

## Preparación psicológica basada en la información: manejo de la ansiedad en pediatría oncológica ☐

Psic. Ana Berenice Gálvez López,\* Dr. José Méndez Venegas,\*\* Mtro. Carlos Martínez López\*\*\*

### RESUMEN

**Antecedentes:** La respuesta emocional negativa más frecuente durante la hospitalización y el tratamiento de las neoplasias infantiles es la ansiedad. La preparación psicológica es todo tipo de actuación que tiene como objetivo principal mejorar el estado emocional del niño como consecuencia de su ingreso al hospital. La preparación psicológica basada en la información (PPBI) consiste en proporcionar y esclarecer conocimientos relacionados a los aspectos médicos, sociales y psicológicos de la enfermedad y la hospitalización. El presente estudio examina la influencia de la preparación psicológica basada en la información para reducir la ansiedad de niños con cáncer.

**Materiales y Método:** La investigación se realizó en 30 pacientes con cáncer de 8 a 17 años de edad que ingresaron al Instituto Nacional de Pediatría. Se utilizó un diseño experimental de grupo control pretest – postest, en el que el grupo experimental recibió preparación psicológica basada en la información. Para evaluar el grado de ansiedad del paciente ante las tensiones dentro del hospital, se empleó la "Escala de apreciación de miedos del hospital", de Melamed y Siegel <sup>35</sup>.

**Resultados:** El grupo que recibió la preparación tuvo menor puntuación de ansiedad con una  $p > 0.05$  (sig. 0.023)

**Conclusiones:** Los resultados indican que preparar psicológicamente a los niños con cáncer empleando la información, reduce la ansiedad que se presenta durante la fase inicial de la enfermedad.

**Palabras clave:** Preparación psicológica basada en la información, ansiedad, pacientes pediátricos oncológicos, Escala de apreciación de miedos del hospital.

### ABSTRACT

**Background:** One of the most frequent negative emotional responses during hospitalization and treatment of children with cancer is anxiety. Psychological preparedness consists of any action whose main objective is to improve the patient's emotional condition resulting from his/her hospitalization. Psychological preparedness based on information consists on providing and elucidating knowledge related to medical, social and psychological aspects of the disease and hospitalization. The present study examines the influence of psychological preparedness based on information with the purpose of reducing anxiety of patients with cancer.

**Materials and Method:** Thirty patients with cancer 8 to 17 years of age from the Instituto Nacional de Pediatría (National Institute of Pediatrics) were the subject of this investigation. An experimental design of a control pretest-posttest group was used; the experimental group received psychological preparedness based on information. The degree of anxiety of the patients confronting different hospital stressful situation was measured with the "Hospital Fears Rating Scale", of Melamed and Siegel.

**Results:** A decrease of anxiety was reported in the group who received preparedness. A  $p > 0.05$  (sig. 0.023) was obtained.

**Conclusions:** These results indicate that preparing the cancerous children psychologically using information, reduces anxiety during the initial phase of the illness.

**Key words:** Psychological preparedness based on information, anxiety, pediatric oncological patients, Hospital Fears Rating Scale.

☐ Primer lugar en Trabajos Libres en el Congreso Nacional de Psicología de la Salud. Monterrey, N.L. 2002  
\* Fac. de Psicología. UNAM  
\*\* Instituto Nacional de Pediatría  
\*\*\* FES Zaragoza, UNAM

Correspondencia: Dr. José Méndez Venegas. Instituto Nacional de Pediatría. Insurgentes Sur 3700-C. Col. Insurgentes Cuicuilco. México 04530 D.F.

josemv@servidor.unam.mx

Recibido: octubre, 2004. Aceptado: enero, 2005.

**E**n pediatría ha ocurrido un incremento de padecimientos oncológicos; la mortalidad por cáncer ha aumentado en 20.3% en los últimos 20 años.<sup>1</sup> Desafortunadamente, desde el punto de vista terapéutico, las drogas antineoplásicas, por poderosas que sean, son incapaces de destruir totalmente un tumor con una sola dosis; por lo que se requiere el uso constante de recursos médicos <sup>2</sup>, así como hospitalizaciones repetidas y prolongadas que producen malestar. El estrés que el niño experimenta durante la hospitalización, es el

resultado de la exposición al entorno, a los procedimientos, las normas, el material, las rutinas y la gente con los que no está familiarizado y no comprende.<sup>3</sup> Durante esta experiencia, otro factor de estrés es la separación de los padres y un entorno extraño no familiar; las pruebas diagnósticas, la administración de anestesia y la cirugía.<sup>4</sup> Hay factores de estrés (estresores) adicionales, como el aislamiento al que es sometido el paciente, el modo en el que se le recibe y su adaptación a las normas hospitalarias.<sup>5</sup>

Durante la estancia en el hospital además, se incluyen el dolor y el malestar asociados a las exploraciones y los procedimientos, técnicas diagnósticas u operatorias que necesitan penetrar en el tejido o invadir algún orificio corporal (inyecciones, endoscopia, cateterización, punción lumbar, aspirado de médula ósea, etc.) que suelen ser una fuente muy importante de estrés para un niño mal preparado<sup>6</sup>.

Por estas razones, a las acciones de un equipo médico multidisciplinario se agregan los factores psicosociales. En este sentido, surge la necesidad de la Psicooncología, disciplina dedicada al estudio científico del paciente con cáncer, cuyo objetivo central, es el cuidado psicosocial del paciente oncológico y de su familia, para coadyuvar con el equipo médico-oncológico en el abordaje y manejo de los aspectos psicosociales que afectan al paciente con cáncer y a su familia.<sup>7</sup>

Las emociones, calificadas como negativas -en este caso la ansiedad- se han considerado como una de las variables a tratar y controlar en el nuevo concepto de salud, por el papel que juegan como factores de riesgo para abandonar el tratamiento, para la exacerbación de la enfermedad o para ambos problemas.<sup>8</sup>

Estos mismo patrones de conducta y la reacción emocional se han observado en los últimos años en el servicio de oncología del INP. Por esta razón el plan asistencial incluye como principal esquema de manejo para los pacientes que inician un tratamiento oncológico, proporcionarles información y apoyo emocional para favorecer su aceptación del tratamiento y de esa forma disminuir la probabilidad de abandonarlo.

## ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Dentro de los hospitales, los niños con enfermedades crónicas, -como el cáncer- sufren alteraciones

psicológicas y de conducta que, aunadas a los avances en la tecnología biomédica, generan una "nueva morbilidad" de patologías psicológicas.<sup>9</sup> Diversos autores concuerdan en que la ansiedad es la respuesta emocional negativa más común ante el cáncer y la hospitalización.<sup>10, 11, 12, 13</sup>

Miguel Tobal y col.<sup>8</sup> definen la ansiedad como una respuesta emocional, o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos, fisiológicos y motores, que suelen generar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser causada por estímulos externos o situacionales, como por estímulos internos del sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el paciente como situaciones peligrosas y amenazantes. El tipo de estímulo capaz de evocar la respuesta de ansiedad obedece en gran medida a las características del sujeto. En resumen, considerada como un fenómeno (constructo) multidimensional, la ansiedad se define como un estado emocional desgradable, con manifestaciones físicas, cognitivas y conductuales variables de un niño a otro.<sup>14</sup>

Otra dificultad en el diagnóstico psicológico de pacientes con cáncer, es que las condiciones biológicas de la enfermedad pueden "mimetizarse" con la ansiedad. Entre estas condiciones se incluyen el dolor incontrolable, los desórdenes metabólicos (como hipoxia e hipoglicemia), la hemorragia interna, el empleo de fármacos (por ejemplo; los esteroides pueden causar ansiedad; los antipsicóticos pueden causar inquietud física y mental) y sus combinaciones (alcohol, opioides, benzodiazepinas). Asimismo, los tumores secretores de hormonas y la tirotoxicosis pueden causar síntomas idénticos a los de la ansiedad.<sup>15</sup>

En este sentido, la ansiedad experimentada por los pacientes con cáncer puede ser situacional, secundaria al tratamiento o a la exacerbación de un trastorno de ansiedad persistente.<sup>7</sup> Tanto la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10)<sup>16</sup> como el Manual de Diagnóstico Estadístico (DSM-IV) en su versión revisada<sup>17</sup> incluyen el trastorno adaptativo con el estado de ánimo ansioso o mixto. La mención de éste parece bastante acertada. Se define como la aparición de síntomas emocionales o de comportamiento en respuesta a un estresante identificable

dentro de los tres meses de haberse producido. Cabe mencionar que aunque las reacciones de adaptación no se consideran como un trastorno mental, y pese a que éstas generalmente disminuyen con el tiempo, pueden producir un sufrimiento adicional significativo en muchos pacientes con cáncer.<sup>15</sup>

Además de los problemas de diagnóstico, hay que considerar la adaptación represiva como lo señalan los estudios en niños con cáncer de Phipps y cols.<sup>18, 19</sup>. Ésta consiste en bajos niveles en las puntuaciones de los autoreportes de angustia (distrés) emocional, incluso más bajas que en niños sanos. Estos datos indican que posiblemente los pacientes pediátricos oncológicos aparentan un menor nivel de ansiedad, cuando en realidad este nivel es mayor.

En relación a la ansiedad en pacientes pediátrico-oncológicos, Mesa<sup>11</sup> señala que las alteraciones emocionales deben ser consideradas desde el punto de vista del modelo de un “continuo” en psicopatología, puesto que se trata de reacciones emocionales ante un estrés conocido, que son transitorias en su mayoría y que supuestamente no deben dejar secuelas. Este autor opina que deben diagnosticarse dichas alteraciones como trastornos de adaptación (adaptativos) o reacciones de ajuste, por cuanto este concepto se refiere a todo proceso en virtud del cual una persona tiene que acomodarse o adaptarse a las nuevas circunstancias. En consecuencia, un trastorno psicológico (ansiedad) sería, para el caso del cáncer en niños y adolescentes, cualquier problema de comportamiento, a corto o largo plazo, derivado de las reacciones adversas al estrés de la hospitalización y de las diversas intervenciones médicas a que se ve sometido el paciente.

En la mayoría de los casos, los pacientes obtienen sólo parte de la información hablando con enfermeras y auxiliares; mirando sus expedientes clínicos, etc. Otros pacientes buscan información de la forma más diversa: interpretando gestos, miradas y palabras. En consecuencia, reúnen y ensamblan un conjunto de conceptos contradictorios, parciales y hasta equivocados.<sup>20</sup>

Cabe señalar que la información sobre la enfermedad no conduce de modo automático a una comprensión mayor del fenómeno, sino que entre esa información y la estructura conceptual del niño tiene

lugar una interacción que se produce de un modo diferente según las estructuras de que disponga el sujeto en cada momento de su desarrollo.<sup>21</sup>

Partiendo de la posibilidad de que los niños enfermos presentan conceptos de enfermedad más sofisticados que los niños sanos, Kury y cols.<sup>22</sup> evaluaron los conceptos de enfermedad en una muestra de pacientes pediátricos. Encontraron que la sofisticación de estos conceptos no aumenta en función de la duración de la condición médica, historial de hospitalización, o alteración de la calidad de vida. También observaron que estos conceptos de enfermedad se hacen cada vez más complejos conforme el niño va creciendo. Por esta razón, los autores señalan al personal de salud que los niños con experiencias médicas previas no comprenden cabalmente la naturaleza de su condición médica ni tienen una comprensión sofisticada de su causa.

Se asume la importancia de la representación cognitiva acerca de la enfermedad si se considera que se acompaña de una emoción cuando es una situación de crisis. Lau<sup>23</sup> propone que estas emociones pueden ser resultado directo de los síntomas que propiciaron la representación cognitiva inicial; por ejemplo, el dolor puede acompañarse de miedo o depresión; o puede ser consecuencia de la interpretación inicial; por ejemplo, el diagnóstico de cáncer puede causar temor a mucha gente.

#### **LA PREPARACIÓN PSICOLÓGICA BASADA EN LA INFORMACIÓN (PPBI)**

Para mejorar la calidad de vida, la preparación psicológica en el campo de la psicología de la salud aplicada a niños es según Ortigosa y cols.<sup>24</sup> “todo tipo de actuación que tiene como objetivo aliviar el estado emocional del niño y de los padres como consecuencia del ingreso en el hospital”. Aunque podría ser innecesario preparar a todos los niños que ingresan a un hospital, la preparación es especialmente útil cuando las estancias hospitalarias son frecuentes o largas; cuando las intervenciones médicas son de alto riesgo o muy invasivas; cuando se altera alguna parte del cuerpo, como una mutilación, la pérdida de cabello por quimioterapia; cuando las experiencias médicas previas fueron negativas, o los pacientes presentan

fobia médica; cuando hay problemas de relación personal o ansiedad excesiva por la separación de la familia.<sup>24, 25</sup> En los pacientes de oncología pediátrica todos los apartados anteriores son experimentados en alguna etapa del tratamiento, lo que justifica la necesidad de un programa de información.

De L’Horne et al.<sup>26</sup> opinan que para maximizar la efectividad de la comunicación, los médicos y otros profesionales de la salud necesitan saber cómo se valora emocionalmente a un paciente y cómo comunicarse con él para reducir la ansiedad y la ignorancia; así se logra que el paciente adquiera conocimiento y habilidades que optimicen los resultados.

Por las razones anteriores, y la experiencia lograda en los últimos ocho años, estamos de acuerdo con Bibace y cols.<sup>27</sup> quienes señalan que conocer e interpretar el significado que tiene la enfermedad para el paciente, fomenta la empatía, facilita la explicación de la enfermedad y los procedimientos médicos, y contribuye a la educación relativa a la salud.

Reynolds<sup>28</sup> indica que para manejar la información que habrá de darse al paciente, se debe tener un plan antes de iniciar la entrevista con el niño y sus padres. Esto requiere la revisión del expediente clínico, que dará una guía. Se debe dar al paciente el control sobre la cantidad de información que recibe y el tiempo para hacerlo. Hay que permitir que el paciente tome tiempo para integrar la información. Se deben suavizar las malas noticia, dando buenas noticias o dando una esperanza. Nunca debe decírselle una mentira.

Profundizando en la transmisión de información en niños, Méndez y cols.<sup>24</sup> señalan que para la información oral a niños hospitalizados es conveniente:

- (a) Evitar las explicaciones largas, complicadas y demasiado técnicas; evitar dar mucha información en poco tiempo.
- (b) Ser muy conscientes de que la entrevista es con un niño y no un adulto.
- (c) Utilizar muchos ejemplos clarificadores.
- (d) Asegurarse de la cantidad de información que retiene el paciente.

Sobre el apartado c, Stabler<sup>9</sup> dice que clarificar la información para los niños con cáncer requiere conocer su fase de desarrollo; debe hacerse con una presentación multimodal, es decir, en forma de videos,

caricaturas, dibujos, etc. para facilitar la comprensión y seguimiento del paciente.

Pedroche y cols.<sup>29</sup> definen la Preparación psicológica basada en la información, como *la explicación acerca de la hospitalización y la enfermedad que puede referirse a procedimientos, sensaciones físicas que éstos producen, la enfermedad, e instrumental y/o la conducta del sujeto*. Además, es un elemento importante que facilita la adaptación del niño, tiene valor terapéutico y puede aliviar las preocupaciones que enfrentan los pacientes en una situación médico-hospitalaria temida.<sup>30</sup>

La PPBI para reducir la ansiedad de los niños puede dividirse en dos grupos:<sup>29</sup>

1º. Intervención centrada en el problema. Está dirigida al tipo de terapéutica o procedimiento médico al que va a ser sometido el paciente.

2º. Intervención centrada en la emoción para dotar al sujeto de estrategias que le permitan afrontar el estrés. Este tipo de intervención se refiere a las respuestas afectivas de los pacientes ante el diagnóstico y el tratamiento y ante los modos de afrontar estas situaciones.<sup>31</sup>

Independientemente del tipo y contenido de la información manejada, Cohen y cols.<sup>32</sup> señalan que la naturaleza (calidad) de la interacción con el paciente puede ser aún más importante que la información específica que se proporcione.

La PPBI es una intervención psicológica que ayuda a mejorar la calidad de vida de los pacientes.<sup>5,13,33,34</sup> Difiere de otro tipo de información proporcionada al niño o al adolescente porque considera el nivel cognitivo del paciente y facilita los diferentes aspectos de conducta (conductuales) y emocionales que pueden influir para aumentar la comprensión del niño o el adolescente ante la enfermedad y la hospitalización. Tal diferencia consiste por una parte en plantear el motivo de los estudios; por otra, la razón para estar hospitalizado, hecho que generalmente genera enojo y problemas de ajuste o adaptación, que deben valorarse en forma cuantitativa.

## MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo, longitudinal, comparativo y experimental, con diseño experimental de grupo

control pretest-postest. En atención al objetivo, el tipo de estudio y diseño de investigación, se formaron dos grupos de forma aleatoria:

Grupo 1: Veinte pacientes a quienes se proporcionó preparación psicológica basada en la información (Grupo experimental o de intervención).

Grupo 2: Diez pacientes que no recibieron la preparación psicológica basada en la información (Grupo control).

Se obtuvieron medidas para ambos grupos en dos momentos (M) diferentes:

M1: Primera entrevista durante el primer ingreso del paciente al hospital.

M2: Segunda entrevista durante el segundo ingreso del paciente al hospital.

Los niños se estudiaron del 1º de marzo de 2002 al 1º de agosto de 2003. Se hospitalizaron en el Servicio de Oncología por primera vez. Su edad iba de ocho a 17 años; sabían leer y escribir. Sus padres autorizaron su participación en el estudio, mediante una carta de consentimiento informado.

Se excluyeron los pacientes con tumor del sistema nervioso, con retraso mental; quienes tenían un padecimiento que impedía contestar las evaluaciones. Se eliminaron 19 pacientes que no finalizaron las aplicaciones de los instrumentos ni el tratamiento.

La variable independiente (VI) fue la PPBI, que se empleó al ingreso del niño al hospital, con el propósito de observar los efectos que producía sobre la ansiedad o variable dependiente (VD).

Adicionalmente, se evaluó la cognición del niño sobre su enfermedad, como variable organísmica, es decir, que el niño entienda su enfermedad desde un punto de vista orgánico, lo que podía influir en la investigación. Se consideraron otras variables que pudieran ser útiles para el análisis epidemiológico: tipo de neoplasia, género, lugar de procedencia, escolaridad, tipo de familia, nivel socioeconómico y edad.

### **Instrumentos**

a) "La escala de apreciación de miedo del hospital" de Melamed y Siegel<sup>35</sup> traducida por Palomo.<sup>3</sup> Es una medida de autoinforme que consta de 25 ítems que representan diferentes estresores hospitalarios. Se pide al niño elegir el grado de malestar que le produce cada

ítem con una escala tipo Likert de 0 = nada de miedo a 4 = muchísimo miedo.

b) Una entrevista elaborada por Rubovits y cols. (traducida),<sup>36</sup> que analiza la cognición del niño en aspectos relacionados a la enfermedad, consta de 11 preguntas abiertas relacionadas con su enfermedad: etiología, tratamiento de la enfermedad y prevención. Las respuestas se codifican en un continuo que va de 0 (responder "no sé") a 7 (articular un principio general o realizar una integración compleja de ítem) diseñados para reflejar el nivel de complejidad o sofisticación.

### **Materiales**

Se elaboraron dos trípticos para la explicación de aspectos relacionados con la enfermedad y la hospitalización, que el psicólogo haya utilizado como guía para proporcionar la información, la cual se adaptó de acuerdo a la situación, cooperación y comprensión de la información que da el niño.

### **RESULTADOS**

El 40% de los pacientes sufría sarcomas, principalmente osteosarcoma y rhabdomiosarcoma. El 23.3% tenía hepatoblastoma. Las leucemias y los linfomas fueron de 16.7% y 13.3% respectivamente. Otro tipo de tumores eran el 6.7%.

El 50% fue del sexo femenino. El 56.7% procedía de diversos estados de la República Mexicana. El 43.3%, del Distrito Federal o del Estado de México.

Escolaridad. De 4º de primaria a 3º de secundaria; en cada grado escolar el porcentaje fue 13.3%. El 6.7% fue para los niveles de 3º de primaria y 1º de preparatoria. Los niveles de 2º de primaria y 2º de preparatoria fueron 3.3% cada uno.

El 93.35% de los padres encuestados tenía una familia funcional, en el 70% de ellas están integradas; el 23.3%, divorcio o separación. El 6.6% era de familias disfuncionales, integradas o no.

La mitad de los pacientes pertenecen a un nivel socioeconómico pobre; 43.3%, de nivel socioeconómico medio; 6.7%, de pacientes con nivel socioeconómico alto.

La media de edad de los pacientes fue 12.1, con desviación estándar de 2.22. La edad más frecuente de los pacientes fue de 11 años (23.3%); le siguen pacientes de 14 (20%) y 12 años (13.3%).

Se calcularon coeficientes de correlación para explicar numéricamente el grado y la dirección de la relación entre las diferentes variables que intervienen en el estudio; se empleó el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson. Las correlaciones más altas se hallaron entre cogniciones postest totales y prevención ( $r = 0.886$ , sig .000); entre cogniciones pretest totales y prevención de la enfermedad ( $r = 0.854$ , sig .000); entre ansiedad pre y postest ( $r = 0.837$ , sig .000) y entre cogniciones postest totales y cognición acerca del tratamiento ( $r = 0.806$ , sig .000).

Para comparar los grupos control y experimental, se utilizó la prueba t de student para muestras independientes. Se pudo observar si existieron diferencias entre las puntuaciones medias de ambos grupos (Cuadro 1). En el análisis pretest, ambos grupos no difieren de manera significativa en sus puntuaciones medias de ansiedad; fue de 22.5 para el grupo control y 19.4 para el grupo experimental. En las puntuaciones del análisis postest, se obtuvo una  $p < 0.05$ . El valor de t es igual a 2.410, lo cual indica una diferencia significativa de 0.023 (Cuadro 2).

Empleando la prueba t para muestras independientes, en el análisis de las cogniciones de la enfermedad (etiología, tratamiento y prevención), no hubo diferencias significativas entre los grupos control y experimental; tampoco entre las puntuaciones del grupo control y el grupo experimental en

la medición postest de las cogniciones de la enfermedad en los apartados de etiología y tratamiento.

Se realizó un análisis multidimensional para observar si la ansiedad puede ubicarse en una dimensión independiente a la cognición de la enfermedad (Figuras 1 y 2). Tanto en el pretest como en el análisis postest, la ansiedad se ubica por separado (cuadrante derecho en ambos mapas) y a distancia de la cognición de la enfermedad. La cognición de la enfermedad y sus subtipos (etiología, tratamiento y prevención) aparecen en una misma dimensión (cuadrante izquierdo en ambos mapas). También se observa que las cogniciones se presentan por pares: cognición etiología-tratamiento por un lado, y cognición prevención-puntuación total por el otro.

## DISCUSIÓN

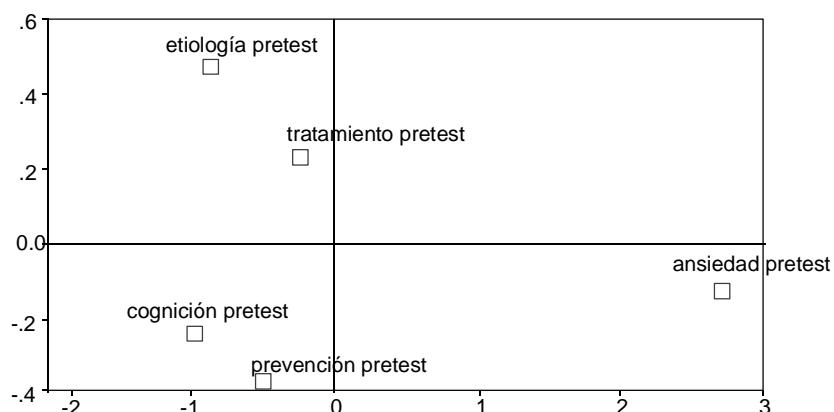
En este estudio, la prueba t en el análisis estadístico, mostró que el grupo experimental que recibió PPBI, redujo significativamente sus niveles de ansiedad (sig. = 0.02) a diferencia del grupo control, que mantuvo los mismos niveles de ansiedad (pretest = 22.5; postest = 22.6). En el análisis estadístico pretest, no hubo diferencias significativas entre ambos grupos. Estos datos concuerdan con los resultados de otros estudios.<sup>35,37-39</sup>

**Cuadro 1.** Puntuaciones medias de las variables estudiadas

	Condición experimental	N	Media
Ansiedad Pretest	Control	10	22.5
	Experimental	20	19.4
Ansiedad Postest	Control	10	22.6
	Experimental	20	14.1
Etiología Pretest	Control	10	5
	Experimental	20	4.75
Tratamiento Pretest	Control	10	4.4
	Experimental	20	4.7
Prevención Pretest	Control	10	4.7
	Experimental	20	4.6
Cognición Pretest	Control	10	4.697
	Experimental	20	4.681
Etiología Postest	Control	10	5
	Experimental	20	5
Tratamiento Postest	Control	10	4.8
	Experimental	20	4.8
Prevención Postest	Control	10	4.8
	Experimental	20	4.95

**Cuadro 2.** Prueba t para comparar las medias

		<i>t</i>	sig. (2 colas)	Diferencia entre medias
Ansiedad Pretest	Varianzas iguales asumidas	0.882	0.385	3.1
Ansiedad Postest	Varianzas iguales asumidas	2.41	0.023	8.5
Etiología Pretest	Varianzas iguales asumidas	1.094	0.283	0.25
Tratamiento Pretest	Varianzas iguales asumidas	-1.595	0.122	-0.3
Prevención Pretest	Varianzas iguales asumidas	0.458	0.651	0.1
Cognición Pretest	Varianzas iguales asumidas	0.106	0.916	0.016
Etiología Postest	Varianzas iguales asumidas	0	1	0
Tratamiento Postest	Varianzas iguales asumidas	0	1	0
Prevención Postest	Varianzas iguales asumidas	-0.578	0.568	-0.15

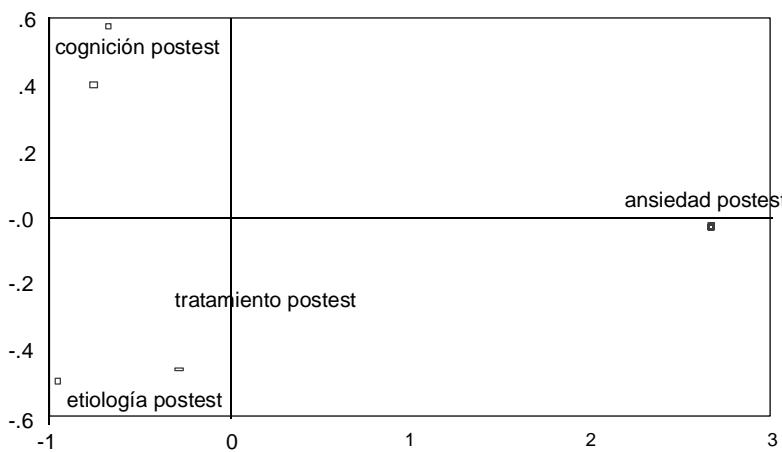
**Figura 1.** Mapa dimensional pretest.

Las puntuaciones bajas en la evaluación de la ansiedad de ambos grupos son similares a las obtenidas por Zastowny et al.<sup>40</sup> y Ortigosa et al.,<sup>39</sup> en donde ninguno de los grupos estudiados, tuvo puntuaciones pretest con altos niveles de ansiedad. En este punto, cabe considerar los estudios realizados previamente acerca de la adaptación represiva<sup>18,19</sup>.

Desde la perspectiva cognitivo-conductual, la ansiedad se define como un modelo (constructo) multidimensional (físico, cognitivo y emocional). Los criterios diagnósticos para definir a la ansiedad en el campo de acción de la psicooncología pediátrica, son precisos al observar que si bien sus manifestaciones

podrían ser consideradas dentro de trastornos específicos del estado de ánimo (ansiedad), el primer parámetro de diagnóstico es la presencia de un trastorno de ajuste o una reacción adaptativa. Esta observación parte del juicio lógico de que el cáncer es un evento estresante; por lo tanto, toda manifestación emocional debe contemplarse dentro de este criterio.

Los gráficos obtenidos en el análisis multidimensional indican que la ansiedad se encuentra en una dimensión que no se relaciona con el nivel de conceptualización de la enfermedad, con todos sus elementos: etiología, tratamiento y prevención. Estos resultados son semejantes a los de otros estudios,<sup>21,22</sup>



**Figura 2.** Mapa dimensional postest.

a saber, que las cogniciones de enfermedad de los pacientes pediátricos no cambian a un nivel superior de conceptualización de la enfermedad en función de su cantidad o calidad de experiencias médicas durante el tratamiento. Lo anterior lleva a considerar que el desarrollo cognitivo de los conceptos de enfermedad, no es paralelo a los estadios del desarrollo. Sin embargo, tales cogniciones evolucionan de forma espiral y no lineal.

En este punto White<sup>41</sup> considera que al proporcionar terapia cognitivo conductual a pacientes oncológicos, la manera de dar las noticias al paciente con cáncer debe ser evaluada, debido a que la comprensión que manifieste el niño puede ser muy significativa en relación a la formación o activación de creencias acerca de la enfermedad y del personal de salud. Así, el mecanismo cognitivo conductual sugerido, propone que la PPBI produce su efecto al reducir el desequilibrio entre expectativas y experiencias y esto disminuye la ansiedad y otras respuestas emocionales negativas.<sup>31</sup>

Dos observaciones cualitativas encontradas durante la investigación, merecen consideración. Primera. Al solicitar el consentimiento de los padres, se observó que reaccionaban favorablemente ante la idea de que su hijo tuviera una orientación especializada de su enfermedad. Segunda. Paradójicamente, los padres manifiestan ansiedad y temor de que su hijo conozca aspectos relacionados a su enfermedad. Cuando se investigó qué conocimientos tenían los pacientes sobre su enfermedad o el hospital, se observó que la mayoría

de ellos conocen el nombre de su neoplasia y aspectos relacionados con ésta.

En el caso de niños muy pequeños, esta situación puede no ser importante; pero para los de ocho años en adelante se observa una subestimación de los padres y del equipo de salud sobre los conocimientos que el niño puede obtener en el medio hospitalario. Lo más importante, es que todo lo que el niño escucha y ve puede conducir a creencias distorsionadas acerca del hospital y el cáncer, y a la desadaptación, lo que dificulta la etapa de adaptación y coloca al paciente en una situación más vulnerable para sufrir trastornos emocionales y conductuales; en consecuencia, dificulta la adhesión al tratamiento médico.

## CONCLUSIONES

La preparación psicológica basada en la información (PPBI) es una buena estrategia de manejo terapéutico para reducir los niveles de ansiedad de los pacientes con cáncer. Uno de sus principales beneficios es propiciar una relación de confianza con el paciente y sus familiares. Las principales características benéficas de la información para reducir la ansiedad son: utilizar la comunicación, emplear estrategias diseñadas previamente en el área de la salud para tales fines, considerar el tipo de preparación; tener en cuenta los factores que influyen en la transmisión de información a los pacientes y dar la PPBI de acuerdo a las necesidades de cada paciente.

Una motivación por la cual el psicólogo debe proporcionar la PPBI al paciente con cáncer, es el aspecto humano. Autores como Gómez Sancho,<sup>42</sup> se han abocado a la tarea de considerar y difundir este tipo de comunicación como un acto humano, ético y legal (en ese orden), ya que fuera de una actividad profesional, en el campo de los servicios de salud, es primordial comprender que la atención va a dirigida a un ser humano con emociones y deseos y en consecuencia, esta manera de conceptualizar la comunicación debe ser la primera pauta de interacción con el niño o el adolescente.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rivera LR. Panorama del niño con enfermedades malignas en México. *Acta Pediatr Mex* 2003; 24(4):217–219.
2. Rivera LR. El concepto del diagnóstico de cáncer en la infancia. Madrid, Mosby/Doima, 1994;pp3-17.
3. Palomo BMP. El niño hospitalizado. Características, evaluación y tratamiento. Madrid. Pirámide, 1994.
4. Brannon L, Feist J. Seeking Health Care. Nueva York. Books/Cole Pub. Co. 1997;pp158–86.
5. Lizasoain O, Polaino-Lorente A. Un ejemplo en el ámbito de la pedagogía hospitalaria: los programas de preparación para la hospitalización infantil. Madrid. Narcea, 1990;pp121-46.
6. Valdés C, Florez A. El niño ante su hospitalización: principales agentes estresantes. *Rev Psiq Fac Med Barc* 1992;19(5):201-9.
7. Almanza MJJ. Psico–oncología: el abordaje psicosocial del paciente con cáncer. *Rev Neurol Neurocir Psiq* 2001;1994–2001:35–43.
8. Miguel–Tobal JJ, Casado MI. Ansiedad: aspectos básicos y de intervención. Barcelona. Ariel, 1999;pp91–124.
9. Stabler B. Perspectives on Chronic Health Problems. Nueva Jersey, Lawrence Erlbaum Associates Ed. 1998;pp251-63.
10. Beneit MPJ. Aspectos psicológicos del cáncer. Buenos Aires. Lumen, 1991;pp239– 55.
11. Mesa PJ. Consecuencias psicológicas y psicopatológicas de la hospitalización en la infancia. Murcia. Murcia Universidad – Secretariado de Publicaciones, 1991;pp213–36.
12. Moix QJ. El papel del psicólogo: formación y asesoramiento a profesionales y colectivos hospitalarios. Madrid. Biblioteca Nueva, 2000;pp175-95.
13. Pérez PFJ. Respuestas emocionales, enfermedad crónica y familia. Barcelona, Ariel, 1999;pp301–24.
14. Solloa GLM. “Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia”. Ed. Trillas, México 2001;pp189–227.
15. Barraclough J. Cancer and Emotion. 3<sup>a</sup> Ed. Wiley, Inglaterra 2000.
16. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de Enfermedades. 10<sup>a</sup> ed. OMS, Madrid 1992.
17. Asociación Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4<sup>a</sup> ed. rev. Masson, Barcelona 2002.
18. Phipps S, Kumar SD. Repressive adaptation in children with cancer. *Health Psych* 1997;16(6):521-8.
19. Phipps S, Steele RC, Hal K, Leigh L. Repressive adaptation in children with cancer: a replication and extension. *Healt psych* 2001;20 (6):445-51.
20. Rodríguez MJ, Zurriaga LR. Estrés, enfermedad y hospitalización. Escuela Andaluza de Salud Pública 1997.
21. Del Barrio MC. La comprensión infantil de la enfermedad: un estudio evolutivo. *Anthropos*, Barcelona 1990.
22. Kury SP, Rodríguez JR. Concepts of illness causality in a pediatric sample. *Clin Ped* 1995;34(4):178-82.
23. Lau RR. Cognitive Representations of Health and Illness. Plenum Press, Nueva York 1997;pp51–69.
24. Ortigosa QJM, Méndez CFX. La hospitalización infantil. Biblioteca Nueva, Madrid 2000;pp19–30.
25. Iñón A, Acha O, Komar D, De Lellis M, Valdata N, Iachino C, Fernández A M, Mandelbaum S, Bakalarz, B, Marantz P, Croxato C. Recomendaciones para la evaluación y preparación quirúrgica en pediatría. *Rev Arg Anest* 1998;56: 395-419.
26. De L’Horne DJ, Vadnamidis P, Carerl A. Preparación de pacientes para procedimientos médicos invasivos y quirúrgicos: aspectos cognitivos y conductuales. UNAM, Miguel Ángel Porrúa, México 2000.
27. Bibace R, Walsh ME. Developmental stages in children’s conceptions of illness. Jossey–Bass Pub. San Francisco 1982;pp285-301.
28. Reynolds M. No news is bad news: patients view about communication in hospital. *Brit Med J* 2001;1:1673-6.
29. Pedroche PS, Quiles SMJ. Preparación psicológica basada en la información. Biblioteca Nueva, Madrid 2000;pp75-94.
30. Ortigosa QJM. Transmisión de información: un instrumento médico – terapéutico para el niño hospitalizado y sus padres. Recup en 2001, <http://um.gahinfa.es>.
31. López–Roig S, Pastor MA, Rodríguez–Marín J. Programas de preparación psicológica para la cirugía. Salamanca. Pirámide, 1993;pp169-233.
32. Cohen F, Lazarus RS. Coping with the stresses of illness. Jossey – Bass Pub. San Francisco 1982;pp217-57.
33. Andersen BL. Psychological interventions for cancer patients to enhance the quality of life. *J Consult Clin Psych* 1992;60(4):552-68.
34. Broadhead WE, Burton H, Kaplan BH. Social support and the cancer patient. Implications for future research and clinical care. *Cancer* 1991;67:794-9.
35. Melamed BG, Siegel LJ. Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of filmed modeling. *J Consult Clin Psych* 1975;43(4):511-21.
36. Rubovits DS, Wolynn TH. Children's illness cognition: what mothers think. *Clin Ped* 1999;38(2):99-105.
37. Melamed B. The effects of preparatory information on adjustment of children to medical procedures. Springer Nueva York 1983.
38. Moix QJ. Técnicas para reducir la ansiedad en pacientes quirúrgicos. Ariel, Barcelona 1999;pp125-42.
39. Ortigosa QJM, Méndez CFX, Vargas TF. Repercusión de la preparación psicológica a la cirugía pediátrica sobre la recuperación postquirúrgica. *Anales Esp Ped* 1998;49(4):369-74.
40. Zastowny TR, Kirschenbaum DS, Meng AL. Coping skills training for children: effects on distress before, during, and after hospitalization for surgery. *Health Psych* 1986;5(3):231-47.
41. White CA. Cancer. Wiley, Nueva York 2001;pp95-122.
42. Gómez SM. Cómo dar las malas noticias en medicina. 2<sup>a</sup> ed. Arán, Madrid 1998.