes técnicas psicológicas utilizadas para regular los niveles de ansiedad, estrés y/o dolor, pueden ser aplicadas a diferentes personas y en distintos lugares. Las investigaciones realizadas dan a conocer que es una técnica que ayuda a disminuir el impacto psicológico y físico que puede generar un evento estresante o traumático.

Rodríguez, et al. (2005), argumentan que las ideas que se tienen acerca de las cirugías se crean de fantasía acompañadas de ansiedad, misma que limita a un buen control de emociones y pronta recuperación.

Es por ello que en la investigación que realizan se tuvo como objetivo, “demostrar el beneficio de la psicoprofilaxis quirúrgica en niños de edad escolar enfrentándose a una cirugía de coordinación” (p.27), con 30 pacientes de entre 5 y 12 años divididos en dos grupos de 15 niños; un grupo testigo, que recibió información básica, sin intervención psicológica; y un grupo muestra, que recibió información detallada, con intervención psicológica. El estudio comparativo entre ambos grupos se realizó a través de la valoración psicológica y de la variación de parámetros biológicos. Se encontró que:

La psicoprofilaxis quirúrgica facilitó en el grupo de niños la creación de defensas eficaces permitiendo una conducta adaptativa con un monto de ansiedad que el yo pudo controlar, disminuyendo el potencial efecto traumático de la vivencia, demostrando ser efectiva para disminuir el impacto psicobiológico y sus efectos deletéreos en la etapa de recuperación postoperatoria inmediata (p.36).

Por otra parte, Tercero, et al. (2011), realizaron una investigación sobre los “efectos de la psicoprofilaxis quirúrgica en los niveles de ansiedad de pacientes pediátricos sometidos a adeno y/o amigdalectomía”, en la cual mencionan que:

La psicoprofilaxis quirúrgica es un conjunto de técnicas empleadas en la psicología pediátrica que se ocupa dentro de un marco interdisciplinario, de preparar psicológicamente a un niño y a su familia para afrontar una intervención quirúrgica, con la menor cantidad de secuelas psicológicas y físicas posibles (p. 25).

El objetivo de la investigación fue determinar cómo la psicoprofilaxis quirúrgica ayuda en la disminución de los niveles de ansiedad de pacientes pediátricos sometidos a adeno y/o amigdalectomía.

El estudio que se realizó fue con diseño experimental con 64 sujetos, 27 mujeres y 37 hombres de entre cinco y diez años de edad que fueron sometidos a adeno y/o amigdalectomía en el Hospital Infantil de México Federico Gómez en el transcurso de dos años. En cada paciente se incluyó la evaluación con tres especialidades, otorrinolaringología, psicología y anestesia. Los participantes fueron divididos en dos grupos aleatoriamente (experimental y control) y se les aplicaron dos pruebas que miden ansiedad. A todos los niños se les aplicaron dos pruebas, la escala de ansiedad manifiesta en niños – revisada (CMAS-R) de Reynolds y Richmond, y el inventario de ansiedad estado-rasgo para niños (STAIC) de Spielberger que miden ansiedad, fueron en su ingreso al estudio y posteriormente en el área de preanestesia, 30 minutos antes de ingresar a cirugía; de igual forma, recibieron el mismo procedimiento anestésico, técnica quirúrgica y manejo médico postoperatorio. Como técnicas psicoprofilácticas se utilizaron las siguientes y fueron en tres sesiones:

- 1) Un cuento, que contenía la historia de un niño que debía operarse de las amígdalas y/o adenoides (versión modificada para este estudio con autorización de la autora). El paciente se llevaba el cuento a casa para leerlo y pintarlo en compañía de sus padres.
- 2) El juego y la dramatización. En el área de psicología, con la información proporcionada en el cuento y con muñecos y la demostración de material prequirúrgico y anestésico se le explicaron al niño más ampliamente los procedimientos que se le realizarían antes, durante y después de su operación, se aclararon sus dudas y se trabajaron sus miedos.
- 3) Visita guiada al quirófano. Que incluyó el Área de preanestesia, quirófano de otorrinolaringología y sala de recuperación (p.26).

Los resultados fueron analizados con el SPSS 13. Obteniendo como resultado:

En la CMAS-R para el grupo experimental se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p \leq .05$) antes y después de la psicoprofilaxis quirúrgica. En el STAIC para el Grupo Experimental se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p = .027$) en las calificaciones que tuvieron los sujetos en la Ansiedad Estado antes y después de la psicoprofilaxis quirúrgica. Se concluye que; la psicoprofilaxis quirúrgica es una técnica eficaz que ayuda a disminuir los niveles de ansiedad en los pacientes pediátricos. Se deben considerar factores importantes como la edad, la madurez cognitiva, el temperamento del niño y el tipo de cirugía para brindar la información adecuada y correspondiente, así mismo apoyarse de materiales didácticos para un mejor entendimiento.

Capítulo 5

Metodología de la Investigación

5.1 Planteamiento del problema

El cáncer es una de las enfermedades más temida por cualquier persona que pudiera padecerla o no, por los efectos secundarios que se viven durante el tratamiento para vencer el cáncer. Quienes presentan dicha enfermedad, sin distinción de sexo, edad, estatus social, presentan los mismos síntomas ya sea con mayor o menor intensidad; por ejemplo, los efectos secundarios de la quimioterapia como lo son las náuseas, el vómito, la pérdida de apetito, la pérdida del gusto, la pérdida de peso o aumento, la pérdida del cabello, la falta de energía, el cambio del color en la piel, el debilitamiento de uñas (estas no se caen). O por el temor a vivir los efectos secundarios de la radioterapia; por ejemplo, la irritación de la piel, el cansancio. Y si durante la enfermedad se requiere de cirugía el presenciar un cambio en el cuerpo como lo son las cicatrices, posibles amputaciones o el mismo tiempo que se toma en recuperar de la cirugía.

Todas estas características se viven como efectos secundarios por recibir un tratamiento, mismo tratamiento que es adecuado y correspondiente para cada paciente teniendo como objetivo curar el cáncer, estos síntomas son los que provocan dolor en las personas que lo padecen, este mismo va de lo físico hasta lo psicológico, dejando claro que no solo el dolor se hace presente, sino también síntomas y/o recaídas de la misma enfermedad y efectos secundarios por el tratamiento suministrado.

Es por ello que al observar el sufrimiento tanto físico como psicológico que se presenta en pacientes pediátricos con cáncer, se planteó realizar este estudio con el fin de explorar estrategias para minimizar el dolor provocado durante procedimientos hospitalarios.

En este estudio se intenta determinar si la psicoprofilaxis ayuda a los pacientes pediátricos con cáncer a disminuir el dolor ante un procedimiento (punción), al ingresar a la unidad de Quimioterapia de corta estancia y describir en qué nivel el dolor disminuye utilizando la técnica de distracción cognitiva.

Por lo que se plantea:

¿La distracción cognitiva es un método psicoprofiláctico eficaz para los pacientes pediátricos con cáncer en la disminución del dolor ante un procedimiento (punción)?

5.2 Justificación

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (2011) realizó un perfil epidemiológico del cáncer en niños y adolescentes en México, en el que se menciona que:

Se estima que en el mundo existen 12 millones de personas diagnosticadas con cáncer, de los cuales el 3% (360 000) son niños. Asimismo, el cáncer es la segunda causa de muerte en menores de 20 años a nivel mundial.

Cada año, más de 160,000 menores de 20 años son diagnosticados con cáncer en países desarrollados en donde 3 de cada 4 niños sobreviven al menos 5 años después de iniciar su tratamiento, a diferencia de los países en vías de desarrollo en los cuales más de la mitad (60%) mueren (p.15).

Menciona que México no está exento y aproximadamente cada año 7,000 niños adquieren una enfermedad oncológica y sólo 1,500 cuentan con seguro social, dichos casos sumados a los prevalentes, generan que anualmente aproximadamente entre 18,000 niños y adolescentes requieran de atención oncológica, de dicha cantidad 10,000 se encuentran dentro de la población que no cuenta con seguro social.

En un paciente pediátrico con cáncer el sufrimiento es inevitable; ya que constantemente es sometido a procedimientos dolorosos. Cabe mencionar que este sufrimiento, no solo lo viven los niños, sino también los cuidadores primarios, claro está, es un sufrimiento por ver sufrir al niño, a consecuencia de ello, los cuidadores no saben cómo ayudar a los niños y comienzan a ocultar cosas, a no comunicar lo que le está pasando y lo que le harán estando en el hospital, al no mostrar su preocupación y sus miedos ante ellos, lo hacen pensando que le harán un bien a los pacientes, sin embargo no se percatan que están generando desconfianza en el niño y no solo del cuidador, sino también una desconfianza respecto al personal de salud, asimismo a los procedimientos.

Debido a lo anterior se considera importante la intervención psicológica desde el primer momento, tanto para el cuidador como para el paciente (sin importar la edad), ante un diagnóstico oncológico. Durante dicha intervención hablar del diagnóstico; cómo lo entienden y viven los cuidadores primarios y el paciente (siempre tomando en cuenta la edad), cómo se sienten física y psicológicamente, brindar Psicoeducación respecto al diagnóstico otorgado, sobre los procedimientos que le van a realizar conforme avance su tratamiento, e ir desarrollando estrategias para disminuir el dolor, la ansiedad y el estrés ante los procedimientos.

Por ello, la importancia de realizar una investigación para determinar la relevancia de la utilización de la psicoprofilaxis como una técnica, que ayude a pacientes con cáncer,

principalmente pediátricos, a disminuir el dolor ante procedimientos dolorosos como lo son las punciones. Obteniendo como beneficios que el paciente presente una mejor disposición al procedimiento, asimismo obtener una disminución al dolor que se presenta, y así también invitar a que la psicoprofilaxis se utilice ante otro evento doloroso, de ansiedad y/o estrés, que pueda afectar su desarrollo.

5.3 Objetivos

5.3.1 Objetivo General

Identificar si la utilización de la distracción cognitiva como método psicoprofiláctico contribuye a disminuir el dolor ante un procedimiento (punción), en pacientes pediátricos con cáncer.

5.3.2 Objetivos Específicos

1. Evaluar los niveles de dolor en los pacientes pediátricos con cáncer ante un procedimiento (punción).
2. Aplicar el método psicoprofiláctico en el grupo experimental y después medir el dolor de los pacientes pediátricos con cáncer.
3. Comparar los niveles de dolor de dos grupos de pacientes pediátricos con cáncer. Con y sin la utilización de psicoprofilaxis durante el procedimiento (punción).

5.4 Hipótesis

H1: La distracción cognitiva como método psicoprofiláctico disminuye el dolor ante un procedimiento (punción), en pacientes pediátricos con cáncer.

H0: La distracción cognitiva como método psicoprofiláctico no disminuye el dolor ante un procedimiento (punción), en pacientes pediátricos con cáncer.

5.5 Variables

1. Variable dependiente: Dolor.
2. Variable independiente: Psicoprofilaxis.

5.6 Definiciones conceptuales

Definición conceptual variable independiente: Psicoprofilaxis

Pérez y Gardey (2012), mencionan que:

La psicoprofilaxis surgió a fines de la segunda guerra mundial, en los países anglosajones. Es importante resaltar que su alcance no se limita a asistir psicológicamente a quienes van a afrontar un procedimiento quirúrgico, sino que también contempla la atención de sus familiares y se combina de manera interdisciplinaria con el equipo quirúrgico (párr. 3).

La psicoprofilaxis o psicoprofilaxis quirúrgica hace alusión a un procedimiento con características psicoterapéuticas preventivas o para reforzar algo breve y focalizado que se otorga a quien le van a realizar una cirugía, procedimiento doloroso o rehabilitación. Es una técnica empleada por la psicología con la que se busca ayudar al paciente en el control de sus emociones, actitudes y comportamientos que pueden ayudar a facilitar el trabajo del personal de salud.

La distracción cognitiva se refiere a técnicas fáciles de llevarse a cabo, teniendo como objetivo distraer al paciente ya sea ante el pensamiento y emociones relacionados con

la situación. Se pretende que cambie su atención de lo interno a lo externo, para de este modo poder disminuir el sentimiento otorgado por la situación. Sánchez, (2002; en González, 2009). La distracción consiste en realizar la técnica, y se va a centrar la atención del paciente a los elementos elegidos, ya sea la utilización de rompecabezas, un cuento, realizar preguntas, cantar una canción, entablar una conversación, esto para poder fijar su atención.

Definición conceptual variable dependiente: Dolor

Puebla Díaz F (2005), menciona que en la asociación internacional para el estudio del dolor definen el dolor como “una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial” (p.33). La percepción del dolor consta de un sistema neuronal sensitivo (nocioceptores) y unas vías nerviosas aferentes que responden a estímulos nociceptivos tisulares; la nocicepción puede estar influida por otros factores.

5.7 Definición operacional

Definición operacional de la variable independiente psicoprofilaxis

Modalidades: Realización o no de la distracción cognitiva.

Definición operacional de la variable dependiente

Fisioterapia (2016), menciona que, “La escala facial de Wong y Baker fue diseñada para favorecer la comprensión del test a los niños, que no comprenden las palabras o el valor numérico” (párr. 9). Y se interpreta de la siguiente manera: no dolor (0), dolor leve (1-3), dolor moderado (4-6), dolor intenso (7-9) y dolor insoportable (10). Y se puede complementar con la EVA.

Modalidades: 0 a 10 puntos en una escala análogo visual.

5.8 Escenario

El estudio se llevó a cabo en el área de Quimioterapia de corta estancia del Departamento de Hemato-Oncología del Hospital Infantil de México Federico Gómez, que es una Institución de tercer nivel de atención, dependiente de la Secretaría de Salud.

5.9 Tipo de Estudio

Cuasi Experimental.

5.10 Tipo de Diseño

Cuasi Experimental

Grupo experimental: Pre evaluación-intervención (punción)-post evaluación.

Grupo control: Pre evaluación- sin intervención (punción)-post evaluación.

Medición de dos grupos antes y después de la intervención.

5.11 Población

Pacientes pediátricos hombres y mujeres de 6 a 18 años de edad con el diagnóstico de cáncer y con tratamiento de quimioterapia, atendidos en el Departamento de Hemato-Oncología del Hospital Infantil de México Federico Gómez entre el 10 de Mayo de 2016 al 11 de Julio de 2016.

A la población se le dividió en dos grupos:

Experimental (GE): Pacientes con el diagnóstico de cáncer a quienes se les aplicó la psicoprofilaxis previa al tratamiento de quimioterapia.

Control (GC): Pacientes con el diagnóstico de cáncer a quienes no se les aplicó la psicoprofilaxis previa al tratamiento de quimioterapia.

5.12 Muestra

60 pacientes pediátricos con cáncer atendidos en el Departamento de Hemato-Oncología del Hospital infantil de México Federico Gómez, de las cuales 30 recibieron psicoprofilaxis y 30 no recibieron psicoprofilaxis.

5.13 Muestreo

Probabilístico. Los sujetos se eligieron mediante sorteo para ser asignados a los dos grupos, quienes tuvieron las mismas características (diagnóstico y tratamiento).

5.14 Materiales y/o instrumentos

La escala facial de Wong y Baker, complementada con escala análoga visual (EVA), pluma, material para la distracción cognitiva; tarjetas de distracción cognitiva (ejemplo, anexo 2).

5.15 Procedimiento

Una vez localizados los pacientes en el área de quimioterapia, se les invitó a participar en el estudio y se obtuvo de ellos y su madre, padre o tutor el asentimiento y consentimiento informado de participación.

Por medio de números aleatorios se le asignó a uno de los dos grupos. A los pacientes del grupo experimental (GE) se les aplicó la EVA, se dio la psicoprofilaxis y se les volvió a aplicar la EVA.

A los pacientes del grupo control (GC) se les aplicó la EVA y aunque no recibieron psicoprofilaxis, si recibieron la explicación dada habitualmente por los médicos y enfermeras, después se les volvió a aplicar la EVA.

En los pacientes del grupo experimental (GE), la psicoprofilaxis se llevó acabo de la siguiente manera; se entró al cuarto estando paciente, padre o madre, enfermera y psicóloga. Mientras la enfermera (o) realizaba el aseo correspondiente, se mostraron las tarjetas una por una y se realizaron las preguntas correspondientes a la edad. El paciente fijaba su atención en las tarjetas, sin observar el procedimiento de la punción, al finalizar la punción, se volvió a aplicar la escala EVA.

En los pacientes del grupo control (GC), se entró al cuarto estando paciente, padre o madre, enfermera y psicóloga, solo se observó y se escuchó la explicación brindada por la enfermera durante el procedimiento de la punción, una vez realizada la punción, se volvió a aplicar la escala EVA.

En ambos grupos se extendió un agradecimiento por la participación y la colaboración del personal de enfermería. Así mismo a paciente y tutor se les explicó otra técnica posible a utilizar para ayudar a disminuir el dolor.

5.16 Análisis estadístico

Con el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS, versión 19.0) primero se exploró la distribución de las variables para elegir las pruebas pertinentes para realizar el análisis estadístico.

Se realizó una estadística descriptiva de las variables por medio de las frecuencias, las medias como medida de tendencia central (cuando fue pertinente) y las proporciones como medidas de dispersión.

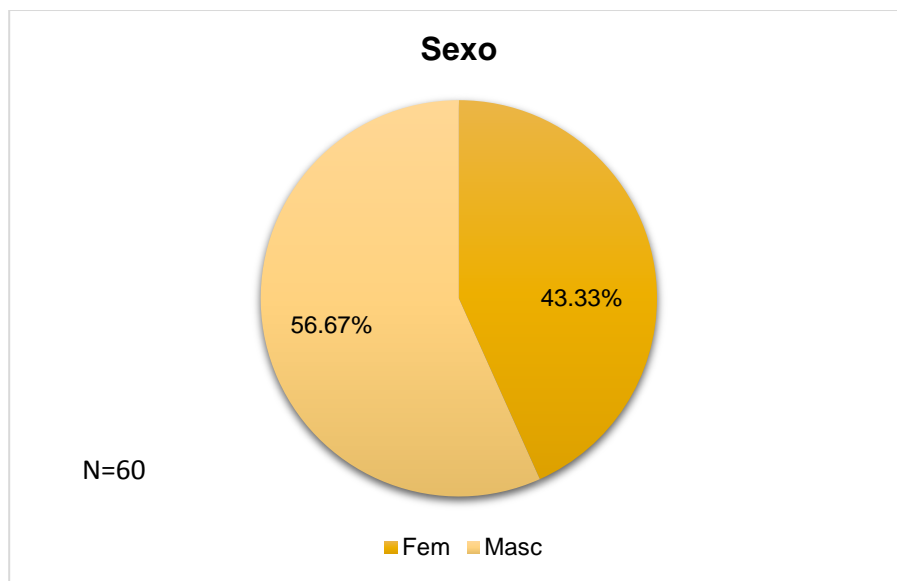
Para describir si había diferencias estadísticamente significativas en los dos grupos de estudio con respecto a las variables y para determinar si la distracción cognitiva es un método psicoprofiláctico útil para disminuir el dolor en los pacientes que van a ser sometidos a un procedimiento (punción) para recibir su tratamiento de quimioterapia. Se utilizó la prueba de rasgos de T de Student.

En todos los casos se consideraron valores significativos cuando la p fue \leq a.05.

Capítulo 6

Resultados

A continuación, se describen los resultados obtenidos utilizando la prueba de rasgos T de Student, con el objetivo de identificar si la utilización de la distracción cognitiva como método psicoprofiláctico contribuye a disminuir el dolor ante un procedimiento (punción), en pacientes pediátricos con cáncer.



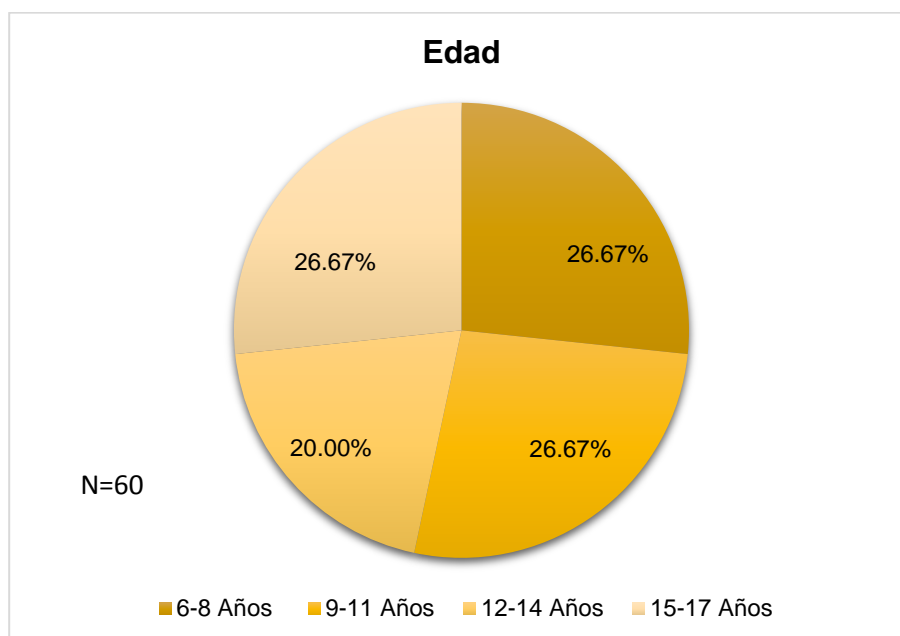
Gráfica 1. Sexo en 60 pacientes pediátricos con cáncer.

En la gráfica 1, se encuentra que el 43.3 % (26) son mujeres, mientras que 56.7% (34) son hombres.

Sexo	Grupo		Total
	Con Psicoprofilaxis	Sin Psicoprofilaxis	
Fem	16	10	26
Masc	14	20	34
Total	30	30	60

Tabla 1. Cantidad de pacientes por grupo.

En la tabla 1, se encuentra que en el grupo con psicoprofilaxis participaron más mujeres (16) que hombres (14), en comparación con el grupo sin psicoprofilaxis participaron menos mujeres (10) que hombres (20).



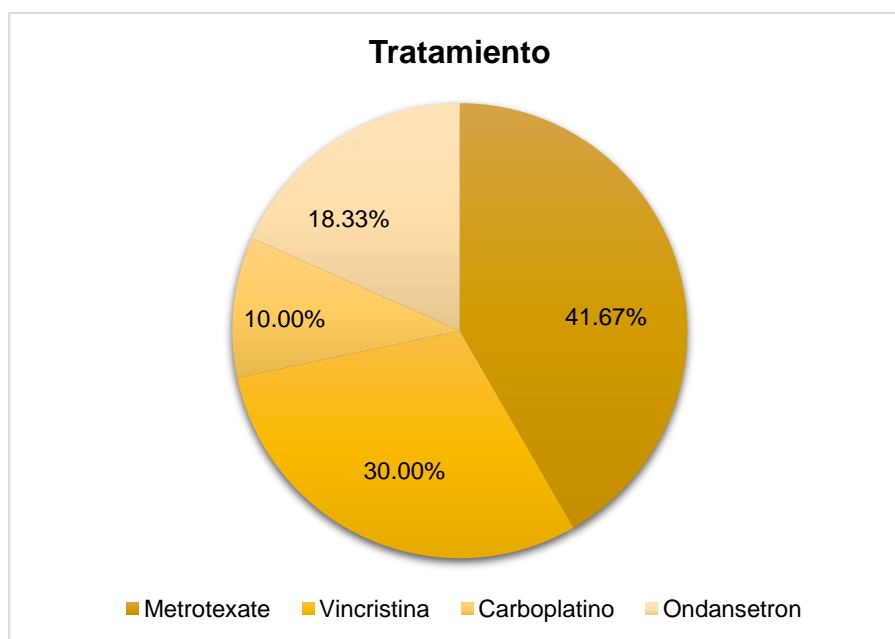
Gráfica 2. Edad en 60 pacientes pediátricos con cáncer.

En la gráfica 2, se encuentra que el 26.67% (16) está entre los 6 y 8 años de edad, la edad de los 9 a los 11 años conforma el 26.67% (16), pacientes de entre 12 y 14 años conforman el 20.00% (12) y el resto de 26.67% (16) son pacientes en la edad de 15 a 17.

Edad	Grupo		Total
	Con Psicoprofilaxis	Sin Psicoprofilaxis	
6-8 Años	9	7	16
9-11 Años	8	8	16
12-14 Años	7	5	12
15-17 Años	6	10	16
Total	30	30	60

Tabla 2. Edad de pacientes por grupo.

En la tabla 2, se muestra que en el grupo con psicoprofilaxis hubieron más participantes de entre 6-8 años de edad (9). En comparación con el grupo sin psicoprofilaxis participaron más pacientes de entre 15-17 años de edad (10).



Gráfica 3. Tratamiento químico suministrado en 60 pacientes pediátricos con cáncer.

En la gráfica 3, se observa que el tratamiento de quimioterapia que iba a ser aplicado a los pacientes al momento del estudio fue Metrotexate al 41.67% (25), Vincristina al 30.00% (18) y Carboplatino al 10.00% (6); además el 18.33% (11) recibieron

Ondansetrón que es un medicamento que se aplica para la prevención de la náusea y vómito provocadas por la quimioterapia citotóxica.

Tratamiento	Grupo		Total
	Con Psicoprofilaxis	Sin Psicoprofilaxis	
Metrotexate	12	13	25
Vincristina	7	11	18
Carboplatino	6	0	6
Ondansetron	5	6	11
Total	30	30	60

Tabla 3. Tratamiento químico suministrado a pacientes por grupo.

En la tabla 3, se muestra que tanto en el grupo con y sin psicoprofilaxis el tratamiento químico mayormente suministrado fue Metrotexate.

	Grupo	Media
	Pre evaluación	Con Psicoprofilaxis
Sin Psicoprofilaxis		7.07
Post evaluación	Con Psicoprofilaxis	3.47
	Sin Psicoprofilaxis	7.07

Tabla 4. Media del nivel de dolor en la pre y post evaluación por grupo.

En la tabla 4, se observa que en la pre evaluación entre ambos grupos; con y sin psicoprofilaxis existe una ligera diferencia en la media, en comparación con la post evaluación entre ambos grupos; con y sin psicoprofilaxis se observa una diferencia en la media.

		T	gl	Sig. (bilateral)
Pre Evaluación	Se han asumido varianzas iguales	-1.866	58	.067
	No se han asumido varianzas iguales	-1.866	57.355	.067
Post Evaluación	Se han asumido varianzas iguales	-6.018	58	.000
	No se han asumido varianzas iguales	-6.018	57.521	.000

Tabla 5. Prueba T para la diferencia entre medias.

En la tabla 5, se observa la comparación entre medias de la pre evaluación entre grupos y de la post evaluación entre los grupos, encontrándose que existe una diferencia significativa entre ambos grupos en la post evaluación.

Pre evaluación nivel de dolor	Grupo		Total
	Con Psicoprofilaxis	Sin Psicoprofilaxis	
2	3	1	4
3	2	2	4
4	7	2	9
5	4	3	7
6	5	4	9
7	0	4	4
8	2	4	6
9	1	3	4
10	6	7	13
Total	30	30	30

Tabla 6. Puntajes de los niveles de dolor por grupo en la pre evaluación.

En la tabla 6, se encuentra que en la pre evaluación del grupo con psicoprofilaxis se registró que 7 pacientes reportaron que el nivel de dolor más alto sentido fue de 4 y el nivel de dolor menos reportado en este grupo fue de 7 ya que 0 pacientes lo registraron, sin embargo, en comparación con el grupo sin psicoprofilaxis se encontraron datos diferentes ya que, 7 pacientes reportaron que su nivel de mayor dolor fue de 10 y el nivel de dolor menos reportado fue el de 2 por 1 paciente.

Post Evaluación nivel de dolor	Grupo		Total
	Con Psicoprofilaxis	Sin Psicoprofilaxis	
0	2	0	2
1	2	0	2
2	11	1	12
3	1	2	3
4	4	2	6
5	3	3	6
6	5	4	9
7	0	4	4
8	2	4	6
9	0	3	3
10	0	7	7
Total	30	30	30

Tabla 7. Puntaje de los niveles de dolor por grupo en la post evaluación.

En la tabla 7, se muestra que en la post evaluación del grupo con psicoprofilaxis, se registró que el nivel de dolor más registrado fue de 2 esto manifestado por 11 pacientes, siendo el nivel de dolor de 10 el menos registrado, sin embargo, en el grupo sin psicoprofilaxis prevaleció con los mismos registros, 7 pacientes reportan que el nivel de dolor 10 es el más sentido y menos sentido el nivel de dolor 2 registrado por 1 paciente.

Grupo	Pre evaluación nivel de dolor	Sexo		Total
		Fem	Masc	
Con psicoprofilaxis	2	1	2	3
	3	2	0	2
	4	5	2	7
	5	4	0	4
	6	0	5	5
	8	0	2	2
	9	0	1	1
	10	4	2	6
	Total	16	14	30
Sin Psicoprofilaxis	2	0	1	1
	3	1	1	2
	4	0	2	2
	5	0	3	3
	6	1	3	4
	7	2	2	4
	8	1	3	4
	9	2	1	3
	10	3	4	7
		Total	10	20

Tabla 8. Frecuencia de puntaje por grupo y por sexo en la pre evaluación.

En la tabla 8, se muestra que en el grupo con psicoprofilaxis, una mujer y dos hombres registraron su nivel de dolor de dos; dos mujeres, cero hombres dolor de 3; cinco mujeres, dos hombres dolor de cuatro; cuatro mujeres, cero hombres dolor de cinco; cero mujeres, cinco hombres dolor de seis; cero mujeres, dos hombres dolor de ocho; cero mujeres, un hombre dolor de nueve y cuatro mujeres, dos hombres dolor de diez. Mientras que en el grupo sin psicoprofilaxis, cero mujeres, un hombre registraron su nivel de dolor de dos; una mujer, un hombre dolor de tres; cero mujeres, dos hombres dolor de cuatro; cero mujeres, tres hombres dolor de cinco; una mujer, tres hombres dolor de seis; dos mujeres, dos hombres dolor de siete; una mujer, tres hombres dolor de ocho; dos mujeres, un hombre dolor de nueve y tres mujeres, cuatro hombres dolor de diez.

Grupo	Post Evaluación nivel de dolor	Sexo		Total
		Fem	Masc	
Con Psicoprofilaxis	0	1	1	2
	1	2	0	2
	2	10	1	11
	3	0	1	1
	4	2	2	4
	5	0	3	3
	6	0	5	5
	8	1	1	2
	Total	16	14	30
Sin Psicoprofilaxis	2	0	1	1
	3	1	1	2
	4	0	2	2
	5	0	3	3
	6	1	3	4
	7	2	2	4
	8	1	3	4
	9	2	1	3
	10	3	4	7
	Total	10	20	30

Tabla 9. Frecuencia de puntaje por grupo y por sexo en la post evaluación.

En la tabla 9, se muestra que en el grupo con psicoprofilaxis, una mujer, un hombre registraron su nivel de dolor en cero; dos mujeres, cero hombres dolor de uno; diez mujeres, un hombre dolor de dos; cero mujeres, un hombre dolor de tres; dos mujeres, dos hombres dolor de cuatro; cero mujeres, tres hombres dolor de cinco; cero mujeres, cinco hombres dolor de seis; una mujer, un hombre dolor de ocho. Mientras que en el grupo sin psicoprofilaxis, cero mujeres, un hombre registraron su nivel de dolor de dos; una mujer, un hombre dolor de tres; cero mujeres, dos hombres dolor de cuatro; cero mujeres, tres hombres dolor de cinco; una mujer, tres hombres dolor de seis; dos mujeres, dos hombres dolor de siete; una mujer, tres hombres dolor de ocho; dos mujeres, un hombre dolor de nueve y tres mujeres, cuatro hombres dolor de diez.

Grupo	Pre Evaluación nivel de dolor	Edad				Total
		6-8 Años	9-11 Años	12-14 Años	15-17 Años	
Con Psicoprofilaxis	2	1	2	0	0	3
	3	1	0	0	1	2
	4	4	1	1	1	7
	5	0	1	1	2	4
	6	1	1	2	1	5
	8	0	1	1	0	2
	9	0	0	0	1	1
	10	2	2	2	0	6
	Total	9	8	7	6	30
	Sin Psicoprofilaxis	2	0	0	1	0
3		0	0	0	2	2
4		1	0	0	1	2
5		0	0	1	2	3
6		0	2	1	1	4
7		0	1	0	3	4
8		1	2	1	0	4
9		1	1	0	1	3
10		4	2	1	0	7
Total		7	8	5	10	30

Tabla 10. Frecuencia de puntaje de ambos grupos por edad en la pre evaluación.

En la tabla 10, se muestra en la pre evaluación del grupo con psicoprofilaxis que, el nivel de dolor mayormente registrado en las diferentes edades es, 6-8 años de edad cuatro pacientes con un dolor de cuatro y dos pacientes con dolor de dos; de 9-11 años dos pacientes con dolor de dos y dos con dolor de diez; 12-14 dos con dolor de seis y dos con dolor de dos; en la edad de 15-17 años el nivel de dolor más alto registrado fue cinco expresado por dos pacientes. Mientras que en el grupo sin psicoprofilaxis, cuatro pacientes en la edad de 6-8 reportaron el diez como el nivel de dolor más alto, en la edad de los 9-10 los niveles de dolor mayormente registrados fueron seis, ocho y diez esto expresado por dos pacientes en cada nivel; en la edad de 11-14 años los niveles de dolor fueron: dos, cinco, seis, ocho y diez siendo registrados por un paciente en cada nivel; y finalmente en la edad de 15-17 tres pacientes registraron el siete como el nivel de dolor más alto.

Grupo	Post Evaluación nivel de dolor	Edad				Total
		6-8 Años	9-11 Años	12-14 Años	15-17 Años	
Con Psicoprofilaxis	0	1	0	1	0	2
	1	0	0	0	2	2
	2	3	5	1	2	11
	3	0	1	0	0	1
	4	1	0	2	1	4
	5	0	0	2	1	3
	6	3	1	1	0	5
	8	1	1	0	0	2
	Total	9	8	7	6	30
Sin Psicoprofilaxis	2	0	0	1	0	1
	3	0	0	0	2	2
	4	1	0	0	1	2
	5	0	0	1	2	3
	6	0	2	1	1	4
	7	0	1	0	3	4
	8	1	2	1	0	4
	9	1	1	0	1	3
	10	4	2	1	0	7
	Total	7	8	5	10	30

Tabla 11. Frecuencia de puntaje en ambos grupos por edad en la post evaluación.

En la tabla 11, se muestra en la post evaluación del grupo sin psicoprofilaxis que, el nivel de dolor mayormente registrado en las diferentes edades es, 6-8 los niveles de dolor más frecuentes fueron dos y seis esto dicho por tres pacientes en cada nivel; de los 9-11 cinco pacientes registran el dos como el dolor más intenso; 12-14 los niveles de dolor más altos son cuatro y cinco expresado por dos pacientes en cada nivel; y finalmente de los 15-17 años de edad dos pacientes registran el uno y dos pacientes registran el dos como los dolores más sentidos. Mientras que en el grupo sin psicoprofilaxis, cuatro pacientes en la edad de 6-8 reportaron el diez como el nivel de dolor más alto, en la edad de los 9-10 los niveles de dolor mayormente registrados fueron seis, ocho y diez esto expresado por dos pacientes en cada nivel; en la edad de 11-14 años los niveles de dolor fueron: dos, cinco, seis, ocho y diez siendo registrados por un paciente en cada nivel; y finalmente en la edad de 15-17 tres pacientes registraron el siete como el nivel de dolor más alto.

Edad	X pre evaluación nivel de dolor	X post evaluación nivel de dolor	Total ≠
6-8	5.2	4.0	1.2
9-11	5.8	3.0	2.8
12-14	7.0	3.7	3.3
15-17	5.3	2.5	2.8

Tabla 12. Diferencia en puntajes promedio de dolor con psicoprofilaxis de acuerdo a los grupos de edad.

En la tabla 12, se muestra que en los pacientes de 12-14 años la psicoprofilaxis les favoreció mayormente para disminuir los niveles de dolor, y en los pacientes de 6-8 años tuvo menor impacto.

Capítulo 7

Discusión

Es importante mencionar que el objetivo principal de la investigación, fue comparar los niveles de dolor de dos grupos de pacientes pediátricos con cáncer. Con y sin la utilización de psicoprofilaxis durante el procedimiento (punción). Primeramente, se evaluaron los niveles de dolor en los pacientes. Posteriormente se aplicó el método psicoprofiláctico en el grupo experimental y después se volvió a medir el dolor de los pacientes. Para finalmente comparar los niveles de dolor de los dos grupos de pacientes pediátricos con cáncer. Con y sin la utilización de psicoprofilaxis durante el procedimiento (punción).

De los 60 pacientes que se evaluaron, 30 formaron parte del grupo experimental (GE), y los otros 30 al grupo control (GC), encontrando como resultados que, el 43.33% (26) fueron mujeres y el 56.7% (34) fueron hombres. Lo que corrobora los datos observados en pasados estudios en los que se muestra la prevalencia de niños del sexo masculino con cáncer.

Como, en el estudio realizado por Shalkow, J et al. (2008-2012), en el que se obtuvieron como datos nacionales que en México existe un ligero predominio en casos registrados para el sexo masculino, con un 55.41 % (3883) a diferencia del sexo femenino que representa el 44.59 % (3124) del total de casos registrados de niñas (os) y adolescentes con cáncer.

Y en la investigación realizada en el área metropolitana de Bucaramanga, Colombia, por Uribe et al. (2011). Cada año se diagnostican en promedio 41 niños menores de 15 años, de los cuales el 58.00 % son niños y el 42.00 % son niñas.

Rivera, (2002) dice que el cáncer en la infancia es la segunda causa de muerte en los países industrializados. Sin embargo, en el año de 1977, en la República Mexicana tenía el cuarto lugar de entre los 5 a los 14 años, esto únicamente antecedido por padecimientos gastrointestinales, infecciones y de nacimiento. Y ahora en la actualidad es la segunda causa de muerte en México en infantes de entre 5 y 14 años de edad, se estima que la incidencia de cáncer infantil en la República Mexicana es de 120 casos nuevos por millón de habitantes al año de los (0 a 18 años). En la presente investigación realizada se encontraron datos tales como que, de los 60 pacientes participantes hubo una disminución en pacientes con cáncer de entre los 12-14 años de edad, presentando mayor frecuencia de entre los 6-11 años de edad y después de los 15-17 años de edad.

De las investigaciones expuestas una es nacional y otra internacional, ambas realizadas en cuatro años en las cuales se permite observar la prevalencia de sexo masculino en pacientes con cáncer. En reciente investigación se observan resultados similares, que se obtuvieron solamente en la unidad de Hemato-Oncología del Hospital Infantil de México Federico Gómez, en un tiempo menor, se realizó en el área de Quimioterapia de corta estancia. La investigación constó de la aplicación de la escala facial de Wong y Baker, complementada con escala análoga visual (EVA) como instrumento de medición del dolor en los pacientes sometidos a un procedimiento (punción) para recibir tratamiento, e intervenir con la técnica distracción cognitiva, en el grupo experimental (GE).

Sin embargo, un dato particularmente importante es la prevalencia en el sexo masculino, los cuales se encuentran entre los 15-17 años de edad conformando el grupo sin psicoprofilaxis (GC). Estos datos llevan a cuestionar, si existe la posibilidad que si por ser hombres, se tiene menos tolerancia al dolor y por ello los resultados.

En esta investigación, para evaluar el dolor que los pacientes dicen tener se utilizó la escala facial de Wong y Baker, complementada con escala análoga visual (EVA), ésta permitió poner un número al dolor que se presenta ocasionado por una (punción). Obteniendo como resultado que entre la pre y post evaluación del GC (sin psicoprofilaxis) no existe una diferencia significativa. Por otro lado, en el GE (con psicoprofilaxis) si existe una disminución significativa entre pre y post evaluación.

En la investigación realizada por, Vasallo, Arjona, Fernández, Rondón y Quevedo (2013), en La Habana, Cuba. Como instrumento principal de evaluación del dolor se utilizó, la escala visual análoga (EVA). Con respecto al dolor se observó que utilizando el método propuesto, se obtuvieron resultados positivos, encontrando que al final se obtuvo un decremento en las puntuaciones en la escala EVA, en el primer registro de tres se obtuvo de entre 7 y 10 puntos y para el final fue de 4.

En otra de las investigaciones realizada por Ramírez y Domínguez (2011), tuvo como participante a una sola persona. Los resultados mostraron, en el auto informe, un aumento inicial de ansiedad que fue disminuyendo paulatinamente con la práctica de la técnica hipnótica. El auto informe de dolor también disminuyó con la técnica hipnótica, en tanto que las conductas de distrés se mantuvieron constantes a través de las sesiones.

Estas dos investigaciones expuestas, ayudan a corroborar que la escala EVA, es un instrumento muy fácil de utilizar, de fácil acceso e interpretación, no solo se puede utilizar para evaluar el dolor, sino también para medir la ansiedad como lo hicieron Ramírez y Domínguez (2011).

Merck (1999), argumenta que, si realizar una valoración del dolor en un adulto es difícil, valorar a un niño se vuelve aún más complicado, ya que, como se ha comentado anteriormente, el dolor es subjetivo y más si éste se tiene que comparar, el nivel actual de dolor con el nivel pasado. Para ello la escala EVA es un instrumento que se puede adecuar a las condiciones de las personas que serán evaluadas.

Así como en la presente investigación se utilizó el instrumento de medición ya mencionado, permitió que los participantes pusieran un número o rostro a su dolor sentido por la punción recibida. En los resultados arrojados se observa la diferencia significativa que se dio entre el GE y GC, utilizando como técnica psicoprofiláctica la distracción cognitiva.

Hernández (2010), dice que la utilización de catéteres en niños con cáncer, es necesario y de uso frecuente ya que son indispensables para recibir su tratamiento, de modo que los pacientes no se liberan de las punciones. Es por ello que se busca la manera de poder brindarles técnicas que les ayuden a disminuir el dolor que sienten ante los procedimientos que se les practican, así mismo mostrarles que su dolor es algo real y que se les comprende.

En investigaciones relacionadas con la psicoprofilaxis o psicoprofilaxis quirúrgica se encontró que, Rodríguez et al. Realizaron una investigación en la que se tuvo como

objetivo, “demostrar el beneficio de la psicoprofilaxis quirúrgica en niños de edad escolar enfrentándose a una cirugía de coordinación” (p.27). Se encontró que:

La psicoprofilaxis quirúrgica facilitó en el grupo de niños la creación de defensas eficaces permitiendo una conducta adaptativa con un monto de ansiedad que el yo pudo controlar, disminuyendo el potencial efecto traumático de la vivencia, demostrando ser efectiva para disminuir el impacto Psicobilógico y sus efectos deletéreos en la etapa de recuperación postoperatoria inmediata (p.36).

Dicha información se complementa con la investigación realizada por, Tercero, et al. (2011). El estudio que se realizó fue con diseño experimental con 64 sujetos, 27 mujeres y 37 hombres de entre cinco y diez años de edad que fueron sometidos a adeno y/o amigdalectomía en el Hospital Infantil de México Federico Gómez en el transcurso de dos años. Con el objetivo de investigar sobre los “efectos de la psicoprofilaxis quirúrgica en los niveles de ansiedad de pacientes pediátricos sometidos a adeno y/o amigdalectomía”.

Como se puede observar en esta investigación se obtuvieron resultados tales como que, en la pre evaluación se registró en el grupo con psicoprofilaxis el nivel de dolor de 10 por seis pacientes y en el grupo sin psicoprofilaxis el mismo nivel de dolor por siete pacientes. Se compara con los registros en la post evaluación donde en el grupo con psicoprofilaxis, cero pacientes registraron el nivel de dolor de 10, siendo el nivel de dolor de 2 el más registrado por 11 pacientes; mientras que en el grupo sin psicoprofilaxis prevaleció la cantidad de pacientes de siete.

Como ya se ha ido mencionando la psicoprofilaxis, puede llevarse a cabo para ayudar a disminuir niveles de ansiedad, estrés, miedo y dolor, las técnicas existentes se

acoplan a cualquier población. Así como en la reciente investigación, donde se puede observar que la psicoprofilaxis para el dolor ante un procedimiento (punción) es una buena técnica a utilizar, como del mismo modo se puede comparar con anteriores investigaciones, así como en la realizada por Tercero, et al. Que, aunque psicoprofilaxis quirúrgica en los niveles de ansiedad, es una técnica diferente (en ejecución) a psicoprofilaxis para el dolor en una punción, se tiene el mismo objetivo ayudar a disminuir niveles. No se puede generar una discusión entre qué técnica es mejor y cuál es más efectiva, ya que para cada una de las personas puede ser completamente diferente y a unos les funciona mejor una que otra, sin embargo, en esta investigación utilizar la distracción cognitiva fue favorable en cada uno de los niños en quienes se utilizó, probablemente se debió al tipo de material utilizado (tarjetas de distracción) ya que está diseñado para niños desde los 18 meses hasta adultos, el cual cuenta con distintas preguntas para las edades correspondientes, es un material colorido y con diferentes diseños, que permiten que el paciente se mantenga ocupado (distráido cognitivamente).

Otros de los resultados encontrados son relacionados a las edades de los pacientes, se muestra que de los 6-8 años de edad hay un índice de prevalencia en cáncer parecido con los de 9-11 años de edad en ambos grupos con un 26.67 %, mientras que en los pacientes pediátricos con cáncer de entre 12-14 años se observa un decremento al 20.00%, y posteriormente nuevamente se muestra un aumento al 26.67 % en las edades de 15-17 años de edad. Sin embargo, en la Secretaria de Salud del estado de Veracruz (2014) se menciona que, los pacientes pediátricos con cáncer de entre los 5-14 años de edad se encuentran en primer lugar en índices de muerte y de 15 a 19 años en tercer lugar en el sector salud, y en segundo lugar niños de entre el primer año de vida al cuarto. Estos datos fueron de 2010.

Lo que se puede concluir con estos datos es que, la Secretaria de Salud del estado de Veracruz, esta mencionando los índices de muerte, sin embargo, se puede cuestionar, si son los lugares que se ocupan en mortalidad será porque existe mayor población o existe algo internamente que ocasiona las cifras.

En presente investigación solo se observa que la intervención realizada para ayudar a disminuir el dolor ante un procedimiento (punción), favoreció mayormente a pacientes de 12-14 años de edad, menormente en pacientes de 6-8 años de edad, cabe aclarar que también favoreció, pero se tuvo un menor impacto.

Estos datos ayudan para poder determinar índices de presencia de cáncer infantil en México, se deja a próximas y posibles investigaciones, ya que como lo mencionan Escudero et al. (2013) en la Asociación Americana de Cáncer (ACS), México, no tiene registros válidos de la incidencia nacional, sino únicamente de su mortalidad.

Capítulo 8

Conclusiones

Después de analizar los resultados en relación a los elementos teóricos de este trabajo, se presentan las conclusiones de esta investigación con la finalidad de contribuir a una mejor comprensión de lo que es la psicoprofilaxis y que métodos y/o técnicas se pueden utilizar para ayudar a las personas a tener una mejor calidad de vida.

El diagnóstico de cáncer en pacientes pediátricos, fue un tema que permitió conocer no solo datos epidemiológicos, sino también síntomas y consecuencias de la misma enfermedad que generan diferentes tipos de dolor, uno de ellos es el dolor que se va generando desde el primer pinchazo que se recibe para suministrar el tratamiento que tiene como objetivo vencer el cáncer, y al escuchar a los niños expresar ese dolor, con llantos, pataleos, gritos aclamando “ya no más piquetes”, observando a los padres sufrir, por ver como sus hijos padecer dolor, sin saber cómo poder ayudar para que su dolor sea menos, es lo que lleva a la aplicación de psicoprofilaxis, principalmente la técnica distracción cognitiva, y ser una guía tanto para los cuidadores primarios, como de los niños y poder enseñarles una herramienta que les brinde una mejor calidad de vida, asimismo poder evitar algún daño Psico emocional a mediano o largo plazo.

Este es el trabajo del psicólogo oncológico o como especialidad Psico-Oncología, la cual llega a tener un alto impacto ya que como mencionan Almanza, C Holland (2000), Las perspectivas futuras en Psico-oncología giran en torno a consolidar altos estándares de cuidado psicosocial, incorporando aspectos de calidad de vida; mantener la consistencia en la investigación; incrementar aún más la difusión de información al público.

El objetivo central de la Psico-oncología es el cuidado psicosocial del paciente con cáncer, de su familia y del equipo oncológico.

Respecto a los resultados encontrados que se obtuvieron con la escala facial de Wong y Baker, complementada con escala análoga visual (EVA) como instrumento de medición del dolor, se pudo observar que, en los pacientes con cáncer, que en la pre evaluación entre ambos grupos; con y sin psicoprofilaxis existe una ligera diferencia en la media, en comparación con la post evaluación entre ambos grupos; con y sin psicoprofilaxis se observa una diferencia en la media.

Asimismo, en la prueba T para diferenciar las medias, se observa la comparación entre medias de la pre evaluación entre grupos y de la post evaluación entre los grupos, encontrándose que existe una diferencia significativa entre ambos grupos en la post evaluación. Lo que hace saber que, la distracción cognitiva como técnica psicoprofiláctica, si ayuda a disminuir el dolor ante un procedimiento (punción) a los pacientes pediátricos con cáncer.

Cabe mencionar que, dentro de la temática expuesta en dicha investigación, se mencionan otras técnicas e instrumentos que se pueden utilizar.

También se concluye que, la prevalencia del sexo fue masculino con un 56.7 % del total de la población, y siendo mayormente participantes en el GC. Y en relación a las edades correspondientes las de mayor incremento de los 6- 11, surge decremento de los 12- 14 y nuevamente incrementan los niveles de pacientes adolescentes tardíos con cáncer de los 15-17 años de edad. Se encontró que el tratamiento químico mayormente suministrado en 60 participantes fue Metrotexate, seguido de Vincristina, posterior Carboplatino y por

último el Ondansetron este no es tratamiento químico, sino un medicamento que ayuda a controlar las náuseas. Como conclusión final es que, la hipótesis (H1) se comprueba, siendo que la distracción cognitiva como método psicoprofiláctico disminuye el dolor ante un procedimiento (punción), en pacientes pediátricos con cáncer.

8.1 Sugerencias

Para futuras investigaciones se recomienda tener en cuenta factores importantes como lo son la edad cronológica y cognitiva del paciente, temperamento, comunicación tanto del cuidador primario como del personal de salud, de preferencia conocer un poco al paciente y/o saber un poco de los gustos, para así adecuar una mejor técnica, de suma importancia conocer los pasos del procedimiento al que será sometido.

En general, es de suma importancia que se realicen más investigaciones relacionadas al tema de psicoprofilaxis, pero no solo en pacientes con cáncer, sino en pacientes de otras áreas y hospitales, no solo fomentar la información relacionada con la salud física, sino también relacionadas con la salud mental de las personas y así poder brindar información a familiares, pacientes, personal de salud, fomentar más el uso de la profilaxis para evitar daños psicoemocionales.

Posibles investigaciones con un número mayor de participantes, con otras técnicas y/o utilizar diversas, para saber cuál es más eficaz en las diferentes edades y situación presente. Medición de más variables. Se sugiere realizar programas, talleres, brindar seguimiento y evaluar mejorías o decaimientos.

Hacer labor social en hospitales, para de este modo poder concientizar sobre los problemas sociales y de allí partir a apoyar y saber de qué manera se puede ayudar a la

sociedad, fungiendo como psicólogos, saber qué hace falta y cómo es que podemos iniciar un cambio en la sociedad, para de este modo comenzar poco a poco y lograr cambios importantes.

Como psicólogos, en el área clínica y en un hospital, hay mucho por hacer como ya se ha mencionado anteriormente, se pueden crear e implementar programas y/o manuales para pacientes y familiares (principalmente cuidadores primarios) de niños con cáncer. Como psicólogo apoyarse de dicho material y contribuir a que las fases que se atraviesan en dicha enfermedad se lleven de una manera menos dolorosa tanto física y psicológicamente.

Este tipo de materiales nos ayudarían a establecer un plan de trabajo, el cual sería más óptimo teniendo con la finalidad ayudar al paciente y familiares (cuidadores primarios) y fomentar el trabajo interdisciplinario con el personal de salud del área.

Recomendando iniciar atención psicológica desde el momento en el que se recibe el diagnóstico hasta terminar con el mismo y brindar atención especializada durante el tratamiento. Otorgar seguimiento ya sea dentro de la misma institución o canalizar al paciente y/o cuidador primario, para continuar con un seguimiento psicológico, debido a que se presenta una nueva etapa en la vida de los pacientes quienes entran en vigilancia, o de los que fallecen.

Por otra parte, sería bueno poder brindar atención psicológica individual, para saber cómo se vive el proceso de la enfermedad, en paciente y cuidador primario, realizar planes de intervención cortos pero funcionales, 5-6 sesiones. En las que se puedan encontrar estrategias de afrontamiento. Y/o crear grupos de ayuda dentro de la institución en la que participe un médico, una enfermera, un trabajador social, psicólogo, esto con el fin de poder

aclarar dudas, comparar experiencias, y poder explicar a los cuidadores, cómo pueden ayudar a sus hijos en cada una de las especialidades necesitadas, así mismo que el escuchar las vivencias de los demás les ayude a superar las circunstancias por las cuales están pasando.

Es el trabajo que se realiza entre el psicólogo-paciente-cuidador primario-psicólogo-personal de salud-cuidador primario. Sin embargo, como psicólogos también se puede trabajar con el personal de salud dentro de un hospital, ya sea con las enfermeras, que son las que pasan más tiempo con los pacientes y cuidadores primarios de los mismos, con ellas se puede trabajar en conjunto, con personas de la misma profesión. Poder brindarles un espacio en el cual se trabajarán sus miedos, los eventos no resueltos adecuadamente relacionados con su trabajo, cómo afectan o favorecen sus vivencias laborales con su familia.

Por otra parte, con los médicos residentes que son quienes están en contacto con los pacientes y cuidadores primarios, ellos que son quienes tienen que otorgar diagnósticos, tratamientos, procedimientos con y sin anestesia y en su defecto anunciar el fallecimiento del paciente. El psicólogo puede intervenir otorgando orientaciones de cómo mejorar la empatía con los pacientes y cuidadores, así mismo sensibilizar sobre el dolor que los pacientes padecen, y así poder brindar capacitación sobre técnicas psicoprofilácticas que pueden utilizar en el momento de realizar una punción en los pacientes, misma que les facilitará realizar el procedimiento y ayudar al paciente a no recibir tantas punciones y así evitar más dolor.

Los anteriores temas también son propuestos a investigación, ya que el trabajo en hospitales es muy amplio, no solo con población pediátrica que padezca cáncer, sino

también otras enfermedades de suma importancia y preocupación, y no solo ajustándose a los pacientes, sino también a las personas que viven de otra manera el padecimiento.

Por último, mencionar que la labor como psicólogo es un trabajo fundamental para la sociedad, el cual no solo consta de proporcionar información y atención, sino que también es de suma importancia mantenerse en constante actualización sobre la problemática en la salud, lo social, lo laboral y en aspectos culturales. Así mismo, ofrecer alternativas, que sean viables.

Referencias

- Acha, T. (2007). Aspectos generales del cáncer en la infancia. En *oncología infantil*. Jaén. Formación Alcalá.
- Adame, Ma. J (2009). Técnicas psicológicas para el manejo del dolor agudo en oncología pediátrica. En *Psicología de la salud infantil*. Oblitas. Bogota D.C. Colombia:Psicom.
- Aguirre, J. (2001). *La quimioterapia es el uso de medicamentos para tratar enfermedades. A pesar de que el nombre de quimioterapia podría emplearse para cualquier método químico de curación, actualmente se utiliza específicamente para describir los medicamentos utilizados en el tratamiento del cáncer* (Disertación licenciatura). Recuperado de TESIUNAM-tesis del sistema bibliotecario de la UNAM.
- Aldrate, J. A y Lujan, M. (2005). Clínica del dolor en el consultorio. En *medición del dolor*. México, Alfis, S.A de CV.
- Allende, S. (1999). Clínica del dolor. *Dolor en pacientes oncológicos*. 1ª edición. México. EDIMPLAS.
- American Cancer Society ACS (2014). *Cáncer de origen primario desconocido*. Recuperado el 29 de Marzo de 2016 de: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002285-pdf.pdf>.

Asociación Española contra el cáncer AECC (2011). *Radioterapia*. Recuperado el 21 de Abril de 2016 de: https://www.aecc.es/comunicacion/publicaciones/documents/guia_radioterapia_2011.pdf.

Asociación española contra el cáncer AECC (2015). *Quimioterapia*. Recuperado el 15 de Agosto de 2016 de: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/Tratamientos/Quimioterapia/Paginas/Quees.aspx>

Basler, H. (2008). *Dolor crónico de cabeza y de columna: programa de entrenamiento interdisciplinario*. 1ª edición. Argentina. Encuentro. (p.294).

Buzzy, (2016). *Distraction cards-monkeys* (español). Recuperado el 30 de agosto de 2016 de https://buzzyhelps.com/store/product_detail/distraction-cards-monkeys-espanol.

Camacho, J (2003). *El abc de la terapia cognitiva*. Recuperado el 30 de Agosto de 2016 de <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>.

Cárdenas, R. (2009). Leucemia aguda mieloblástica. En *rutas críticas en la evaluación y tratamiento de los niños con cáncer*. México, D.F. Textos Mexicanos.

Cárdenas, R. (2009). Linfoma no Hodgking. En *rutas críticas en la evaluación y tratamiento de los niños con cáncer*. México, D.F. Textos Mexicanos.

Castellanos, A. (2009). Osteosarcoma. En *rutas críticas en la evaluación y tratamiento de los niños con cáncer*. México, D.F. Textos Mexicanos.

Chico, P. (2002). Principios generales de la epidemiología del cáncer pediátrico. En *Oncología pediátrica*. México: Intersistemas, S.A. de C.V. Copyright.

Crespo, M y Labrador, F.J (2001). Evaluación y tratamiento del estrés. En *intervención psicológica y salud control del estrés y conductas de riesgo*. Madrid. Copyright by.

Ehrenzweig, Y. en Oblitas G. L., et al. (2010). Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. En *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: cengage learning, tercera edición.

Escudero, P, Martínez Y, Arias R y Barrios F. (2013). Epidemiología del cáncer y tendencias en una unidad médica de tercer nivel. En *Oncología tópicos selectos*. México: Alfis, S.A de C.V.

González, S. (2009). *Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving*. Revista de Toxicomanías. N°. 57.

Ministerio de Salud. Guía Clínica Leucemia en Personas Menores de 15 Años. Santiago: Minsal, 2014. Recuperado el 15 de Agosto de 2016 de: http://web.minsal.cl/sites/default/files/GPC_Leucemia_infantil.pdf.

Hernández, C. (2010). Infecciones del catéter. En *infección bacteriana en el niño con cáncer*. Madrid. Ergon.

Uribe, C. Amado, A. Ramírez, G y Alarcón, I. (2011). *Cáncer infantil en el Área Metropolitana de Bucaramanga, Colombia, 2003-2007*. *Med UNAB*, 14(2), 86-93.

Recuperado de: <http://132.248.9.34/hevila/Medunab/2011/vol14/no2/1.pdf>.

Fisioterapia (2016). *La escala facial de Wong y Baker*. Recuperado de: <http://fisioterapiasinred.com/escalas-unidimensionales-de-dolor/>

https://www.google.com.mx/search?q=escala+de+caras+de+wong-baker&espv=2&biw=1366&bih=667&site=webhp&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiq8Z7s9KbPAhVMzoMKHTEjA88Q_AUIBigB#imgrc=cxQmf_PTMsCVeM%3A

[https://www.google.com.mx/search?q=escala+de+caras+de+wong-baker&espv=2&biw=1366&bih=667&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwisticuTj_zOAhVY7GMKHbN8DiEQ_AUIBigB#tbm=isch&q=escala+visual+anal%C3%B3gic+a+\(eva\)&imgrc=PPzSNk0W35Z9SM%3A](https://www.google.com.mx/search?q=escala+de+caras+de+wong-baker&espv=2&biw=1366&bih=667&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwisticuTj_zOAhVY7GMKHbN8DiEQ_AUIBigB#tbm=isch&q=escala+visual+anal%C3%B3gic+a+(eva)&imgrc=PPzSNk0W35Z9SM%3A)

https://www.google.com.mx/search?q=escala+numerica+del+dolor&espv=2&biw=1366&bih=667&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjxy7q4jPzOAhVh7oMKHYQaBocQ_AUIBigB#imgrc=LOtuEc41YxLu3M%3A

La asociación española contra el cáncer. (2015). *Objetivos de la cirugía*, Recuperado el 14 de Agosto de 2016 de: <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/TRATAMIENTOS/CIRUGIA/Paginas/objetivosdelacirugia.aspx>

Labiano, M. (2010). Estrategias de mejoramiento de la calidad de vida. *Psicología de la Salud y calidad de vida*. (pp. 299- 336). México: *cengage learning*, tercera edición.

Leal, C. (2009). Retinoblastoma. En *rutas críticas en la evaluación y tratamiento de los niños con cáncer*. (pp. 127). México, D.F. Textos Mexicanos.

López, R. (2012). Tratamiento del dolor y cuidados paliativos. *Urgencias oncológicas en pediatría y terapia de soporte*. 2ª edición. Madrid. *ERGON*.

Mensajero de la salud (2014). *Cáncer en la infancia y adolescencia*. *Secretaría de salud del estado de Veracruz*, Recuperado el 30 Abril de 2016 de: <http://web.ssaver.gob.mx/saludpublica/files/2014/02/mensajero-CaInf.pdf>.

Merck, (1999). *Clínica del dolor*. México. Vol. 1 1ª edición EDIMPLAS.

Mucci, M. (2004). Historia e investigación de una práctica. En *psicoprofilaxis quirúrgica*. (pp. 45-48). Buenos aires. Paidós SAICF.

Mucci, M. (2004). Psicoprofilaxis quirúrgica. En *psicoprofilaxis quirúrgica*. (pp. 45-48). Buenos aires. Paidós SAICF.

Olaya, A. (2009). Linfoma de Hodgking. En *rutas críticas en la evaluación y tratamiento de los niños con cáncer*. (pp.63). México, D.F. Textos Mexicanos.

Payne, R (SA). Métodos físicos de relajación. En *técnicas de relajación*. (pp. 197-200). Barcelona. Paidotribo.

Payne, R (SA). Sistemas mentales de relajación. En *técnicas de relajación*. (pp. 225-229). Barcelona. Paidotribo.

Pérez, J y Gardey, A. (2012). *Definición de psicoprofilaxis*. Recuperado el 18 de Abril de 2016 de <http://definicion.de/psicoprofilaxis/>.

Puebla, F. (2005). *Tipos de dolor y escalas terapéuticas de la O.M.S. Dolor iatrogénico*. Recuperado 23 de Abril de 2016 de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/anestesiologia/tipos_de_dolor.pdf

Ramírez, L., y Domínguez, B. (2011). *Tratamiento psicológico del dolor por procedimientos en un paciente pediátrico oncológico*, 21 (1), 65-71. Recuperado de <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-21-1/21-1/Laura-Miriam-Ramirez-Zamora.pdf>

Rivera, R, y Niembro A Ma. (2009). Tumores del sistema nervioso central. En *rutas críticas en la evaluación y tratamiento de los niños con cáncer*. (pp.105). México, D.F. Textos Mexicanos.

Rivera, R. (1994). Principios generales de quimioterapia. En *diagnóstico del niño con cáncer*. (pp.27). Madrid. Copyright.

Rivera, R. (2002). Conceptos generales del cáncer Investigación en oncología pediátrica. En *oncología pediátrica*. (pp.3). México. Copyright.

Rivera, R. (2007). Rutas diagnósticas de las neoplasias malignas en pediatría. En *el niño con cáncer* (pp. 21). México, D. F. Textos Mexicanos.

Rivera, R. (2009). Leucemia aguda Linfoblástica. En *rutas críticas en la evaluación y tratamiento de los niños con cáncer*. (pp. 9-13). México, D.F. Textos Mexicanos.

Rodríguez, M., De armas, A., Sauto, S., Techera, S., Perillo, P., Suárez, A., y Berazategui, R. (2005). *Trabajo de investigación en psicoprofilaxis quirúrgica pediátrica*. Primera experiencia nacional, 76(1), 27-37. Recuperado de http://www.sup.org.uy/revistas/adp76-1/pdf/adp76-1_6.pdf.

Rojas. (2015). *¿ Qué son y para qué sirven los ejercicios psicoprofilácticos?*. Recuperado el 13 de Septiembre de 2016 de <http://blog.hospitalsanangelinn.mx/que-son-y-para-que-sirven-los-ejercicios-psicoprofilacticos>.

Romero, Ma. J, Muñoz A y Romero E. (2007). Efectos secundarios de la terapia oncológica. En *oncología infantil*. (pp. 103). Jaén. Formación Alcalá.

Rubiano, J. (2010). Epidemiología del cáncer. En *fundamentos de oncología*. (pp. 15). México. U del valle.

Shalkow, J., Ketrin, S., Castro, L.E., Esparza, M., Carrillo, R.M., Cortés, J.M.,... Cardona, A.F. (2012). *Secretaría de salud subsecretaría de prevención y promoción de la salud centro nacional para la salud de la infancia y la adolescencia Dirección de Prevención y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia Boletín de Información de Cáncer en Niñas (os) y Adolescentes con cáncer 2008 a 2012*, 1-487. Recuperado de <http://censia.salud.gob.mx/contenidos/descargas/cancer/BoletinNacionalCancer2014.pdf>

Tercero, G. (2009). Psicoprofilaxis hospitalaria y quirúrgica. *Psicología de la salud infantil*. (pp.63-64). Bogota D.C. Colombia. Psicom.

Tercero, G., Hernández, A., Roque, M., Chartt, RM., De la Torre, C., Verduzco, A.,...

Fuentes, V. (2011). *Efectos de la psicoprofilaxis quirúrgica en los niveles de ansiedad de pacientes pediátricos sometidos a adeno y/o amigdalectomía*, vol. III, 24-29.

Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2011/imi111e.pdf>

Uribe, C.J., Amado, A.M., Zambrano, G., y Alarcón, I. (2011). *Cáncer infantil en el área*

Metropolitana de Bucaramanga. MedUNAB, 14 (2), 86-93. Recuperado de

<http://132.248.9.34/hevila/Medunab/2011/vol14/no2/1.pdf>

Vasallo, V., Arjona, S., Fernández, Y., Rondón, J., y Quevedo, L. (2013). *Dolor crónico o*

persistente. Rev cuba anestesiol y reanim, 12 (1). Recuperado de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182013000100002

Vázquez I. (SA). Técnicas de control de la respiración. En *técnicas de relajación y*

respiración. (pp. 109-110). Madrid. SÍNTESIS.

Velázquez, N. Vázquez, L.G, y Alvarado, S. (2009). ANSIEDAD ASOCIADA AL

DOLOR AGUDO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS. Instituto Nacional de

Cancerología de México.

Villafaña, T. J. J., Pérez, C. L., Delgado, Á. J. C. (2013). Manejo del dolor y cuidados

paliativos. *Oncología tópicos selectos*. México: Alfis, S.A de C.V.

Woodruff, R. (1998). Definiciones, clasificaciones y causas. *Dolor por cáncer*. Australia:
Copyright.

Anexos

Anexo 1.

Instrumento de medición para la evaluación del dolor. Escala EVA complementada con escala facial del dolor de Wong-Baker.

Folio: _____ Fecha de aplicación: _____

Nombre: _____ Sexo: F M Edad: _____

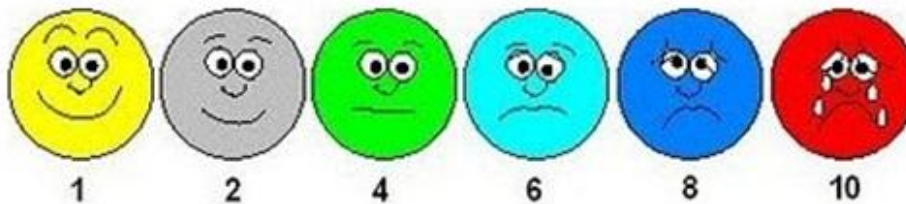
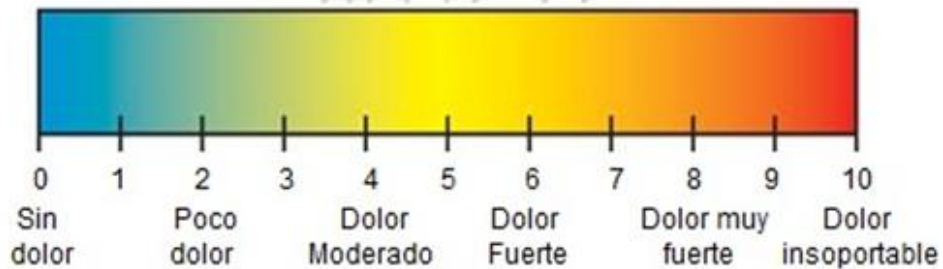
Procedencia: _____ Escolaridad: _____

Fecha de diagnóstico: _____ Diagnóstico: _____

Número de expediente: _____ Tratamiento al que se somete: _____

Con _____ Sin _____ Psicoprofilaxis.

Escalas de dolor



Anexo 2.

Tarjetas de distracción cognitiva.

