

Formulario para la elaboración de resúmenes de tesis/trabajos finales.

Título: “Psicoprofilaxis Quirúrgica como Procedimiento Terapéutico en una Niña con Astrocitoma Pilocítico” “Caso Mariana”

Autor: Lic. Yenny Rocío León Torres

Director: Lic. Graciela Cuello

Fecha: 14 de Octubre de 2014.

Tema: Psicoprofilaxis quirúrgica pediátrica.

1. Introducción

Este escrito constituye el Trabajo Integrativo Final requisito para la acreditación de la Especialización de Psico-Oncología de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. El mismo trata sobre la psicoprofilaxis quirúrgica, como estrategia terapéutica empleada en una niña de 8 años, Mariana, con diagnóstico de astrocitoma pilocítico.

Es importante aclarar que Mariana proviene de la provincia Tucumán y es trasladada a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires al Hospital General de Niños Ricardo Gutiérrez, lugar en que es diagnosticada de un astrocitoma pilocítico ubicado en el tronco cerebral. Pocos días después del diagnóstico se le practica una cirugía de urgencia debido a que se advierte que presenta una hidrocefalia obstructiva que pone en riesgo su calidad de vida.

Frente a una intervención quirúrgica son muchas las ansiedades y temores que se movilizan. Justamente de aquí surge la necesidad de la psicoprofilaxis quirúrgica como procedimiento psicoterapéutico con el propósito de dar una contención ante la proximidad de una cirugía.

En el caso particular de niños también se trata de aliviar ansiedades y verbalizar fantasías; además de aportar información, adaptada a la realidad del niño y de su

familia, a partir del uso de recursos apropiados a la edad del niño. En consecuencia, y en relación a las particularidades que tiene este tipo de abordaje en los niños, se determinan las siguientes preguntas, que constituyen el problema que guía el Trabajo Integrador:

- ¿Qué características adquiere el proceso de psicoprofilaxis quirúrgica en una niña con astrocitoma pilocítico?
- ¿Cuáles son los beneficios de intervención psicoprofiláctica la Psicoprofilaxis Quirúrgica como procedimiento Psicoterapéutico en una niña con Astrocitoma Pilocítico?

Seguido a esto se plantean los siguientes objetivos:

Objetivo Generales

- Caracterizar la psicoprofilaxis quirúrgica como procedimiento utilizado con una niña a la que se le efectúa cirugía de un tumor cerebral.
- Describir los beneficios de la psicoprofilaxis quirúrgica en una niña con Astrocitoma Pilocítico.

Objetivos Específicos

- Identificar el papel del psicooncólogo en el servicio de cirugía.
- Reflexionar sobre la importancia de implementar este procedimiento psicoeducativo como herramienta preventiva.
- Definir los beneficios de la psicoprofilaxis quirúrgica en una niña con astrocitoma Pilocítico.

De acuerdo con Barutta y Andenoché (2008) cuando el cáncer afecta a un niño o a un joven lo hace en forma muy distinta a como sucede en los adultos. Por ejemplo, algunos tipos de cáncer en el adulto son resultado de la exposición a agentes cancerígenos como el tabaco, también por el tipo de dieta, por la exposición al sol,

por agentes químicos, y también por otros factores que tienen que ver con condiciones ambientales y de vida. En cambio en los niños las causas, en su mayoría, aún son desconocidas.

En la mayoría de los casos de cáncer pediátricos se indica tratamiento quirúrgico. Este es el caso del tumor de Wilms, tumores del sistema nervioso central, neuroblastoma y retinoblastoma.

Por cierto la cirugía representa para el paciente un evento disruptivo, que activa fantasías o creencias con respecto a su enfermedad, produciendo una serie de temores y una carga de ansiedad excesiva que puede obstaculizar que transite esta circunstancia con control emocional y capacidad de recuperación adecuados.

A propósito, Pedreira (1988) explica que en algunas ocasiones los niños pueden pensar y sentir que son responsables de la enfermedad que padecen. En estos casos trabajar interdisciplinariamente es de gran ayuda para propiciar tranquilidad, dar apoyo y también para motivar a la expresión y al afrontamiento de estos sentimientos.

De esta manera se pone en evidencia la importancia de la psicoprofilaxis quirúrgica como procedimiento que se implementa con la finalidad de dar un soporte psicológico, para reducir temores y emociones negativas, con el propósito que el paciente pueda asimilar y reestructurar el significado de su corporalidad, que en algunas oportunidades puede verse afectado por los efectos secundarios posteriores a una cirugía.

En el trabajo con niños se hace necesario el empleo de un lenguaje apropiado e incluso material de apoyo que se ajuste a la etapa de la vida del niño, con el propósito de lograr una clara comprensión del procedimiento quirúrgico, pues en un comienzo, puede ser concebido como una agresión y no como una intervención con posibilidad de cura. Es en este momento donde debe actuar el psicoterapeuta y el equipo tratante para ayudar a orientar e informar al paciente y, de esta manera, propiciar la transformación de pensamientos negativos en

positivos, con el fin de propiciar a que valore la cirugía como una forma de atención, cuidado, protección y reparación.

Otro aspecto fundamental que no se debe olvidar a propósito de la psicoprofilaxis quirúrgica es la atención a la familia del niño enfermo pues no sólo es él, quien recibe un impacto importante, sino también quienes lo rodean. Es por esto que es primordial evaluar el tipo de vínculos y estrategias de afrontamiento con las que cuentan cada familia, para luego determinar el camino psicoterapéutico a tomar.

En el presente estudio también se analiza el rol del psicooncólogo en cirugía, mostrando la importancia de su rol para responder oportunamente a las necesidades del paciente y su familia.

A continuación se desarrolla el **Marco Teórico** que se compone de cinco capítulos en los que se describe en profundidad la psicoprofilaxis quirúrgica aplicada en niños. En el primer capítulo se aportan algunos datos acerca de tumores astrocitarios. En el segundo se caracteriza la cirugía oncológica en niños y se describen los temores y síntomas más frecuentes, previos a la cirugía. En el siguiente capítulo se hace referencia a la familia del niño enfermo. Posteriormente se aborda el tema de los antecedentes de la Psicoprofilaxis Quirúrgica y se detallan los cuatro momentos de este proceso. Finalmente se caracteriza el abordaje multidimensional y el rol del psicooncólogo en cirugía pediátrica.

En el segundo capítulo denominado **Aspectos Metodológicos del Estudio de Caso**, se detalla la metodología utilizada en el trabajo.

En tercer capítulo, **Presentación del Caso Mariana**, se describe a Mariana y a su contexto familiar y social.

En el cuarto capítulo, **Descripción del Caso Mariana**, se transcriben fragmentos de las entrevistas que serán analizadas.

Posteriormente el trabajo prosigue con el **Análisis del Caso Mariana**, capítulo en que se articula la teoría expuesta, en el primer capítulo, con lo descrito en las entrevistas.

Finalmente se expone la **Conclusión** del Trabajo Integrador. Y por último se presentan las **Referencias Bibliográficas** consultadas.

2. Antecedentes y Planteo teórico:

Los tumores astrocitarios son propios del SNC y se presentan con mayor frecuencia en niños. Constituyen un amplio grupo integrado por un espectro amplio de neoplasias que son diferentes en su topografía, rasgos radiológicos, histopatología, comportamiento biológico, alteraciones genéticas y curso clínico (Ortega y Romero, 2004).

Este tipo de tumor se manifiesta con mayor frecuencia en la infancia y el 70% de los casos tiende a ocurrir antes de los 20 años. Se observa que en su distribución topográfica, las características radiológicas, los patrones tisulares, los rasgos histológicos, el patrón de crecimiento y los factores pronósticos conforman una entidad clinicopatológica bien definida que corresponde a un grado I de malignidad (WHO 2000).

Respecto a la cirugía oncológica en niños, desde la Medicina, es determinada como un acontecimiento al que una persona enferma se ve enfrentada, por esto al momento de tomar este procedimiento como tratamiento, el médico debe considerar tres aspectos: la enfermedad, la operación de la enfermedad y el paciente. De los tres, el más importante es la persona. [...] La intervención quirúrgica es una forma de traumatismo y es, por supuesto, un hecho patológico. Sin embargo, sus beneficios sobrepasan los riesgos debido a que producen un efecto directo sobre el traumatismo o lesión y pueden generar trastornos fisiológicos. [...] Salvo en el caso de los trasplantes de órganos, la operación es casi siempre para extirpar algo. Al hacerlo, no se cambia sólo la anatomía sino que se altera también la función del órgano o sistema. Los cambios pueden afectar considerablemente la vida del paciente. (Sters, 1991), (Mucci, 2004 p.80)

Vargas (2000) observa que en la actualidad la cirugía continúa siendo un instrumento terapéutico esencial para el tratamiento de muchos tumores sólidos como: Wilms, sarcoma de partes blandas, neuroblastoma, osteosarcoma, retinoblastoma, t. testiculares, t. del ovario, t. cerebrales, sarcoma de Ewing.

Respecto a los temores y síntomas previos a la cirugía se estima que en niños con cáncer, existen ciertas reacciones psicológicas, las cuales están influidas por aspectos como el tipo y la gravedad de la enfermedad, la edad del niño, las habilidades de afrontamiento que haya desarrollado o aprendido, la edad y frecuencia con la que ha tenido contacto con los ambientes médico-hospitalarios, su escuela, sus compañeros, la reacción y el apoyo familiar. Los aspectos psicológicos generales son la depresión y el estrés, como los más comunes y los que generalmente se sobreponen a otros síntomas. (Medicinaunp, 2008)

Según Vargas (2000) los síntomas más frecuentes en los niños, son la ansiedad y el temor al dolor y a la separación de los padres. En el adolescente o niño mayor se producen situaciones más complejas como rebeldía y rechazo a la situación de la enfermedad y el tratamiento. Esto es combinado con sentimientos de frustración por las limitaciones de su libertad como también pueden aparecer aspectos depresivos por sentimientos de pérdida de su vida cotidiana (fiesta, amistades, escuela, un futuro lleno de posibilidades), baja autoestima (por ejemplo los tratamientos como: los procedimientos quirúrgicos y otros, que puedan llegar a afectar, la imagen corporal) y en ocasiones pueden sentirse amenazados por la posibilidad de la muerte próxima.

De acuerdo con la página electrónica Medicinaunp (2008), se establece que, de la capacidad adaptativa de cada niño, en el momento de la experiencia causante del estrés, así como de la naturaleza, duración e intensidad del estímulo, dependerá que se produzca, bien un estado de armonía adaptativa, o bien un importante desajuste, con una paralización temporal del crecimiento y desarrollo.

En esta misma página electrónica, se explica que los efectos más importantes de la enfermedad sobre el niño suelen dividirse en dos categorías: la primera, son el resultado de la interrupción del modo normal de vida. La segunda, son los efectos producidos por los pensamientos o reacciones emocionales del niño con respecto a la enfermedad misma. Entre éstos son frecuentes:

- La ansiedad: explica los cambios anímicos que ocurren en los niños. Se puede observar que algunos se vuelven introvertidos y otros quisquillosos y exigen atenciones durante todo el día.

- Temor a morir: esta situación es más común en los niños enfermos de lo que los padres o los médicos suponen y hace necesaria una actitud de diálogo y ayuda ante ella.

- Culpabilidad y deseo de recibir castigo: en los niños en edad escolar son habituales las explicaciones culposas de la enfermedad como atribuir diabetes a que “comí mucho azúcar” o la fiebre reumática a que “corrí demasiado”. Es frecuente encontrar, que los niños interpreten su enfermedad como un castigo por sus malas acciones o por la violación del referente normativo establecido, como es de frecuente ocurrencia en los niños víctimas de quemaduras.

- Ira y resentimiento: con alguna frecuencia los niños rehúsan cooperar con su tratamiento o ingerir las drogas que les son prescritas. Esta situación es más frecuente en las fases iniciales de la enfermedad.

- Disminución de la autoestima: la mayoría de las enfermedades producen alteración de la imagen corporal que el niño ha venido construyendo en sus percepciones subjetivas. El hecho de sentirse en condiciones de desventaja ante sus compañeros constituye un reto grande para su autoestima, el cual se afronta según el alta o baja autoimagen que haya logrado construir en sus experiencias previas, o sentimientos de importancia. En algunas circunstancias, la restricción de

los movimientos puede ser más perturbadora para el niño que la misma enfermedad.

El niño que es diagnosticado con enfermedad oncológica representa un impacto desbastador en los padres y en los hermanos del paciente. La adaptación de los padres a esta circunstancia es a menudo compleja y muy dolorosa. En principio surgen ciertos temores ante la posible pérdida, se abre una herida narcisista al asistir al deterioro de un hijo enfermo, se expresan sentimientos de culpa y vergüenza, por no saber cuidarlo y protegerlo debidamente, y preocupaciones acerca de las secuelas, a corto y largo plazo, que pueda producir la enfermedad y los tratamientos. Toda esta situación puede complicarse con la sensación de pérdida de control sobre temas relacionados con la vida y la muerte del hijo enfermo. (Die, 1999) (García, 1999).

Por otra parte, Sanfeliz (2003) señala algunos factores que producen una importante influencia en el ajuste emocional de la familia:

El primero se refiere al tratamiento, que según el tipo y duración impone distintas exigencias para el paciente y su familia. Es primordial considerar los efectos secundarios a corto y largo plazo; la edad del paciente, su género y valores culturales. Por ejemplo advierte como importante lo siguiente:

Los efectos de la radiación en el crecimiento asimétrico del cuerpo, el aprendizaje, la capacidad reproductora y la propensión a cánceres secundarios. De manera similar, intervenciones quirúrgicas que alteran la apariencia física de los niños o que limitan sus habilidades físicas, suelen provocar distintos niveles de preocupación, dependiendo de la edad del paciente, su género y, en muchos casos, sus rasgos de personalidad. (Sanfeliz, 2003, p. 466).

El segundo factor a tener en cuenta en el proceso de adaptación de la familia a la situación de vivir la enfermedad oncológica de uno de sus hijos es la edad del niño. La edad influye en el proceso de toma de decisiones, en la reestructuración familiar, y también en la creación de nuevas rutinas. Por ejemplo en el caso de un bebé o un niño pequeño la enfermedad y el tratamiento pueden retrasar o afectar el desarrollo de distintas habilidades motoras y cognitivas, así como también alterar patrones de apego entre los padres y el niño. En cambio en los

adolescentes la enfermedad puede alterar el desarrollo de la autoestima, la independencia, distintas habilidades sociales, su intimidad, diversos logros académicos y también profesionales. En este tienden a participar más activamente en la toma de decisiones sobre su tratamiento, y suelen entablar una relación más directa con médicos y enfermeras.

El último factor a tener en cuenta es la familia como grupo que promueve recursos psicológicos para adaptarse a la situación. Por ejemplo la experiencia en una familia joven, donde el paciente es un niño pequeño, será diferente de aquella familia en la que los padres están a punto de jubilarse y el paciente es el menor de muchos hermanos, todos ya mayores. En este sentido será fundamental la estructura familiar, las experiencias previas con la enfermedad y los valores culturales de la familia.

La forma específica en que se reorganizan las familias luego del diagnóstico depende de diversos factores; entre ellos: médicos, individuales, familiares, socioeconómicos y culturales. En algunos casos las parejas limitan o eliminan sus relaciones sexuales, posponen o aceleran un nuevo embarazo; otras cambian sus patrones de trabajo, sus planes de estudio, de manera que alguno de los padres esté en casa con el paciente; otras incluyen a los abuelos y otros familiares en el cuidado del niño. Entre mayor flexibilidad muestre la familia se pueden establecer nuevas rutinas y también generar y utilizar recursos (internos y externos), todos ellos fundamentales para la adaptación. Incluso es importante que se preserven ciertas rutinas como el compartir actividades, horarios de comidas y de sueño, y mantener el contacto con familiares y con amigos.

Por otra parte y de acuerdo con algunos estudios se observa que dentro de la familia la relación del paciente con sus hermanos es la que más sufre alteraciones, debido que los hermanos tienen que lidiar con cambios significativos en la rutina familiar como por ejemplo: la pérdida de atención, nuevas responsabilidades, el estigma asociado con el diagnóstico, así como también sentimientos intensos de tristeza, temor, rabia, celos y culpa. Si bien parece que estos factores no intensifican problemas preexistentes el diagnóstico oncológico tiende a desarrollar

en los hermanos problemas emocionales (ansiedad y depresión), sociales y conductuales (agresividad y depresión).

La autora también señala como tarea que la familia debe afrontar el uso de recursos internos y externos, preexistentes y nuevos, para responder a los retos físicos y emocionales que la enfermedad impone. Por ejemplo algunas familias adoptan estilos activos de adaptación que los motiva a modificar las circunstancias estresantes y que fomentan un sentimiento de eficacia y control, como la búsqueda de información, la participación en procedimientos médicos y la en grupos de apoyo. Otros desarrollan estrategias de evitación que incluyen estrategias más pasivas, como la distracción y la represión de información relacionada con dichas circunstancias.

Por otra parte Mucci (2004), enuncia que la palabra quirúrgico significa relativo o perteneciente a la cirugía, que es el arte de trabajar con las manos. El término cirugía proviene del griego kleirurgos: cirujano, de kleir: mano y ergon, obra. Entonces, Kleirurgia significa *operación quirúrgica*, propiamente trabajo manual, *práctica de un oficio*. Derivado de kleirurgos: *que trabaja con las manos, cirujano*. Finalmente en el siglo XIV comienza a utilizarse como: *arte de curar mediante intervención quirúrgica*.

Etimológicamente la palabra psicoprofilaxis es explicada como un término derivado del griego, que significa prevenir, tomar precauciones. En el siglo XIX comienza a ser utilizado como prevención de las *enfermedades*. Desde la Medicina, significa *preservación*, conjunto de medios que sirven para reservar de enfermedades al individuo o a la sociedad; es decir que alude a tratamiento *preventivo*. Según como lo formula Merea (1981) se identifican cuatro momentos en este proceso:

El primer momento es la entrevista inicial con los padres, este recurso es tomado como un elemento importante para elaborar el diagnóstico. Ayuda a encuadrar con certeza la manera en que debe ser preparado el paciente pediátrico, dando un

panorama de las personas con las que se debe trabajar, ya sea el niño, los padres o la familia.

Por otra parte se hace necesario conocer en detalle los antecedentes de la operación, se observa; cuál es la urgencia, la cual puede ser una emergencia clínica o bien "familiar"; si es el momento indicado para hacer dicha pregunta. Puesto que esta sería pertinente, si no representa un riesgo clínico para el paciente.

Posteriormente lo que psicólogo debe hacer es conocer la historia evolutiva del paciente, de su comportamiento actual y pasado; qué enfermedades ha padecido, si ha pasado o no por otras intervenciones quirúrgicas; su actitud frente al personal hospitalario que lo ha asistido.

Ahora paso a explicar el segundo momento que es la entrevista prequirúrgica: La cual se hace posteriormente de realizada la entrevista con los padres, se procede a la consecución de información de la forma y el tipo de anestesia que se empleara, tiempo de internación, riesgo quirúrgico, cuidados pre y posquirúrgicos. Partiendo desde este momento se cita al niño para iniciar con él la psicoprofilaxis prequirúrgica.

En esta fase de la psicoprofilaxis varia el número de entrevistas, teniendo en cuenta principalmente la edad del niño y la operación que se le realizará. Si esta, por ejemplo llegase a ser de alto riesgo, seguramente producirá en el niño y su familia un intenso estado emocional, que requerirá mayor tiempo de trabajo.

El psicoterapeuta, podría llegar a establecer en esta fase en promedio de 6 a 10 entrevistas, distribuidas en un lapso de 20 a 45 días, previos a la operación.

Como herramientas se pueden utilizar una caja de juegos, que contenga material pertinente para esta temática, como muñecos articulados que represente médicos, enfermeros, camillas, mesa de operaciones etc.

Teniendo este material de apoyo, el psicólogo podrá observar la manera en que el niño interactúa con los juguetes, se propone dramatizaciones y juego de roles, haciendo que el niño no se posicione en un determinado rol, propiciando que se desempeñe como, paciente, médico, mamá, papá, enfermero, hermano etc. En consecuencia lo que se hace en el juego, principalmente es centrarse en el señalamiento de ansiedades, defensas y fantasías que esta situación quirúrgica despierta.

Por otra parte, también se aconseja que los padres lleven al niño a conocer el lugar donde será operado con la finalidad de que se familiarice con la situación.

Siguiendo con el tercer momento, el cual representa las entrevistas posquirúrgicas: se observa que en esta fase el número será la misma cantidad de entrevistas, propuestas en el proceso psicoterapéutico prequirúrgico. En muchas ocasiones se ha evidenciado que luego que el niño ha pasado por la intervención, en una o dos entrevistas, logra expresar fantasías reprimidas hasta entonces.

Merea sugiere: El niño a través de sus juegos y verbalizaciones puede abarcar el *pasado* (“antes me imaginaba, pensaba...después me operaron y me di cuenta...”), el *presente* (“estoy entero, íntegro, bien”) y el *futuro* (si otra vez me tuvieran que operar, sería distinto...te acuerdas cuando me creía...o cuando decía...”).

Por último, como último momento, está la entrevista final con los padres: se realiza dicha entrevista con el propósito de que los padres se vinculen con el proceso por el que tuvo que pasar su hijo, para que comprendan cómo fue el desempeño y lo que sintió el niño durante el proceso psicoprofiláctico.

Si se observa algunas dificultades o conductas que indiquen un posible trastorno psicopatológico, se les plantea a los padres la necesidad de realizar un estudio psicodiagnóstico o una observación periódica.

Todos estos pasos planteados, beneficiaran al niño en la medida que logre reducir en él ansiedades o efectos traumáticos. Adicionalmente el niño en su proceso de elaboración podrá tomar un sentido positivo de lo que le paso y puede aprovechar para tomar dicha experiencia como algo enriquecedor.

Mucci (2004), establece que la psicoterapia focalizada multidimensional rescata los recursos teórico- prácticos propuestos por los distintos enfoques de la psicología con el fin de realizar un abordaje integral a los pacientes que atraviesan una situación quirúrgica. Dicha integración permite adaptar técnicas o estrategias, de acuerdo a las características y posibilidades de cada paciente.

Este abordaje en el momento de realizar la evaluación toma un modelo ecológico donde se tiene en cuenta: el contexto en el que nace, crece, se desarrolla y madura el paciente y también analiza las dimensiones temporales particulares (pasado, presente y futuro).

Para el momento de realizar intervenciones este enfoque toma aspectos de los paradigmas psicoanalítico, cognitivo, interaccional- sistémico conductual. Que orientan sobre técnicas que influyen positivamente en el problema, dificultad o síntoma que presente el paciente.

La dimensión psicodinámica, es la dinámica que se establece con relación al conflicto que genera el proceso quirúrgico en el funcionamiento intrapsíquico en general del paciente. Se trabaja tanto con contenidos conscientes, como inconscientes, como preconscious e inconscientes. La elaboración de la información, o *insight*, ayuda a hacer explícito lo implícito, lo no dicho. En este nivel, es fundamental el rol activo del terapeuta, debido a que lo implícito no es necesariamente consciente para el paciente.

En esta dimensión se emplean técnicamente recursos verbales como esclarecimientos, interrogantes, aclaraciones, confrontaciones, señalamientos e interpretaciones. Los recursos no verbales usuales son las técnicas proyectivas gráficas, lúdicas y psicodramáticas.

El mecanismo de cambio se produce, a partir del logro del *insight* y la elaboración de los procesos intrapsíquicos.

Aberastury (s.f) desarrolla una técnica de preparación psicoterapéutica para niños en cirugía, en la que utiliza principalmente el dibujo, considerando relevante la información sobre la cirugía y la anestesia. En ese sentido deduce que la falta de esclarecimiento incrementa la ansiedad y observa que la información debe ser transmitida por el terapeuta, tanto al niño como a sus padres, complementariamente a la labor interpretativa. También identifica que las entrevistas postquirúrgicas sirven para incorporar la nueva imagen corporal, incorporación que implica elaborar la pérdida de una parte del cuerpo o bien su reconstrucción en cirugías reparadoras. (Barutta y Andenoche, 2008)

Barutta y Andenoche (2008) también describen que para preparar al niño psicológicamente antes de la cirugía, se hace una psicoterapia focalizada, breve y multidimensional, la cual permite, tanto al niño como a sus padres, poner en funcionamiento mecanismos defensivos que disminuyen y previenen la producción de trastornos psicológicos que se manifiestan en el postoperatorio y lo complican, así como también trabajar las actitudes negativas hacia los médicos y los servicios de salud.

Por otra parte se encuentra la dimensión cognitiva, la cual abarca el procesamiento de información, la identificación de conceptos erróneos, el *insight* cognitivo, el incremento de la cooperación, así como también el esclarecimiento cognitivo en aspectos complejos o inciertos para el enfermo. Los recursos verbales consisten en preguntas, confirmaciones y esclarecimientos, la programación de actividades y la reestructuración cognitiva. Las técnicas no verbales, emplean el trabajo con imágenes de situaciones ansiógenas. El trabajo cognitivo está ligado con explicar, aclarar, señalar e interpretar, al paciente y también interviene en el intercambio interdisciplinario evaluando la situación actual y futura.

El mecanismo de cambio de esta dimensión, se produce por la activación de las funciones cognitivas y la modificación de las cogniciones.

Otra dimensión es la interaccional – sistémica, esta evalúa los cambios en patrones disfuncionales de interacción con el cirujano, la familia y el equipo de salud. Los recursos verbales empleados, se centran en el estilo y la forma de comunicación del paciente o el médico, el *role playing*, el uso de metáforas, analogías e instrucciones paradójales. Los recursos no verbales son la prescripción de tareas y las técnicas de interacción grupal.

El mecanismo de cambio se orienta, a modificar la organización del sistema, lo que se pone de manifiesto a partir de la modificación de las pautas comunicacionales.

La última dimensión es la comportamental, esta apunta a la disminución de la ansiedad, al incremento de la cooperación y al logro de conductas niveladoras. Se emplean como recursos verbales, directivas, sugerencias e instrucciones conductuales. Los recursos no verbales son el autoinforme de miedos, la evaluación de ansiedad preoperatoria (mediación de ansiedad estado – rasgo), las técnicas de relajación, de desensibilización sistemática, el entrenamiento asertivo y las técnicas de autocontrol. El mecanismo de cambio se infiere desde la modificación del comportamiento.

A nivel general las acciones que efectúa el psicólogo en coordinación con el equipo quirúrgico tienen como finalidad lograr una sincronía interdisciplinaria que favorezca el proceso psicoeducativo del paciente y su familia.

De acuerdo con Mucci (2004) la actitud que habitualmente el psicoterapeuta adopta debe ser abierta, flexible, participativa, de intervención y escucha activa. En este sentido su papel es estimular la comunicación en todos los niveles que se encuentren implicados. De este modo el equipo quirúrgico cuenta con la posibilidad de observar cómo la presencia de un psicólogo influye positivamente y logra atenuar dificultades que pueden obstruir su labor, identificando situaciones que por diferentes motivos, desconocen.

La autora también plantea que el rol del psicooncólogo es intervenir y de alguna manera mediar entre ambos polos de la situación (paciente-cirujano) reuniendo, recortando e interpretando la información disponible, tanto con el equipo como con

el paciente y su familia; favoreciendo a través de esta “mediación” que todos expresen necesidades. (Caplan, 1991)(Mucci, 2004)

3. Materiales y Métodos

El trabajo consiste en un estudio de caso único, en tanto se describe y analiza una sólo una unidad, el caso Mariana. Su elección es intencional en tanto se trata de una niña que presenta un tumor ubicado en el tronco cerebral; por lo cual y debido al rápido crecimiento, le indican una cirugía de urgencia. En definitiva es un caso que cumple con los criterios necesarios para desarrollar la temática escogida y estudiar la variable: psicoprofilaxis como procedimiento terapéutico.

El enfoque metodológico utilizado es el cualitativo, en tanto se observa y describe la variable en la unidad de análisis. El alcance del estudio es descriptivo, lo que significa que se caracteriza exhaustivamente a la psicoprofilaxis quirúrgica como estrategia en el proceso psicoeducativo, en el contexto de un acto quirúrgico. Finalmente su diseño es no experimental, no habiendo ningún tipo de manipulación de la variable en cuestión.

Respecto a los instrumentos empleados para la recolección de datos se utiliza el análisis de contenido de fragmentos de entrevistas con la paciente y con la madre.

4. Resultados y Discusión

Ante todo es importante señalar que la paciente y su familia cuentan con recursos emocionales que posibilitan una buena intervención y también reciben la suficiente información psicoeducativa para lograr que la niña desarrolle mayores estrategias de afrontamiento ante la situación estresante experimentada. También es importante destacar que la paciente y su madre, al aferrarse a la religión que profesan, obtienen una mayor tranquilidad espiritual.

Valeria es quien se identifica como el cuidador principal de Mariana, con quien ella más se comunica y con quien muestra un fuerte vínculo. Su madre es también quien más participa del proceso psicoterapéutico, quien proporciona la información médica y quien se muestra preocupada por los síntomas emocionales de Mariana. Tal como fue expuesto en el marco teórico es muy frecuente encontrar que uno de los padres es quien busca mayor información y participa más activamente en el tratamiento.

La madre desarrolla un rol más protagónico que el padre, quizás esto tenga que ver con la distancia del padre a causa de la separación de pareja. No obstante el padre participa, pero de una forma más pasiva, por lo cual no se puede recurrir a él con la finalidad de aliviar cargas o hacer relevos, para evitar el agotamiento físico y emocional del cuidador principal.

Se observa que la psicoterapeuta logra implementar los pasos de la psicoprofilaxis quirúrgica, de acuerdo a la necesidad de la paciente y su familia, y en un tiempo establecido. Así es que emplea varios recursos de la psicoprofilaxis quirúrgica como son la entrevista inicial con los padres, que sirve para el diagnóstico y el establecimiento del encuadre. Gracias a esta primera información recabada es que se conocen los recursos emocionales con que cuenta la paciente y sus padres para enfrentar tanto la enfermedad como el tratamiento quirúrgico.

También logra indagar los antecedentes y el pronóstico de la enfermedad. Justamente como consecuencia de lo trabajado en la entrevista se plantea un encuentro con el oncólogo y los padres de Mariana para clarificar sus dudas.

En la entrevista prequirúrgica con Mariana se utiliza el juego para explicarle a la niña los diferentes pasos de la cirugía, proporcionándole información de forma dosificada respecto a cómo debe vestirse ese día, la forma en que le aplicaran la anestesia, y en qué parte de su cuerpo le harán la cirugía. También se le explica la finalidad de esta intervención y cuando se la van hacer. Por cierto todo esto se efectúa con el fin que la niña se familiarice con los procedimientos y también para que no se asuste el día de la cirugía.

En la entrevista posquirúrgica se recurre al recurso proyectivo para identificar si la niña presenta dificultades, y también se evalúa si están activas sus estrategias de afrontamiento.

En el dibujo que grafica Mariana se observa una mayor aceptación de la situación que ha tenido que atravesar, ya que dibuja una niña con cabello, en un bosque y sonriendo con los brazos abiertos. Se evidencia que tiene adecuados recursos intelectuales, que se identifica con la vida; y al dibujarse con cabello activa en ella un mecanismo de defensa que hace que niegue su circunstancia actual, aunque también expresa el deseo de reponerse pronto para continuar con la vida que llevaba antes de la enfermedad.

Desde el momento del diagnóstico, y por el alto riesgo que representa la ubicación del tumor, el equipo tratante convoca a la psicooncóloga para dar un soporte emocional a la niña y su familia. Tal como se lo explicó la psicoprofilaxis se presenta como una intervención en crisis en donde se actúa en forma rápida y efectiva, debido al tiempo tan limitado del que se dispone.

También es significativo destacar que la institución hospitalaria en la que se asiste a Mariana avala el trabajo del psicooncólogo y lo integra en el equipo interdisciplinario, para trabajar conjuntamente con los demás profesionales. En definitiva se comprende que una adecuada intervención psicoterapéutica impactará positivamente en la recuperación de la paciente.

Otro aspecto importante a destacar es la creatividad y el ajuste de las actividades y la información suministrada a la edad de la niña. Se advierte que se utiliza material de apoyo, concretamente se emplea un cuadernillo explicativo y una caja de juguetes con muñecos vestidos como doctores, caja en que la niña también podía encontrar jeringas, fonendoscopios, etc. De más está decir que todas estas herramientas facilitan la explicación y la dramatización de la situación quirúrgica.

5. Conclusiones / Recomendaciones

A lo largo del escrito se puede observar la significatividad de la psicoprofilaxis quirúrgica y también los enfoques teóricos que emplea y que amplía el panorama de abordaje y recursos, en el sentido que no se limita a emplear una sola técnica, sino que se van adaptando o aplicando varias de acuerdo a las necesidades de cada paciente.

Respecto a las preguntas formuladas en un principio se observa que se logra caracterizar la psicoprofilaxis quirúrgica, y se identifican los momentos de aplicación de esta técnica, es decir: la entrevista con los padres, la entrevista prequirúrgica y el seguimiento postquirúrgico.

Además se identifican los beneficios de este tipo intervención, que por medio de un proceso psicoeducativo desarrollado no sólo por el psicooncólogo sino por el equipo tratante, logra una positiva asimilación de los procedimientos por parte de la niña y sus familiares.

Respecto a los objetivos formulados se caracteriza la psicoprofilaxis quirúrgica y se pone en evidencia el beneficio para la familia, en tanto que motiva en ellos el uso de estrategias para una favorable adaptación al proceso de enfermedad y tratamiento de su hija. Por último también se identifica el rol del psicólogo, como parte del equipo tratante, que trabaja interdisciplinariamente con los diferentes profesionales con el objetivo de clarificar la información recibida en la relación médico-paciente.

Otro aspecto relacionado con el rol del psicólogo es el referido a los recursos y técnicas empleados en trabajo psicoterapéutico con niños, destacando la importancia de generar formas dinámicas y creativas que los ayuden a expresar temores, ansiedades y fantasías con respecto a la intervención. Justamente en el caso clínico analizado se observa que la psicóloga emplea una caja de juguetes con muñecos, que representan médicos y enfermeras, y en la que el niño también puede encontrar jeringas, sueros, algodón y vendajes, etc., con la finalidad de

recrear el momento de la cirugía, con el fin de facilitar la asimilación de la situación.

Otro recurso utilizado por la psicóloga es el dibujo, en la etapa postoperatoria, como estrategia proyectiva que beneficia a la niña en la creación de defensas ante cualquier eventualidad. Recurso que además de resultarle familiar, gratificante y divertido, también le ofrece libertad para expresar su estado emocional de momento. Por cierto su uso fue beneficioso para la psicoterapeuta en tanto le permitió identificar recursos emocionales en la niña para el proceso de elaboración de la situación traumática.

Es significativo expresar, en términos de proyecto personal, la necesidad de indagar sobre material psicopedagógico que esté acorde a las diferentes etapas del desarrollo del niño, como material de apoyo para los profesionales que trabajan en el servicio quirúrgico.

También se puede pensar en generar protocolos que reúnan los conocimientos de los profesionales involucrados en el servicio quirúrgico, con el objetivo de lograr una mejor contención hacia el niño y su familia.

Además, en tanto que no hay suficiente material bibliográfico actualizado que amplíe los conocimientos en esta disciplina y en particular en la población infantil, es esta una oportunidad para seguir investigando y aportando al tema, de gran importancia para los niños, sus familias y el equipo interdisciplinario.

Por último y a modo de reflexión, la psicoprofilaxis es un proceso que ayuda al niño a realizar un descubrimiento de un mundo que no es conocido para él, el contexto hospitalario, en el cual y dependiendo del grado de complejidad de la enfermedad puede permanecer por largo tiempo, circunstancia que genera un estrés importante, por todas las razones que han sido expuestas en este escrito.

Por consiguiente implementar este proceso de una forma más amigable y comprensible para el niño y su familia, mediante el uso de estrategias psicoeducativas dinámicas, hace posible que lo enfrenten de una mejor manera. Incluso estabilizar al niño anímicamente favorece a que su recuperación sea más rápida permitiéndole retornar pronto a su entorno social y familiar.

6. Bibliografía

Barutta, S., Andenoché, V. (2008). *Psicoprofilaxis Quirúrgica en oncología pediátrica una mirada psicoanalítica*. Recuperado de:

<http://bit.ly/WG4HkB>

Bekei, M., Boscián, P.J., Calvo, A., García M.E., De Katz., Kohén., N.G., Médici C., Merea, A.T., Neira, A. (1981). *El Psiquismo del niño enfermo orgánico*. Buenos Aires: Paidós.

García, E. (1999). *Manual de Psicooncología*. Madrid, España: Grupo Aura Médica S.A.

Giacomantone, E. y Mejía, A. (1997). *Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico*. Buenos Aires: Paidós SAICF.

Medicinaunp. (2008, Septiembre 28). De: Psicología médica [Mensaje de Blog]. Recuperado de: <http://bit.ly/1rVy7tF>

Mucci, M. (2004). *Psicoprofilaxis quirúrgica, una práctica en convergencia interdisciplinaria*. Buenos Aires: Paidós.

Ortega, A. y Romero F.J. (2004). Tumores del sistema nervioso central en la infancia: aspectos clinicopatológicos. *Revista Neurol.* 38 (6):554-564. Recuperado de <http://bit.ly/1rJAgTc>

Salas, M., Gabaldón, O., Mayoral J., Guerrero, R., Albisu, J, Amaya, I. (2003). Intervenciones psicológicas eficaces para el afrontamiento de procedimientos médicos dolorosos en oncología pediátrica teórica. *Revista biomédica revisada por pares.* 59(1), 41-47. Recuperado de <http://bit.ly/1oqduyS>

Sanfeliz, A. (2003). La familia del enfermo infantil y adolescente En M., Die Trill *Psico-oncología*. Madrid: Ades

Shalkow, J., Guzmán, J., Palacios J. (2010). Cirugía oncológica pediátrica: conceptos generales para el pediatra. *Acta Pediátrica de México.* 31(4), 145-148. Recuperado de: <http://bit.ly/WWjDf1>

Sinigoj, D. (2012). Atención Primaria en Salud Mental. Psicoprofilaxis Quirúrgica, El Rol del Psicólogo Clínico en un Equipo de Trabajo Interdisciplinario. *Revista del Hospital J.M.* XVII, (12), 1-21. Recuperado de: <http://bit.ly/1qMj41R>

Vargas, L. (2000). Cáncer en pediatría. Aspectos Generales. *Revista Chilena de Pediatría.* 71(4), 1-2. Recuperado de: <http://bit.ly/1qD163d>

Zaldívar, J., Sosa J., Basabe R. (2011). Astrocitoma Cerebeloso Pilocítico. A propósito de un caso. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río.* 15(2), 1-5. Recuperado de: <http://bit.ly/1vpKfRX>