



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS  
EMPRESARIALES Y SOCIALES**

**“Especialización en Psico-Oncología”**

**Trabajo Integrativo Final**

**“Psicoprofilaxis Quirúrgica como Procedimiento Terapéutico en  
una Niña con Astrocitoma Pilocítico”**

**“Caso Mariana”**

*¿Qué características adquiere el proceso de psicoprofilaxis quirúrgica en una niña  
con astrocitoma pilocítico?*

*¿Cuáles son los beneficios de invención psicoprofiláctica la Psicoprofilaxis  
Quirúrgica como procedimiento Psicoterapéutico en una niña con Astrocitoma  
Pilocítico?*

**Autor:** Lic. Yenny Rocío León Torres

**Tutor Disciplinar de Contenidos:** Lic. Graciela Cuello

**Orientador Metodológico:** Lic. Esp. Carina Ponce

**Directora:** Dra. Maria Bosnic

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Noviembre - 2014



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS  
EMPRESARIALES Y SOCIALES**

**INDICE**

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>pág. 1</b>
<b>CAPITULO I: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>pág. 5</b>
1. Conceptos Generales de Tumores Astrocitarios.....	pág. 5
2. Cirugía Oncológica en Niños.....	pág. 8
3. Temores y Síntomas Frecuentes en Niños con Cáncer antes de una Cirugía.....	pág. 10
4. La Familia del Niño Enfermo.....	pág. 13
5. Antecedentes de la Psicoprofilaxis Quirúrgica.....	pág. 18
6. Los Cuatro Momentos de la Psicoprofilaxis Quirúrgica.....	pág. 23
7. Intervención Psicoterapéutica desde el Abordaje Multidimensional.....	pág. 28
8. Rol del Psicólogo en Cirugía.....	pág. 31
<b>CAPITULO II: ASPECTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>pág. 33</b>
2.1. Formulación de Problema.....	pág. 33
2.2. Objetivos Generales y Específicos.....	pág. 34
<b>CAPITULO III: PRESENTACIÓN DEL CASO MARIANA.....</b>	<b>pág. 36</b>



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS  
EMPRESARIALES Y SOCIALES**

**CAPITULO IV: DESCRIPCIÓN DEL CASO MARIANA.....pág. 39**

**CAPITULO V: ANALISIS DEL CASO MARIANA.....pág. 44**

**CONCLUSIONES GENERALES.....pág. 47**

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....pag. 50**



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

### 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 Gutierrez, 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.

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.

También suele ocurrir que los adultos con cáncer no siempre necesitan trasladarse a otros lugares geográficos para recibir atención; en cambio en el caso de los niños, que deben ser diagnosticados con precisión y tratados por equipos de especialistas en oncología pediátrica, eventualmente deben migrar en búsqueda de tratamientos. Por cierto estos equipos generalmente se encuentran en las grandes ciudades, en centros de alta complejidad. No obstante también hay



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

que mencionar que los niños con enfermedad oncológica muchas veces tienen un mejor pronóstico que los adultos. De ahí la importancia de acceder al tratamiento adecuado, en el tiempo indicado.

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.

Mucci (2004) define la psicoprofilaxis quirúrgica como una práctica interdisciplinaria, ubicada entre la ciencia médica y psicológica, con un amplio y flexible marco conceptual que utiliza diferentes estrategias, técnicas y recursos. Es un proceso psicoterapéutico con objetivos preventivos que apuntan a promover en



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

el paciente recursos cognitivos, afectivos, comportamentales e interaccionales, que lo ayudan a afrontar la intervención quirúrgica, reducir los potenciales efectos adversos de la cirugía, y posibilitar la recuperación biopsicosocial.

El psicólogo se inserta en este proceso para que dicha situación sea conocida y pensada previamente, evitando así sentimientos que, por su intensidad, puedan dificultarla o retrasar la recuperación postquirúrgica o quedar fijados traumáticamente atentando contra el adecuado desarrollo del niño. (De Merea, 1981, p. 78)

Por este motivo 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.



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

A continuación se desarrolla el **Marco Teórico** que se compone de un capítulo en los que se describe en profundidad la psicoprofilaxis quirúrgica aplicada en niños. El primer capítulo aborda los siguientes aspectos: datos acerca de tumores astrocitarios; cirugía oncológica en niños; temores y síntomas frecuentes previos a la cirugía; la familia del niño enfermo; se aborda el tema de los antecedentes de la Psicoprofilaxis Quirúrgica y sus cuatro momentos; 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 describe en detalle 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 exponen las **Referencias Bibliográficas** consultadas.



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS  
EMPRESARIALES Y SOCIALES**

## **CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO**

### **1. Algunos Datos Sobre Tumores Astrocitarios**

Ante todo y para dar comienzo al primer capítulo del marco teórico se delimitará y definirá el astrocitoma pilocítico, diagnóstico del caso elegido para ser descrito y analizado. A continuación se desarrollan aspectos relacionados con la cirugía oncológica en niños, y también se describen los temores más frecuentes, a propósito de este tipo de intervención. Posteriormente se describe el impacto de la familia ante la enfermedad de uno de sus integrantes, concretamente un niño, y también ante los tratamientos. Además se describen diferentes estrategias de afrontamiento que efectúa la familia para adaptarse a la situación. Adicionalmente se expondrán los antecedentes principales de la psicoprofilaxis quirúrgica. Con este fin y en primer término, se definirá etimológicamente la palabra cirugía; también se hará referencia al lugar que ocupa esta disciplina en la intersección de la Psicología y la Medicina; y se formularán las situaciones clínicas en que se indica este tipo de intervención. Se expondrán los cuatro momentos que integran el proceso psicoprofiláctico. Por otro lado se definen y caracterizan los diferentes enfoques que pueden ser empleados en Psicooncología desde un abordaje integral que favorece la flexibilidad en las técnicas y herramientas empleadas como recursos de intervención con niños y sus familias. Finalmente se define el rol del psicólogo en el equipo quirúrgico en tanto mediador en las necesidades tanto del paciente como del médico cirujano.

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,



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

histopatología, comportamiento biológico, alteraciones genéticas y curso clínico (Ortega y Romero, 2004).

Ortega y Romero (2004) señalan que es importante hacer una distinción entre los tumores que son de carácter infiltrante y los que constituyen lesiones localizadas. Estos últimos se dividen de la siguiente manera: astrocitoma pilocítico, xantoastrocitoma, pleomórfico, astrocitoma desmoplásico cerebral de la infancia y astrocitoma subependimario de células gigantes. Estos tumores son más frecuentes en niños y en pacientes jóvenes, y conforman entidades clinicopatológicas diferenciadas con un bajo grado de malignidad.

Los tumores difusos resultan ser un espectro de tumores de diferentes fenotipos y grados de malignidad. Por esta razón se observa que tienen una inherente tendencia maligna que refleja el tipo de alteraciones genéticas obtenidas durante el proceso de transformación.

Luego de esta breve reseña acerca de los tumores cerebrales se describe el astrocitoma pilocítico que es el tumor que atañe al estudio de caso que luego se analizará.

Este tipo de tumor se manifiesta con mayor frecuencia en la infancia, y en 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).

El astrocitoma cerebeloso pilocítico es un tumor infratentorial, de crecimiento lento y con mayor frecuencia quístico, localizado en la fosa posterior, y afecta a los hemisferios cerebelosos, el vermis o el piso del IV ventrículo. Ocurre a cualquier edad, siendo mucho más frecuente entre los 5 y los 9 años, no tiene



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

predilección por ningún sexo y pueden ser de gran o de escasa malignidad. En su mayoría, los tumores astrocíticos pediátricos son de escasa malignidad y uno de los tumores de mejor pronóstico en la infancia (Zaldívar, Sosa y Basabe 2011 p. 2)

Su localización cerebelosa es la más frecuente, incluso en la población infantil los astrocitomas del cerebelo son en su mayoría pilocíticos (97%). En esta localización, al emplear la cirugía como tratamiento, se establece como objetivo la extirpación completa del tumor. No obstante, si la localización se encuentra en el tálamo, específicamente en las paredes del III ventrículo o en su localización parcialmente intraventricular, la resección completa es complicada de realizar y el pronóstico estará condicionado por la opción que se tome ante las ventajas y desventajas de un tratamiento quirúrgico agresivo. (Ortega y Romero, 2004).

Como se señaló con anterioridad estos tumores crecen con lentitud durante un espacio prolongado de tiempo. Respecto a sus características y síntomas clínicos dependen de la ubicación del tumor y de la edad del niño. Los síntomas que generalmente se presentan son: cefalea acompañada de vómitos, la presencia de papiledema (es el edema del nervio óptico secundario a un aumento de la presión intracraneal) y algunas manifestaciones cerebelosas, en dependencia del sitio de localización de la tumoración. Es así que se puede manifestar ataxia (pérdida de coordinación), disdiadococinesia (incapacidad para realizar rápidamente movimientos alternantes) y dismetría (falta de coordinación del movimiento caracterizado por no alcanzar la posición deseada con la mano, el brazo, la pierna o el ojo), más nistagmo bien marcado al dirigir la mirada hacia la derecha. (Zaldívar, Sosa y Basabe, 2011).

Adicionalmente la radiografía simple de cráneo suele mostrar, eventualmente, además de los signos típicos de hipertensión endocraneana un adelgazamiento y abultamiento unilateral de los huesos occipitales del lado del tumor.



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

Para el diagnóstico se emplea la TAC de cráneo o una resonancia magnética nuclear (RMN) de cráneo que ayudan a caracterizar el tumor precisando su extensión, tamaño, ubicación y consistencia. La TAC usualmente muestra distorsiones del III ventrículo y de los laterales, con un desplazamiento de las arterias cerebrales anterior y media.

Es importante mencionar que otra de las localizaciones de este tipo de tumor es el nervio óptico, también típico de la población infantil. En un pequeño porcentaje se asocia a neurofibromatosis de tipo 1 (NF1), enfermedad causada por una anomalía en un gen, en el cromosoma 17, en cuyo caso suelen ser bilaterales. Generalmente a estos pacientes se les indica radioterapia por falta de biopsia o de diagnóstico específico.

### **2. Cirugía Oncológica en Niños**

Tal como lo formula Mucci (2004) el médico debe considerar tres aspectos cuando de una cirugía se trata: la enfermedad, la intervención quirúrgica de la enfermedad y el paciente. De los tres seguramente el más importante es la persona. Y agrega:

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).

La cirugía se emplea como alternativa en el tratamiento en la mayoría de los tumores sólidos. Hasta mediados del siglo pasado era la única opción terapéutica aceptada. Respecto a la sobrevivencia de los pacientes dependía, en principio, del



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

adecuado control local del tumor, del grado de avance de la enfermedad y de la capacidad técnica del cirujano. (Shalkow, Guzmán y Palacios, 2010).

Shalkow, Guzmán y Palacios (2010) consideran que lo primero que se debe tener en cuenta para el tratamiento del cáncer es catalogar al paciente en un grupo de riesgo, que puede ser: bajo, intermedio o alto. La clasificación en estos grupos generalmente se determina por el tipo de tumor, por su extensión y también por su comportamiento biológico.

Asimismo Vargas (2000) explica que en la segunda mitad del siglo XX se han obtenido avances importantes en el diagnóstico, tratamiento y curación de las enfermedades malignas del niño y del adolescente, constituyendo de esta manera uno de los logros más significativos en el campo de la Oncología que puede asemejarse a otros alcanzados por la Pediatría.

Este mismo autor identifica, cronológicamente, que antes de la década del 50' se lograba la curación en un pequeño número de pacientes oncológicos, especialmente en aquellos con tumores sólidos diagnosticados precozmente y, por tanto, extirpables quirúrgicamente. Por ejemplo el retinoblastoma y el tumor de Wilms fueron los primeros tumores malignos que pudieron ser curados con cirugía.

En la actualidad se observa que la cirugía continúa siendo un instrumento terapéutico esencial para el tratamiento de muchos tumores sólidos como el de Wilms, sarcomas de partes blandas, neuroblastoma, osteosarcoma, retinoblastoma, t. testiculares, t. del ovario, t. cerebrales y sarcoma de Ewing.

Respecto a los principios de la cirugía oncológica en la actualidad se realiza extirpación del tumor y bordes de tejido sano, sin llegar a ser mutilante; por lo



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

cual para muchos tumores, que por el estudio clínico imagenológico se consideran inoperables, se realiza quimioterapia previa para reducir su tamaño.

Por último es pertinente mencionar que la cirugía también es importante a la hora de establecer un diagnóstico, como es el caso de una biopsia quirúrgica, como también en la instalación de catéteres centrales para evitar procedimientos dolorosos.

### **3. Temores y Síntomas Frecuentes Previos a la Cirugía**

Durante el preoperatorio es frecuente identificar en los niños problemas de conducta, otros referidos a mutilación y también a la fragmentación del cuerpo.

Luego, y posterior a la internación, la anestesia y la cirugía exacerbaban las ansiedades infantiles vinculadas a la separación y al alejamiento respecto de sus padres:

Cuando los niños deben ser intervenidos quirúrgicamente se presentan algunas dificultades especiales. El mayor grado de indefensión psicológica del niño determina su intolerancia a la frustración y menor capacidad para hacer frente a los aspectos angustiantes y depresivos de la experiencia quirúrgica.

En el preoperatorio es usual observar en ellos ansiedad y fantasías persecutorias (miedo a la muerte, a la castración, a la mutilación) y la cirugía exagera las ansiedades infantiles vinculadas a la separación y el alejamiento de sus padres. (Giacomantone y Mejia, 1997).

Por ejemplo en el caso de niños de 4 años son más vulnerables a la separación de la madre al interpretar este hecho como un castigo o abandono, situación que incrementa notablemente los sentimientos persecutorios ante el evento quirúrgico. (Simkins, 1985) (Giacomantone y Mejia, 1997).



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

Incluso identifican que en el posoperatorio se observan con frecuencia sentimientos depresivos, retraimiento y actitudes regresivas, con pérdida o retroceso de las habilidades o las funciones del yo que habían sido hasta aquí adquiridas, como por ejemplo: comer solos, controlar esfínteres, etc. (Giacomantone y Mejia 1997), (Glasserman, 1969; Simkins, 1985).

Además se advierten crisis de ansiedad o rabia, perturbaciones del sueño (insomnio o terrores nocturnos) y fobias (miedo a la oscuridad o a quedarse solo). Luego del alta también sucede que algunos niños presenten problemas en su conducta y en la escolaridad.

Según Vargas (2000) en el adolescente o el niño mayor se producen situaciones más complejas, como rebeldía y rechazo a la situación de enfermedad y al tratamiento. Esto se combina con sentimientos de frustración, por las limitaciones de la libertad, como también pueden expresar afectos depresivos, como consecuencia de sentimientos de pérdida en su vida cotidiana (fiestas, amistades, escuela, un futuro pleno de posibilidades), baja autoestima (procedimientos quirúrgicos y otros que afectan la imagen corporal) y en ocasiones pueden sentirse amenazados por la posibilidad de la muerte próxima.

Por otra parte, de la capacidad adaptativa del niño en el momento de la experiencia causante del estrés, así como de la naturaleza, duración e intensidad del estímulo, depende que se produzca: bien un estado de armonía adaptativa o un importante desajuste, con una paralización temporal del crecimiento y desarrollo. (Medicinaunp, 2008)

Por último, respecto a los efectos más significativos de la enfermedad sobre el niño se señalan dos situaciones: la primera es el resultado de la interrupción en su modo normal de vida; la segunda corresponde a los efectos producidos por los



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

pensamientos o reacciones emocionales del niño con respecto a la enfermedad.

Entre éstos son frecuentes:

- La *ansiedad*, por los cambios anímicos que ocurren en los niños. Se puede observar que algunos se vuelven introvertidos, otros quisquillosos, y exigen atenciones durante todo el día.
- *Temor a morir*, situación que es más común de lo que los padres o los médicos suponen por lo cual se hace necesaria una actitud de diálogo y ayuda.
- *Culpabilidad y deseo de recibir castigo*. En los niños en edad escolar son habituales las explicaciones culposas de la enfermedad como el atribuir diabetes a que: “*comí mucho azúcar*” o la fiebre reumática a que: “*corrí demasiado*”. Es frecuente también que los niños interpreten su enfermedad como un castigo por sus malas acciones o por la violación de normas.
- *Ira y resentimiento*, que se manifiesta como rechazo a cooperar con el tratamiento o a ingerir 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 importante para su autoestima, que se afronta según la autoimagen que haya logrado construir en sus experiencias previas o también por los sentimientos de importancia de sí mismo. En algunas circunstancias la restricción de los movimientos puede ser más perturbadora para el niño que la misma enfermedad.



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

### **4. La Familia del Niño Enfermo**

El niño 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).

Ante esta situación los padres comienzan a elaborar un significado de la enfermedad y a la luz de las amenazas existenciales que ésta despierta, en general. En muchos casos lleva a los padres a desarrollar una forma de pensamiento mágico que puede, eventualmente, ayudar a reducir la ansiedad experimentada.

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



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

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.

Sanfeliz (2003) también describe algunas tareas y retos que afrontan las familias durante el diagnóstico y el tratamiento oncológico del niño. Por ejemplo se refiere a la información recibida de los médicos, aclarando que la forma en la que se procese y maneje dentro del grupo es de suma importancia para el proceso de adaptación, particularmente durante el diagnóstico y también en otras fases de transición durante el tratamiento.



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

En los Estados Unidos se acostumbra informar abiertamente al paciente pediátrico el diagnóstico, los efectos secundarios del tratamiento y también el pronóstico. Y se fomenta que los padres comuniquen esta información abiertamente a su hijo enfermo y a sus hermanos, en un nivel adecuado al desarrollo cognoscitivo de los niños.

Un factor relevante en la adaptación de los hermanos del paciente es evitar la discrepancia entre la seriedad de la información que se comparte con ellos y su percepción del nivel de desorganización familiar y preocupación de los padres.

Mantener los canales de comunicación abiertos dentro de la familia es uno de los principios centrales en la aplicación de la teoría de sistemas a la terapia familiar. Teniendo en cuenta esto, en la práctica clínica, se observa con frecuencia la especialización de los roles de los padres. Es habitual el que uno de ellos busque mayor información y participe más activamente en el tratamiento que el otro. Aun así es de vital importancia que ambos padres participen en la toma de decisiones y que, hasta donde sea posible y dependiendo de la edad, se incluya al paciente en dicho proceso.

Prosiguiendo con los retos que enfrenta la familia Sanfeliz (2003) señala en segundo término la reorganización familiar, es decir, cómo a pesar de la crisis por la que atraviesan logran estabilidad. Por ejemplo durante la fase crónica de la enfermedad la familia debe conciliar las necesidades del paciente con las demandas de desarrollo de los demás miembros.

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



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

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.

En tercer término plantea como un reto importante la reincorporación académica del paciente. Es habitual que los padres les sea difícil enviar al niño nuevamente a la escuela. Muchos padres sienten ansiedad ante la idea de separarse del niño, también temor a que se enferme o también que sus compañeros lo ridiculicen. Los pacientes, por su parte, pueden reaccionar de distintas maneras ante la idea de volver a la escuela. Incluso el reto puede ser mayor para adolescentes que para niños pequeños. Los adolescentes cuya autoestima está estrechamente relacionada con su apariencia física y con su participación en actividades deportivas y popularidad, pueden presentar mayores dificultades en su adaptación escolar.

En cuarto término la autora señala que la familia debe poder manejar emociones intensas, debido al gran estrés que experimentan por la enfermedad y los tratamientos. Es común que los padres presenten algunos síntomas como: dificultad para conciliar el sueño, cambios en el apetito, pérdida del deseo sexual, sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad, pensamientos recurrentes y tendencias obsesivas-compulsivas.

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



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

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).

En quinto término la autora 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.

El estilo de adaptación parece estar relacionado con la manera en la que el individuo o la familia perciben la enfermedad infantil. Por ejemplo, es más probable encontrar patrones activos de adaptación cuando la enfermedad es percibida como un reto o una prueba, y estilos más pasivos cuando se le percibe como una desgracia, un castigo o parte del destino. (Sanfeliz, 2003, 468).

Continuando con la misma autora uno de los retos más importantes para las familias es el conciliar diferencias individuales en sus estilos de adaptación, así como diferencias entre el estilo familiar y el socialmente deseado por el equipo sanitario. Se observa con frecuencia que las parejas suelen adoptar estilos complementarios, que en un comienzo puede servir como una función importante en el equilibrio emocional de la familia, pero también puede llegar a ocasionar problemas de comunicación. Por ejemplo mientras uno de los padres lleva un diario detallado con toda la información médica, el otro se esfuerza en organizar actividades de diversión para la familia. De tal forma que no es fácil para las



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

familias el modificar su estilo de adaptación de acuerdo con cambios en los requisitos impuestos por distintas fases del curso de la enfermedad.

Sin embargo también se ha observado que, en algunas oportunidades, un estilo activo puede resultar menos efectivo durante la fase terminal de la enfermedad o después de la terminación del tratamiento que a su inicio.

Además plantea la existencia de factores de riesgo que pueden complicar el proceso de adaptación en la familia. Por ejemplo se refiere a las experiencias previas de la familia con respecto a enfermedades, muertes y otras experiencias traumáticas. También señala que madres solteras y familias reconstituidas parecen ser particularmente vulnerables. Familias con patrones de interacción rígidos y con baja tolerancia a la ambigüedad y a la incertidumbre, también pueden presentar problemas de adaptación, al igual que problemas de salud mental y drogadicción, que dificultan el cuidado adecuado. Por último señala la disonancia entre valores culturales de la familia con los del equipo sanitario:

Varios autores han descrito con detalle importantes diferencias culturales en el manejo y necesidad de información, concepciones sobre la enfermedad y el tratamiento, la expresión de emociones, ritos relacionados con el cuidado al final de la vida y la muerte. (Sanfeliz, 2003 p. 469)

### **5. Antecedentes de la Psicoprofilaxis Quirúrgica**

En primer término Mucci (2004) explica que la palabra quirúrgico significa relativo o perteneciente a la cirugía, y agrega 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 con el siguiente significado: *arte de curar mediante intervención quirúrgica*.



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

Etimológicamente la palabra psicoprofilaxis es un término derivado del griego que significa prevenir, tomar precauciones. Es así que en el siglo XIX comienza a ser utilizado como prevención de las *enfermedades*. Desde la Medicina significa *preservación*, conjunto de medios que sirven para preservar de enfermedades al individuo o a la sociedad; es decir que alude a tratamiento *preventivo*.

Finalmente es significativo mencionar que como proceso psicoterapéutico preventivo surge en países anglosajones hacia fines de la Segunda Guerra Mundial.

Mucci (2004) explica, además, que la Psicología, en este periodo, comienza a investigar los procedimientos médicos, en tanto estresores, así como también las estrategias para abordar estas situaciones estresantes. Por consiguiente una de las áreas más investigada es la quirúrgica.

Respecto a su definición formula que la psicoprofilaxis es una práctica de límites precisos que se ubica en la intersección interdisciplinaria de la Psicología y la Medicina. Intersección que posibilita integrar al psicólogo en equipos y servicios quirúrgicos. Por ende, su práctica no se limita sólo a la asistencia psicológica de enfermos quirúrgicos, por el contrario también se extiende a su familia y se integra interdisciplinariamente junto con profesionales del equipo quirúrgico.

Esta disciplina posibilita detectar precozmente síntomas psicológicos que pueden afectar el curso de la enfermedad y que requieren de asistencia psicológica. Esto puede suceder con pacientes que deban ser asistidos por distintas especializaciones, como por ejemplo: Oncología, Trasplante de Órganos, Urgencias y Emergencias, Cuidados Intensivos, Cuidados Paliativos y pacientes con límite de vida, entre otras. En tal sentido la psicoprofilaxis quirúrgica, sin apuntar a la *psicologización* de la problemática quirúrgica ni *reducirla* a lo orgánico, aborda los síntomas psicológicos que se producen ante el proceso que



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

conduce a una cirugía. Por esta razón el tratamiento de dichos síntomas requiere trabajar en comunicación estrecha con los cirujanos y tener en cuenta las peculiaridades del contexto quirúrgico.

Barutta y Andenoche (2008) identifican que en los inicios de esta disciplina una de las autoras que comienza a mostrar interés en este tema es Morgenstem, en 1937, quien publica el historial de un niño de 8 años que sufre de un mutismo total, demostrando que una amigdalectomía también puede tener consecuencias psicológicas.

En dicho estudio se observan e interpretan dibujos del niño descubriendo, finalmente, que el síntoma era consecuencia de un trauma generado por una intervención quirúrgica, que incrementaba su angustia. Concretamente del interior de su boca se había sacado una parte. En consecuencia para el proceso de elaboración del aparato psíquico, el cerrar la boca equivalía a no hablar, es decir, era evitar la repetición del acto.

Según Mucci (2004) en 1960 la psicoprofilaxis quirúrgica se inscribía en la tradición de la psicología clínica y organizaba su quehacer en el terreno de la cirugía pediátrica. Las primeras referencias en la Argentina la ubican en el campo de la psicohigiene, entendida como profilaxis o prevención. (p.42)

Barutta y Andenoche (2008) explican que en Argentina la psicoanalista Aberastury es la primera que comienza a trabajar en psicoprofilaxis quirúrgica con niños. Estos autores advierten que dicha aplicación no sólo permitió que, al ofrecer información el niño estuviera más preparado para la cirugía, sino que además constituyó un hecho preventivo, ya que las entrevistas postquirúrgicas sirven para incorporar la nueva imagen corporal, en otras palabras, elaborar la pérdida de una parte del cuerpo o bien, en cirugías reparadoras, la pérdida de un defecto.



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

Incluso observan que existen interesantes aportes al tema como son los publicados por Glocer, quien describe una neurosis quirúrgica que se manifiesta ante miedos no superados, esencialmente el miedo a la muerte desencadenado por una situación quirúrgica.

Finalmente otro aporte fundamental es el de los autores Merea, Vázquez y Marcovich, Rinaldi y Goldberg, entre otros, quienes utilizan una caja de juegos y el cambio de roles como principales técnicas de trabajo con los niños. (Barutta y Andenoché 2008)

En definitiva al informar sobre el diagnóstico y la terapéutica indicada el enfermo puede procesar, elaborar y organizar estrategias y recursos defensivos ante la situación quirúrgica, que para él representa un peligro real. Es más, esta preparación incrementa las posibilidades de una adaptación (emocional) postoperatoria adecuada y contribuye a generar cierto control de la situación. (Mucci, 2004).

Incluso Mucci (2004) cita a Jhonson (1988), quien menciona que las intervenciones quirúrgicas consideradas menores también pueden provocar reacciones emocionales significativas. A propósito de lo cual observa que la preparación psicológica para la cirugía es un método eficaz para reducir el estrés.

Justamente a propósito del estrés que implica este tipo de tratamiento señala que: “un significativo número de investigaciones sugiere que un estado alto de ansiedad complica la recuperación del procedimiento quirúrgico, por acción de mecanismos somatopsíquicos. (Wallece, 1992)” (Mucci, 2004 p. 36).

En investigaciones en psiconeuroinmunología se ha encontrado que el estrés altera la homeostasis neuroendocrina, situación que implica que un retraso en la reparación de tejidos dificultando así el proceso de cicatrización. Además los



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

sujetos portadores de mayor distres pueden presentar trastornos del sueño, que se relacionan con la supresión en la hormona de crecimiento, que produciría efectos adversos en una rápida recuperación de las heridas. (Dieron- Glasor, 1998) (Mucci, 2004).

Se ha identificado que algunos de los beneficios de un manejo adecuado de emociones negativas, que puedan generar estrés, son: disminución de los tiempos de internación, nivelación del estado de ansiedad, el cual es un predictor importante de recuperación, un adecuado manejo de dolor, disminución del uso analgésicos, recuperación oportuna del procedimiento que facilita el alta y satisfacción con la calidad asistencial. (Devine, 1992; Kulak y Col, 1996 y otros) (Mucci, 2004 p. 36).

Por otra parte el psicólogo, antes de determinar si el niño y su familia requerirán de una intervención psicoprofiláctica, debe evaluar algunos factores para identificar si esta es o no pertinente. A continuación se nombran algunos de ellos según los enumera Sinigoj (2012):

- *Ansiedad:* se observa su presencia o ausencia, de que tipo es, y finalmente su nivel. Cuando se evidencia que el niño y sus padres presentan niveles de ansiedad disfuncionales se aplican estrategias que permitan reducirlos o atenuarlos.
- *Estrategias de afrontamiento:* se evalúan aquellas con las que cuentan el niño y sus padres para enfrentar la situación quirúrgica. Si el equipo tratante identifica una baja flexibilidad y utilidad se implementan nuevas estrategias que ayuden a enfrentar la situación quirúrgica de un forma positiva.
- *Información:* se investiga la cantidad y el tipo de información que poseen tanto el niño como su familia sobre el procedimiento quirúrgico. El equipo tratante se ocupa de proporcionar la información de forma precisa y adecuada, para el menor y sus padres, siempre teniendo en cuenta la edad del niño y su capacidad para procesar dicha información.



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

### **6. Los Cuatro Momentos de la Psicoprofilaxis Quirúrgica**

Como fue anticipado a continuación se desarrollarán los cuatro momentos de la psicoprofilaxis quirúrgica tal como lo formula Merea (1981):

El primero de estos cuatro momentos consiste en la *entrevista inicial con los padres*. Este primer encuentro posibilita elaborar el diagnóstico, y además ayuda a encuadrar con certeza la manera en que debe ser preparado el paciente pediátrico. En este sentido se plantea un panorama referido a las personas con las que se debe trabajar, ya sea el niño, los padres o la familia en su conjunto.

También es necesario conocer en detalle los antecedentes de la operación que se va a realizar, se observa cuál es la urgencia, que puede ser una emergencia clínica o “familiar”; y también se evalúa si es el momento oportuno para hacer este tipo de intervención psicológica, dependiendo del riesgo clínico.

Posteriormente el psicólogo debe conocer la historia evolutiva del paciente, su comportamiento actual y pasado, qué enfermedades ha padecido, si ha sufrido otras intervenciones quirúrgicas, y también debe indagar acerca de su actitud ante el personal hospitalario que lo asiste.

Esta exhaustiva indagación puede abarcar de una a tres entrevistas en las que se trata de identificar si el niño ha tenido una evolución normal. Si hay sospecha de alguna enfermedad mental se trata de evaluar específicamente de cuál se trata y la gravedad de la misma (neurosis, psicosis, psicopatías, debilidad mental, trastornos orgánicos).

Todo esto proporciona información que ayuda al psicólogo a determinar la forma en que debe proceder frente a este caso en particular. Es por ello que también se



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

deben tener en cuenta algunas posibilidades que eventualmente pueden presentarse. A continuación se detallan algunas de ellas:

La primera situación es aquella en que el niño es normal o posee ciertos conflictos de índole neurótica, que de alguna forma son favorables para que se realice la intervención en la fecha indicada; es decir, no dificultan para nada su realización. En estos casos es apropiado aplicar la psicoprofilaxis. Es más, generalmente se pronostica como exitosa.

La situación desfavorable es cuando el niño tiene las mismas características recién citadas, sin embargo en algunos casos, la presencia de ciertos factores modifican un poco el abordaje; por ejemplo: edades entre 1 y 3 años, distancia geográfica y urgencia. En estos casos se deben hacer entrevistas con los padres para proporcionar información que les permita prepararse para enfrentar la situación quirúrgica de su hijo.

En la entrevista el psicólogo indica a los padres *el qué, el cómo y el cuándo* deben hacer saber al niño sobre la situación por la que deberá atravesar. Además se los ayuda a comprender las ansiedades que ésta despierta en el niño y, de esta forma, se los habilita para que logren brindar una sana contención. A posteriori se puede realizar un nuevo encuentro con los padres para determinar si el niño se ha recuperado adecuadamente; y también allí se puede evaluar si es necesario mantener entrevistas posquirúrgicas con el niño.

Una segunda posibilidad que se contempla es cuando el niño sufre severos trastornos de la personalidad (neurosis graves, psicosis, caracteropatías), conflictos evolutivos intensos o crisis de crecimiento que, de no mediar urgencia clínica, hacen que se piense que el momento elegido puede no ser el adecuado



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

para realizar la intervención, por lo cual sería favorable hacer un psicodiagnóstico y una posterior iniciación terapéutica.

En estos casos pueden surgir dudas respecto a las motivaciones de la familia y/o del niño frente a la decisión de la intervención. En consecuencia hasta que estas “dudas” no se aclaren se postergará la preparación por parte del psicólogo debido a que se desconocen muchos aspectos particulares de la situación.

No obstante también existen circunstancias en las que a pesar de observarse trastornos severos en el niño no se puede dilatar la cirugía. En estos casos se plantea la alternativa de una psicoprofilaxis quirúrgica, aunque con cautela. Aunque el centro de la intervención deba ser el procedimiento quirúrgico y las ansiedades que se producen por dicha situación, para los niños que tienen estos trastornos, la ansiedad propia de esta situación se entrecruza con ansiedades inmanejables que ellos ya poseían, lo cual trae consecuencias muy difíciles de controlar y que requieren de una intervención psicoterapéutica de mayor alcance.

No es recomendable, en estos casos particularmente, que el psicólogo que realiza la psicoprofilaxis quirúrgica se haga cargo también de la psicoterapia, puesto que puede llegar a dificultar el proceso terapéutico posterior, en tanto que, eventualmente, puede quedar fijado inconscientemente a la situación quirúrgica.

La última posibilidad que se puede contemplar es cuando el niño está en un proceso psicoterapéutico y se presenta la necesidad de ser intervenido quirúrgicamente. En dicho caso es recomendable que se trabajen las ansiedades relacionadas con la cirugía y que los padres se hagan cargo de la información.

Prosiguiendo con el relato de los cuatro momentos de la psicoprofilaxis, el segundo corresponde a la *entrevista prequirúrgica*, que se hace luego de realizada la entrevista con los padres. Allí se ofrece la información sobre la forma y



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

el tipo de anestesia que se va a emplear, el tiempo de internación, el riesgo quirúrgico y, finalmente, los cuidados pre y posquirúrgicos. Posteriormente se cita al niño para iniciar con él la psicoprofilaxis prequirúrgica.

En esta fase varían el número de entrevistas a realizar teniendo en cuenta, principalmente, la edad del niño y el tipo de intervención. Si por ejemplo la cirugía fuera de alto riesgo seguramente produciría en el niño y su familia un intenso estado emocional que requerirá un mayor tiempo de trabajo.

El psicoterapeuta puede 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 intervención.

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

Teniendo este material de apoyo el psicólogo puede observar la manera en que el niño interactúa con los juguetes, se pueden proponer dramatizaciones y juegos de rol haciendo que el niño no se posicione en una determinada función, por el contrario se trata de propiciar a que se identifique como paciente, médico, mamá, papá, enfermero, hermanos, 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. Incluso 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.

El tercer momento corresponde a las *entrevistas posquirúrgicas*. Se observa que en esta fase el número de entrevistas es la misma cantidad que las propuestas en el proceso psicoterapéutico prequirúrgico. En muchas ocasiones se evidencia que luego que el niño ha pasado por la cirugía, con una o dos entrevistas es



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

suficiente para que pueda expresar fantasías reprimidas y en forma totalmente desinhibida.

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...) (Merea, 198, p. 82)

Finalmente, el último momento corresponde a la *entrevista final con los padres*. Dicha entrevista se realiza con el propósito que los padres se vinculen con el proceso por el que tuvo que pasar su hijo para que comprendan cómo fue el desempeño del niño y también para conocer lo que sintió durante el tratamiento psicoprofiláctico.

En el caso de observar 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.

En definitiva, todos estos pasos planteados benefician al niño en la medida en que logran reducir ansiedades o efectos traumáticos. Incluso el niño, en su proceso de elaboración, puede tomar un sentido positivo de lo que ha experimentado y aprovecharlo para tomar dicha experiencia como algo enriquecedor.



## 7. Intervención Psicoterapéutica desde el Abordaje Multidimensional

De acuerdo con Mucci (2004) 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 y estrategias de acuerdo a las características y posibilidades de cada paciente.

Este abordaje, en el momento de realizar la evaluación, toma un modelo ecológico en el que 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).

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

*La dimensión psicodinámica* corresponde a la dinámica que se establece en relación al conflicto que genera el proceso quirúrgico en el funcionamiento intrapsíquico en general del paciente. Se trabaja tanto con contenidos conscientes, inconscientes, como también preconcientes. La elaboración de la información o *insight* ayuda a hacer explícito lo implícito, es decir, 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 por ejemplo: esclarecimientos, interrogantes, aclaraciones, confrontaciones, señalamientos e interpretaciones. Los recursos no verbales utilizados son las técnicas proyectivas gráficas, lúdicas y psicodramáticas.



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

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.

Por consiguiente se deduce que la falta de esclarecimiento incrementa la ansiedad y establece que la información debe ser transmitida por el terapeuta, tanto al niño como a sus padres, complementariamente a la labor interpretativa. También logra identificar 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, es recomendable efectuar una psicoterapia focalizada, breve y multidimensional, la cual permite, tanto al niño como a sus padres, poner en funcionamiento mecanismos defensivos para disminuir y prevenir la producción de trastornos psicológicos que se manifiesten en el postoperatorio y lo compliquen, así como también se promueve el trabajar actitudes negativas hacia los médicos y los servicios de salud.

Respecto a la *dimensión cognitiva* 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 dedicado a explicar,



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

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 por 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 empleados son la prescripción de tareas y las técnicas de interacción grupal. El mecanismo de cambio se orienta a modificar la organización del sistema 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 utilizados son el autoinforme de miedos, la evaluación de la ansiedad preoperatoria (mediación de ansiedad estado – rasgo), las técnicas de relajación y de desensibilización sistemática, el entrenamiento asertivo y las técnicas de autocontrol. El mecanismo de cambio se infiere desde la modificación del comportamiento.

Por su parte, Salas, Gabaldón, Mayoral, Guerrero, Albisu y Amaya (2003) destacan que algunas técnicas cognitivas-conductuales reducen significativamente el estrés en niños oncológicos sometidos a procedimientos terapéuticos dolorosos. Por ejemplo señalan que en un estudio se empleó un paquete cognitivo conductual que constaba de cinco componentes (respiración, refuerzo, imaginación, ensayo conductual y modelo filmado) y fue aplicado a cinco niños



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

con leucemia que habían sido derivados por mostrar una extrema ansiedad ante los procedimientos médicos.

Los resultados obtenidos en este programa demuestran reducciones significativas en las puntuaciones de estrés y eliminación de la restricción física para realizar las aspiraciones medulares y punciones lumbares, demostrando finalmente la eficiencia de la intervención psicológica.

### **8. El Rol del Psicólogo en Cirugía Pediátrica**

En términos generales 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).

Intervenir es “meterse entre” la relación cirujano-paciente, mediar entre el paciente que “tiene” una enfermedad y el espacio que se constituye con el



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

médico, para significar la demanda (si la hubiere), provenga de quien proviniera (médico, paciente, familia, personal, institución). Así se constituye un entramado de variables, que conforman un soporte para la elaborar la situación. (Mucci, 2004).

Por esta razón cuando una persona padece algún tipo de preocupación o dolor requiere de un interlocutor que lo escuche y le pregunte sobre la relación que establece con su sufrimiento, su estilo de enfermar. En tanto que el paciente se interroga: *¿por qué?, ¿por qué a mí?, ¿de dónde viene esto?, ¿qué me va a pasar?, ¿cómo voy a quedar?*, ante este tipo de cuestionamientos se requiere, en muchas ocasiones, de una pronta respuesta y no siempre el cirujano está disponible para responderlas.

El psicólogo en el equipo quirúrgico también desarrolla la labor de traducir al equipo interdisciplinario ciertos mensajes físicos, psíquicos, datos que el paciente no se ha animado a proporcionar directamente y también dudas e interrogantes.

Finalmente es primordial destacar que el psicooncólogo en cirugía actúa como un facilitador de la adaptación activa del paciente y su familia ante el acto quirúrgico.



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

### **CAPÍTULO II: ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL ESTUDIO DE CASO**

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.

#### **2.1 PROBLEMA**

Tal como se ha expuesto en este trabajo 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



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

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 invención psicoprofiláctica la Psicoprofilaxis Quirúrgica como procedimiento Psicoterapéutico en una niña con Astrocitoma Pilocítico?

### 2.2 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.



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

- Caracterizar la familia del paciente oncológico infantil e identificar sus estrategias para adaptarse ante las situaciones que acompañan la enfermedad.
- Caracterizar la psicoterapia focalizada multidimensional como abordaje integral.



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

### **CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN DEL CASO MARIANA**

Mariana es una niña de 8 años que proviene de la provincia de Tucumán, cursa el tercer grado de la escuela primaria y es hija única. Físicamente es delgada, su madre comenta que desde hace dos meses perdió más o menos unos 2 kilos explicando que pesaba 23 kilogramos antes del diagnóstico. Su piel es color trigueña, tiene cabello largo, hasta debajo de los hombros de color castaño oscuro. Se observa en ella un buen cuidado personal, en su vestimenta, en su higiene y en su presencia en general.

Al comienzo de los encuentros psicoterapéuticos se muestra tímida (mantiene contacto visual por corto tiempo), habitualmente muestra el ceño fruncido, como si estuviese enojada o con dolor y expresa tristeza, en algunos momentos. Tiende a seguir visualmente las acciones de su madre, cuando ella se movilizaba por el cuarto. Su comunicación verbal era pobre, inicialmente.

Mariana comenta que en Tucumán tiene dos amigas del colegio y una más del barrio, y que en sus ratos libres visita la casa de una de ellas para jugar o ver películas.

Sus padres están separados. Mariana vive con su madre, Valeria de 35 años, que trabaja en una casa de familia. Su padre, Juan, vive solo en una pensión, tiene 38 años y trabaja como cadete en una empresa.

Si bien actualmente ambos están separados el padre de Mariana mantiene un buen vínculo con la niña y colabora con los gastos económicos. El nivel socioeconómico de esta familia es medio bajo.

Respecto a las creencias religiosas su madre es evangélica y Mariana también practica esta religión. A manera de digresión es importante señalar que siempre



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

introducen este tema en las conversaciones, mostrando respeto y veneración a Jesucristo.

Valeria es hija única, sus padres son fallecidos. Su madre murió por un cáncer de mama hace 2 años y su padre falleció en un accidente hace 10 años atrás. Valeria es una persona cordial y sensible, se la ve muy preocupada por la salud de su hija. Respecto a su cuidado personal es favorable y su vestimenta es discreta. En sus ratos libres lee versículos de la biblia evangélica. A nivel social ella manifiesta tener pocos amigos, le gusta ir a la iglesia y escuchar la palabra de Jehová. En este momento suspende su actividad laboral, debido al traslado y hospitalización de Mariana. También manifiesta que Juan se ha mostrado cooperativo, en esta circunstancia que están atravesando, y además colabora económicamente.

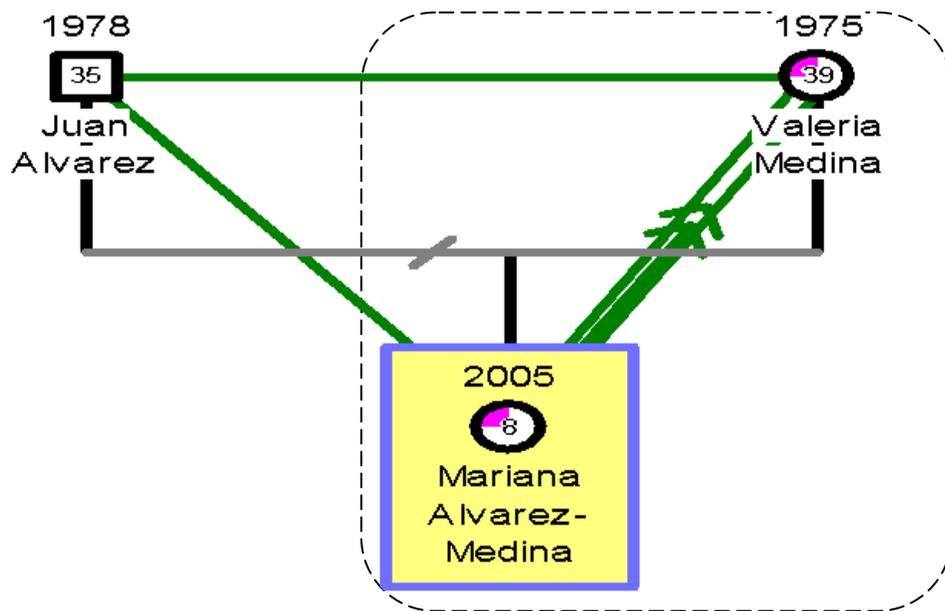
Juan es el tercero entre sus hermanos, sus padres también viven en Tucumán. Es amable y respetuoso en el trato, y algo introvertido. Durante el tiempo que Mariana permanece hospitalizada se presenta en dos oportunidades manifestando que a causa de su trabajo no podía estar con frecuencia en el hospital. Socialmente es una persona de pocos amigos, comenta que no tiene un trato constante con su familia, y dice que de vez en cuando se reúnen para alguna festividad.

El 18 de Junio del 2013 Marina es diagnosticada de un cáncer cerebral, un astrocitoma pilocítico, localizado en el tronco cefálico. Debido a su tamaño se detecta fácilmente y se observa que es de tipo alto. Por esta razón es internada de inmediato, ya que además presenta una hidrocefalia obstructiva, que es detectada por un TAC de contraste. El 20 de Junio el oncólogo determina que debe ser intervenida quirúrgicamente para extirpar el tumor.



# UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

## 3.1 GENOGRAMA





## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

### **CAPÍTULO IV: DESCRIPCIÓN DEL CASO MARIANA**

La primera entrevista se realiza con los padres de Mariana el 18 de Junio del 2013. En primer término la psicóloga pregunta: *¿por qué se encuentran en el hospital?* La madre responde que Mariana está internada debido a que en las últimas semanas presentó dolores de cabeza y vómitos; y además en la escuela, su maestra, hace unas dos semanas atrás, observa que Mariana presentaba una desviación de su ojo izquierdo y que manifestaba problemas en su motricidad.

Valeria informa que hace un mes y medio lleva a su hija a un hospital de su provincia y que el médico que la observa le dice que no presenta nada serio, que su sintomatología es de tipo emocional. Sin embargo estos síntomas que antes se presentaban de forma esporádica comienzan a acentuarse, por lo cual otro médico que la observa les aconseja que consulten en un hospital especializado en pediatría. Ante esta advertencia los padres deciden trasladarse a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y consultan en el Hospital General de Niños Ricardo Gutiérrez.

Es oportuno señalar que Valeria presentó un linfoma, tiempo atrás, por el que fue tratada con radioterapia. Justamente durante este tratamiento se entera que está embarazada de Mariana.

Ambos padres se ven muy preocupados y con dudas, respecto a la enfermedad y al tratamiento, por lo cual la psicooncóloga propone un encuentro con el médico oncólogo para que clarifique el diagnóstico y el tratamiento que deberá realizar Mariana.

La psicooncóloga les explica situaciones generales por las que va a atravesar Mariana, mientras se encuentre internada en el hospital, como por ejemplo: los



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

pinchazos y exámenes preoperatorios. En esta oportunidad se les pide a los padres que ayuden a la niña con un acompañamiento emocional positivo, pedido que se formula empáticamente; y finalmente también se les explican temas relacionados con la comunicación asertiva y técnicas de relajación que posiblemente se empleen.

El segundo encuentro psicoterapéutico se efectúa al día siguiente de esta primera entrevista, en tanto que la niña debe someterse a una cirugía de urgencia para extirpar el tumor, debido a que le ha ocasionado hipertensión endocraneana, y una hidrocefalia obstructiva. Es así que se llama urgentemente a la psicooncóloga para que la acompañe a ella y a su familia en esta situación.

En primer término se habla con Valeria y se le pregunta cómo está, cómo se siente en esta situación. Ella responde que no muy bien y que esta angustiada porque su hija debe ser intervenida. Finalmente expresa que ella también pasó por una circunstancia similar y que le preocupa que su hija se asuste y no entienda lo que ocurre.

Se le señala que lo importante es que se informen acerca de esta cirugía que se le practicará a su hija para tener en claro los pasos a seguir. De esta manera se intenta que estén más tranquilos, lo cual también favorece a que se reduzca la ansiedad en la niña. Desde este momento se habilita a los padres para que pregunten y manifiesten sus emociones, momento en que comienzan a expresar sus creencias religiosas:

**Valeria:** *“así como yo me curé del cáncer, mi hija también se va a curar porque Jehová es misericordioso.”*

En otro momento, en la habitación con Mariana, la psicóloga le pregunta cómo se siente, y ella responde que tiene miedo de no ver más a su madre. Al indagar sobre esta cuestión, llorando, dice que piensa esto porque la van a operar. Se la



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

toma de la mano, con el propósito de contenerla, y luego se indaga respecto a si los doctores le explicaron sobre esta intervención. Ella afirma con la cabeza, y ante la pregunta sobre el lugar del cuerpo en que será operada responde: *“Mi mamá me dice que tengo una pelotita en la cabeza y que me la van a sacar.”*

**Psicóloga:** *“Si, efectivamente, eso es lo que los doctores van a hacer. Te voy a mostrar un libro en el que podés colorear, si querés. Además podrás ver que te explica todos los procedimientos que te van a hacer. También te traje unos juguetes. ¿Te gustaría jugar conmigo?”* (Mariana asiente con la cabeza).

La psicóloga comienza a jugar con Mariana, utiliza una caja de juguetes que contiene: títeres vestidos de médicos y enfermeras, vendajes, suero, catéter, jeringas, fonendoscopio etc. Luego de jugar un poco con este material, se le explican los pasos de la cirugía. También se le aclara que será intervenida por un doctor experto en operar niños. Se le comenta que antes de entrar a la sala en que será intervenida tendrá que cubrirse con un delantal, sin ropa debajo, y se le advierte que si esto le diera vergüenza puede preguntar al médico si le pueden quitar la bombacha cuando ya esté dormida.

También se le explica lo que es un catéter. Concretamente se le dice que es un tubito estrecho y alargado por donde le van a colocar un medicamento que la va a hacer dormir, y que además, como la cirugía es en la cabeza, le van a rapar parte del pelo. Además se le advierte que si ella quiere también le pueden rasurar toda la cabeza.

Luego se le explica que luego de la cirugía va a despertar gradualmente, que no va a poder levantarse de inmediato, y que tendrá que pedirle ayuda a su mamá. Por último se le explica que despertará en un cuarto que se llama cuidados intensivos y que estará allí hasta que se sienta mejor.



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

Dentro del juego Mariana pregunta si sus padres pueden entrar a acompañarla al quirófano, pero se le responde que esto no es posible, que es un lugar que debe estar muy limpio, y que sólo los médicos y enfermeras están autorizados para estar allí. Ante esta aclaración se le llenan los ojos de lágrimas, momento en que se decide integrar a la madre al juego.

En el juego se le indica a la madre que juegue a aparecer y desaparecer detrás de la puerta, con el propósito que la niña comprenda que si ella no estuviera en el quirófano, de todas formas estaría presente, por ejemplo en el pasillo, esperándola. Además se le advierte que ni bien despierte las primeras personas que verá serán sus padres.

Luego de la cirugía Mariana debe estar varios días internada en cuidados intensivos, debido a que requiere de un mayor monitoreo médico para evitar alguna infección. Posteriormente la pasan a observación, momento en que se efectúa la *entrevista postoperatoria*.

En este primer encuentro se le pregunta cómo está, y responde: *“estoy bien, antes me dolía un poco la herida pero que ahora no tanto.”*

Luego se le hace la propuesta de jugar juntas. Como había unas hojas y unos colores se le pide que dibuje. Dibuja una niña en un bosque, lo colorea; y luego se le pide que invente una historia: *“es una niña que está feliz paseando por el campo y a ella le gustan las flores.”*

También juega un rato a las muñecas con la terapeuta. Mariana hace de mamá y la psicoterapeuta es la hija. Durante el juego ella se muestra como la persona que protege y cuida a su hija, le dice que hacer y también cómo debe comportarse.

Esta es la última entrevista con Mariana debido a que en el transcurso de la semana es dada de alta.



## **UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES**

Es importante señalar que el padre de Mariana, por cuestiones laborales, sólo se presenta a la primera entrevista. Se comunica con Valeria y su hija telefónicamente. Es decir, quien estuvo más al tanto de la cirugía y la internación de Mariana es la madre.



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

### **CAPÍTULO V: ANALISIS DEL CASO MARIANA**

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



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

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 que 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



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

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.

## **CONCLUSIONES GENERALES**

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



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

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.

Por otra parte es posible que se haya logrado prevenir el desarrollo de un eventual trastorno psicológico en la niña. Esto se observa en las estrategias de afrontamiento que Mariana exhibe en las entrevistas descritas, que seguramente le ayudaron a sobrellevar la cirugía. En caso contrario, si la niña por estructura de personalidad o historia de aprendizaje no hubiese encontrado la mejor forma de asimilar esta situación, podría haber presentado síntomas emocionales exagerados, con sus correspondientes daños en la salud mental, produciendo una mala adaptación al evento quirúrgico.

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.



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

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.



## UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

<http://bit.ly/WG4HkB>

Bekei, M., Boscían, P.J., Calvo, A., García M.E., De Katz., Kohen., 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>



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS  
EMPRESARIALES Y SOCIALES**

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>