



UNIVERSIDAD DE JAEN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

GRADO EN ENFERMERIA

Alteraciones emocionales en menores con cáncer

Manuel Quesada Ortega

Jaén, 12 de Junio de 2014



UNIVERSIDAD DE JAEN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

GRADO EN ENFERMERIA

Alumno: Manuel Quesada Ortega

Tutora: Macarena Perán Quesada

Jaén, 12 de Junio de 2014

INDICE

1. INTRODUCCION.....	pág. 6
<i>1.1 Etiología de las alteraciones emocionales en menores.....</i>	<i>pág. 6-7</i>
<i>1.2 Trastornos emocionales en menores oncológicos.....</i>	<i>pág. 7</i>
<i>1.3 Reacciones emocionales secundarias al tratamiento.....</i>	<i>pág. 7-8-9</i>
<i>1.4 El menor y el tratamiento quimioterapéutico.....</i>	<i>pág. 11-12-13</i>
<i>1.5 PAE.....</i>	<i>pág. 13-14</i>
2. OBJETIVO	pág. 15
3. METODOLOGÍA.....	pág. 17
4.RESULTADOS.....	pág. 22
5. DISCUSION.....	pág. 25
6. CONCLUSION.....	pág. 29
BIBLIOGRAFIA.....	pág. 31

RESUMEN

Objetivo: Mi propósito en este trabajo ha sido analizar los problemas emocionales y conductuales que presentan los niños en tratamiento activo con quimioterapia, y comparar los resultados obtenidos con un estudio realizado en la Unidad de Oncohematología del Hospital Virgen de la Arrixaca (Murcia), el cual se marca similares objetivos.

Método: A través de la observación, analizar una muestra compuesta por 12 menores oncológicos diagnosticados de leucemia (42%), sarcoma (25%), linfoma y tumor del Sistema Nervioso Central, ambos un 17%.

Resultados: El problema emocional más frecuente que presentan los menores oncológicos es la ansiedad, le sigue por debajo problemas afectivos. Aparecen después quejas somáticas y problemas de conducta en la misma proporción y por último déficit de atención e hiperactividad.

Palabras clave: quimioterapia, trastornos emocionales, niños con cáncer.

ABSTRACT

Objective: My aim in this study was to analyze the emotional and behavioral problems experienced by children in active treatment with chemotherapy, and compare the results with a study in Unit Oncohematology Virgin Arriaxa Hospital (Murcia), the mark which is similar objectives.

Method: Through observation, analyzing a sample of 12 cancer children diagnosed with leukemia (42%), sarcoma (25%), lymphoma, and central nervous system tumor, both 17%.

Results: The most common emotional problem posed by cancer is under anxiety, followed by emotional problems below. Appear after somatic complaints and behavioral problems at the same rate and finally attention deficit hyperactivity disorder.

Key words: chemotherapy, emotional disorders, children with cancer.

1. INTRODUCCION

El cáncer ha experimentado un aumento de su frecuencia en los últimos años, esto también afecta a la población infantil donde el número de neoplasias se ha visto elevado considerablemente en los menores de 15 años, por ello considerar el cáncer en niños como un problema de salud pública, viéndose una mejora tanto en los métodos diagnóstico, como en los tratamientos médicos utilizados (1).

En la actualidad la forma mediante la cual los niños afrontan el cáncer es muy diversa, así como la adaptación al mismo y sus repercusiones a nivel físico, emocional y conductual. Por ello vamos a considerarla como un proceso dinámico y flexible que va a depender de múltiples factores.

Los factores que van a influir en esta adaptación son:

- La edad.
- Nivel de desarrollo cognitivo, motor y social.
- Grado de comprensión de la enfermedad.
- Actitud ante la comunicación del diagnóstico.
- Tipo de cáncer.
- Pronóstico.
- Fase de la enfermedad (diagnóstico-tratamiento-recidiva-desenlace).
- Adaptación de la familia a las etapas del cáncer.
- Situación económica y apoyo social.
- Medio sociocultural.

1.1 ¿De qué van a depender los problemas emocionales que aparecen en los niños oncológicos?

1.1.1 Tipo de enfermedad, fase y tratamiento recibido (el menor va a estar menos expuesto a desarrollar problemas emocionales si el tumor es fácil de controlar, si por el contrario hablamos de un cáncer agresivo que curse con grandes masas la exposición va a ser mayor. Mucha relevancia tiene la fase en que se diagnostique la enfermedad, encontrando graves problemas emocionales si el diagnóstico es tardío).

1.1.2 La edad (tiene mucho que ver la inmadurez propia de la edad).

1.1.3 Personalidad del menor.

1.1.4 Dinámica familiar establecida.

1.1.5 Reacción de los padres ante la enfermedad.

Distintos autores consideran que los menores con cáncer no presentan trastornos clínicos o psicopatológicos como tal, sino más bien **reacciones psicológicas adaptativas** ¿por qué se llega a esta conclusión? La respuesta está en que los niños se van familiarizando con el entorno hospitalario produciéndose una disminución de las reacciones desadaptativas y de la sintomatología. El trato diario que tienen con el personal enfermero, auxiliares, personal médico, trabajadora social, psicóloga y demás niños ingresados en la unidad hace que se vayan creando lazos fuertes ante la alerta que supone el cáncer y no solo entre ellos, sino también entre los distintos padres y madres de los menores. El desajuste que supone para ellos pasar a formar parte de una planta como esta, que acaba transformándose en un segundo hogar *“al final es como mi segunda casa”* dicen muchos.

Considerar que al igual que un número importante de niños es capaz no solo de luchar contra el cáncer sino también dar ejemplo de crecimiento y desarrollo psicosocial, una parte minoritaria no es capaz de superar la enfermedad y acaba declinando en problemas psicológicos graves.

1.2 Trastornos emocionales más frecuentes en menores oncológicos:

1.2.1 Trastornos adaptativos y del comportamiento.

1.2.2 Alteraciones conductuales o reacciones desadaptativas.

1.2.3 Sintomatología del estrés postraumático.

1.2.4 Síndrome regresivo.

1.2.5 Depresión.

1.2.6 Ansiedad.

1.3 ¿Cuáles son las reacciones emocionales secundarias al tratamiento activo de mayor relevancia?

1.3.1 Angustia (por la situación que vive el menor y la forma en que le cambia la vida).

1.3.2 Temor asociado a pruebas médicas y enfermeras (colocación de un reservorio, canalización de una vía central, administración de quimioterapia intratecal, punción del reservorio con sistema gripper).

1.3.3 Vergüenza producida por la alopecia y los cambios corporales. Esto conlleva a que el/la menor se encierre en sí mismo y no quiera participar en ninguna actividad siendo propenso/a a un mayor aislamiento (la alopecia no es tan significativa en niños, en cambio las menores lo viven como una agresión intencionada y directa hacia ellas. Por otro lado los corticoides que contiene la quimioterapia producen una leve inflamación de la cara, es frecuente que ante esto los menores piensen que el tratamiento además es responsable de un aumento de peso).

1.3.4 Aislamiento del menor por un mayor riesgo de contraer infecciones: el tratamiento quimioterapéutico (metrotexato, etopósido entre otros) da lugar a una bajada de defensas (depresión del sistema inmunológico). Como consecuencia va a estar menos involucrado en las actividades recreativas que se lleven a cabo en el hospital.

1.3.5 Fatiga a consecuencia del tratamiento, que conlleva a una menor motivación y escaso deseo de realizar actividades. Tanto la fatiga como las náuseas, vómitos, dolor abdominal pertenecen al grupo de **quejas somáticas** y aunque en un principio no íbamos a llegar a introducirlas en el estudio puesto que es difícil diferenciar cuando la sintomatología que padece el menor es secundaria al tratamiento y cuando, es debida a la situación que está viviendo, finalmente si las vamos a incluir puesto que en la unidad hemos encontrado 2 casos claros de este tipo de comportamiento.

1.3.6 Insomnio, muy común en la fase tratamiento activo. Distintos autores consideran que el insomnio se debe a varios factores entrelazados, entre los que destacan: factores ambientales, ansiedad, depresión y determinados fármacos utilizados en el tratamiento.

1.3.7 Negativa a la alimentación. Es una de las pocas áreas que el menor oncológico es capaz de controlar, por ello utiliza los problemas con la comida

como una forma de obtener el control de la situación. A través de la observación he comprobado que este comportamiento no se da solo en los niños de baja edad, sino que es muy frecuente también en la adolescencia (2).

Dificultad a la hora de diagnosticar depresión→ La trabajadora social de la Unidad Clínica de Pediatría del Hospital Materno Infantil de Jaén (que además trabaja como psicóloga) pone de manifiesto “la dificultad a la hora de llegar al diagnóstico de depresión puesto que en ciertas ocasiones la apatía, tristeza, irritabilidad que manifiestan los niños oncológicos se debe, no a un trastorno emocional como tal sino a “la debilidad, sedación o al dolor que ocasiona el tratamiento”.

La ansiedad es otro de los trastornos emocionales que más se da en los niños, pero en muchas ocasiones son los propios progenitores los responsables de su aparición.

Cuando el personal médico comunica a la familia la enfermedad que padece el menor, en ocasiones ésta opta por no decírselo, sin embargo he podido observar como el niño es capaz de percibir la ansiedad que reflejan sus padres y por ende, manifestarla de forma más aguda. Del mismo modo ocurre con las visitas a los pacientes, que crean un estado de nerviosismo e intranquilidad a los niños teniendo que intervenir en ciertas ocasiones el personal enfermero para aconsejar que se restrinjan.

La ansiedad se presenta también en los pacientes oncológicos cuando se les proporciona información inadecuada o contradictoria acerca de su diagnóstico, manifestándose en el menor de forma progresiva en cada una de las intervenciones realizadas: punción lumbar, técnicas invasivas, administración de quimioterapia, etc. El niño percibe que la información dada no se corresponde con las técnicas que se le están realizando considerándolas mucho más agresivas y por ello aumentando la ansiedad.

¿Cuándo se puede considerar que el menor afronta la enfermedad que padece? El proceso de asimilación del cáncer es complejo y no se produce en una semana ni en dos, sino que es un reto que el paciente tiene que conseguir con el apoyo de familiares y como no, la involucración del personal enfermero.

La mayoría de los padres asumen que este afrontamiento no se produce una vez finalizado el tratamiento médico o cuando el menor está curado o es un superviviente a largo plazo sino que el recuerdo del trauma permanece con el menor durante unos años, así como la posibilidad de recidiva. O'Malley considera que son dos años los necesarios para que disminuya el temor a la recidiva una vez finalizado el tratamiento médico (2).

Conseguida la remisión de la enfermedad o supervivencia a largo plazo, el paciente vuelve a su entorno familiar y social.

En algunas ocasiones el menor adquiere a lo largo de su periodo en el hospital un grado de madurez y una forma de afrontar la realidad que previamente no tenía ya que ante el trauma que padece, en lugar de venirse abajo y tirar la toalla, se crece como persona. Pero no ocurre esto en todos los casos, es frecuente que después de la remisión de la enfermedad, el niño presente problemas de ajuste, así lo ponen de manifiesto O'Malley et al que analizaron a 114 supervivientes con cáncer infantil encontrando niveles elevados de problemas de ajuste (2). Fritz and Willian estudiaron una muestra de adolescentes supervivientes de cáncer frente a un grupo control evidenciando que si bien un 97% mostraba una adaptación buena o excelente, un 27% presentaba graves problemas de ajuste (2). Otro estudio que analiza si los niños en tratamiento activo con quimioterapia difieren en su adaptación psicológica de los niños sanos, refleja que no hay pruebas de una diferencia en el ajuste psicológico entre menores enfermos y sanos (3).

¿Cómo influyen las lesiones secundarias al tratamiento en el niño con cáncer? Si es cierto que en función de la secuela que produzca el tratamiento, ya sea interna o externa, el niño va a quedar marcado, en mayor o menor medida, a largo plazo y a veces de por vida. Efectos producidos por tratamientos prolongados como son cambios físicos, amputaciones, infertilidad, retraso en el crecimiento van a inducir en el menor oncológico un impacto emocional que es necesario tratar con ayuda de la psicología, es lo que se conoce como Trastorno por Estrés Postraumático (TEP) (2). Según Greenberg et al la presencia de mayor sintomatología depresiva parece relacionarse con la presencia de secuelas más graves (2).

Hablar también de pacientes que llegan a encontrarse con situaciones límite, con una grave afección por la bajada de defensas que supone administrar la quimioterapia y otros factores que llevan al menor al borde de la muerte. Ante este tipo de situaciones y el trauma que supone para la familia, “que no acepta la situación que está viviendo”, mi objetivo ha sido mostrar apoyo y consuelo a este tipo de personas.

Una vez transcurrida esta fase, cuando el menor sale adelante y hablas con él te das cuenta de cómo le ha marcado esa circunstancia. He podido observar casos en los que el niño que se enfrenta a la muerte, una vez recuperado se vuelve retraído, mide la magnitud de las palabras y su intervención, no responde a la animación, así como menores problemáticos que acceden a la planta, con una conducta agresiva en ciertas ocasiones, que al pasar por esta etapa cambian radicalmente y muestran un comportamiento mucho más dócil, respetuoso y empático.

También podemos evidenciar niños que si bien los trastornos emocionales los padecen durante la fase de diagnóstico y tratamiento activo, ante la comunicación de la remisión de la enfermedad, se cargan de ilusión, esperanza y optimismo no dejando atrás la incertidumbre y el miedo de una posible recaída, así lo ponen de manifiesto Benedito et al (2).

Cuando al menor se le comunica el diagnóstico de cáncer se produce una alteración, no solo del funcionamiento familiar sino también de la comunidad a la que pertenece ¿Por qué? Por el especial cariño y afecto que la población en general presenta hacia la infancia (1).

1.4 El menor y el tratamiento quimioterapéutico

Es misión de la enfermería que el paciente oncológico se encuentre en un estado óptimo de salud, para ello vamos a controlar: el estado nutricional, la anemia, manejo las infecciones, vigilar la diuresis, las deposiciones, hidratación de la piel y mucosas, control de tensión arterial, saturación de oxígeno (en caso de que el tumor este comprimiendo alguna estructura del aparato respiratorio), llevar a cabo un riguroso aislamiento del paciente en la habitación si el médico considera oportuno (accediendo a esta SIEMPRE con calzado, mascarilla, gorro y uniforme adecuados) para que así el

niño reciba tratamiento quimioterapéutico, radioterapia o cirugía en las mejores condiciones de salud posibles.

Una de las grandes fobias que presentan los niños oncológicos es a la quimioterapia y sus efectos, así como a la técnica de punción del reservorio a través del gripper, pero ¿qué es la quimioterapia? Cuando hablamos de quimioterapia hacemos referencia a la administración de agentes químicos que inhiben la proliferación celular y que se asocia con efectos adversos desagradables y potencialmente letales. Las vías de administración son: oral, intravenosa (canalización de una vía central o periférica, o a través de reservorio), intramuscular, subcutánea e intratecal (a través de una punción lumbar) (1).

¿Qué es el reservorio y por qué se utiliza? Es un dispositivo metálico que se coloca, a través de una pequeña cirugía ambulatoria, debajo de la piel y que presenta una cámara con superficie de silicona donde se realiza la punción. Esta cámara está conectada a un catéter anclado a una vena de grueso calibre. Generalmente se coloca en el tórax, pero también pueden implantarse en otras partes del cuerpo como el brazo o la zona inguinal (4).

A través de este sistema vamos a conseguir administrar cualquier tipo de medicación y/o analgesia, transfusiones sanguíneas y realizar extracciones de sangre.

Debido al miedo que presenta la población infantil a las punciones, para evitar tener que canalizar una vía periférica cada vez que nos dispongamos a administrar quimioterapia, con el consiguiente llanto y rechazo del menor a permanecer inmóvil, se procede a la colocación de este pequeño dispositivo a través de la cirugía. El sistema está preparado para recibir más de 3000 pinchazos y accedemos a él una vez que vamos a administrar el tratamiento, con una aguja llamada gripper, que conecta con el árbol y bolsa de quimioterapia.

Tras fijar el reservorio con la mano hacemos una punción rápida y concisa en el centro del dispositivo, asegurándonos que hemos accedido correctamente, si al aspirar con una jeringa observamos refluir sangre (el sonido al hacer la punción es característico, como si pincharas una chapa de metal).

El reservorio en ocasiones puede presentar alguna complicación como una obstrucción, infección, pus o trombosis. Es de vital importancia que ante cualquier molestia, inflamación o sensación extraña el menor oncológico lo comunique al personal médico o enfermero.

Para evitar este tipo de complicaciones el personal de enfermería tiene que llevar a cabo su cuidado y mantenimiento comprobando que el dispositivo está permeable (que se puede extraer sangre e infundir medicación). Cada vez que vayamos a utilizar el reservorio vamos a lavar con suero fisiológico y comprobar que la sangre refluye correctamente, y al finalizar el procedimiento volvemos a limpiar con suero y sellamos con heparina o fibrilin (así evitamos que la sangre se coagule dentro del catéter del sistema y se obstruya). Si el niño no está utilizando el reservorio es importante realizar una limpieza y sellado cada 6/8 semanas (4).

También definir los términos de:

- Radioterapia: tratamiento local del cáncer a través de radiaciones ionizantes.
- Cirugía: la resección quirúrgica es la forma más antigua del tratamiento del cáncer.
- Trasplante de medula ósea: infusión de precursores hematopoyéticos con el fin de rescatar al paciente de la aplasia medular que se produce después de administrar terapias de gran intensidad (1).

1.5 Plan de atención de enfermería

Al atender a un menor oncológico hay que tener en cuenta que estamos ante un “niño” sometido a largos y complejos tratamientos. La vida, tanto del paciente como de su familia, se ha visto alterada brusca y rápidamente teniendo que adaptarse a nuevas personas que van a imponer una serie de normas a cumplir por el menor. El personal enfermero debe estar capacitado y utilizar sus mejores herramientas para atender tanto la asistencia física como emocional del niño.

Los principales objetivos de enfermería son: reducir la ansiedad y la depresión, reducir el estado depresivo y temor, promover y favorecer expresión de sentimientos, favorecer la comunicación y relación familiar, lograr una organización familiar para una

mejor atención del niño, reducir y evitar el riesgo de infección, evitar hemorragias, estar alerta ante posibles signos y/ síntomas de infección, evitar la angustia que provoca lo desconocido, evitar el dolor, evitar las náuseas y vómitos, mantener el estado nutricional del niño, estimular el apetito y favorecer la adaptación del niño al cambio de la imagen corporal.

Algunas de las actividades que desarrolla la enfermería son la terapia individual, donde se le comunica al niño el tratamiento que se le va a administrar, los efectos esperados, se le brinda apoyo y se evalúa que sabe el niño, respondiendo de forma simple y esquemática a lo que desee saber. Otra de las actividades es el taller familiar donde se le da a la familia orientación de cómo mejorar conjuntamente la atención al menor, sugerirles distracción y recordarles que ellos también tienen que dormir y comer. Informar a la familia del tratamiento y de los efectos adversos así como educación acerca de cómo manejar los cambios de la imagen corporal (uso de pañuelos, ropa cómoda y explicarle que los cambios de imagen son transitorios (1).

Concluir diciendo que he llevado a cabo el estudio de los trastornos emocionales que presentan los niños en tratamiento con quimioterapia y el papel decisivo que tiene la enfermería en este ámbito ya que considero que todo enfermero/a que decida trabajar en esta unidad debe de estar preparado emocionalmente para afrontar todo este tipo de situaciones que he ido describiendo a lo largo de la introducción: conocer al paciente que ingresa, cuáles son sus miedos, sus preocupaciones, ayudarlo a que su estancia en la unidad sea lo más llevadera posible, orientarlo, que entienda que no debe de sentir vergüenza por su enfermedad ya que es una de tantas que padece el ser humano, que con el correcto tratamiento, y si nos facilita las cosas se terminará recuperando, en definitiva hacerle ver las cosas desde otro punto de vista. Todo este ámbito constituye un gran desafío y además permite desarrollar la enfermería en todas sus potencialidades humanas y profesionales.

2. OBJETIVOS

El objetivo principal del presente trabajo es, a través de la observación durante mi estancia de prácticas en la unidad de Oncología Pediátrica del Hospital Materno Infantil de Jaén (3/2/2014-14/3/2014), sin llegar a pasarles a los menores oncológicos ningún tipo de cuestionario o de test, y por supuesto con el apoyo de la trabajadora social de la Unidad Clínica de Pediatría M.A., estudiar qué tipo de problemas emocionales y conductuales presentan los niños que se encuentran en tratamiento activo con quimioterapia, y comparar los resultados con un estudio que se marca los mismo objetivos, sin llegar a ser similar, realizado en la Unidad de Oncohematología Infantil del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia).

Desde un principio mi objetivo fue comprobar que tipo de problemas emocionales y conductuales presentan los niños oncológicos, a través de la observación y el trato diario con los pacientes y su familia, pero para obtener datos más rigurosos creí conveniente pasarle a cada uno de ellos un cuestionario, el Inventario Clínico Infantil, pero el comité de ética no ha llegado a pronunciarse a día de hoy, considerando que no cree conveniente que lleve a cabo un estudio más riguroso.

Ante esta situación me he delimitado a utilizar como método de estudio la observación, sin el uso de test o cuestionarios, eso sí, con el apoyo de la trabajadora social de la Unidad Clínica de Pediatría, la cual además es psicóloga y tiene contacto directo con los pacientes.

A lo largo de mi estancia en este servicio he ido observando el comportamiento de los niños en tratamiento activo con quimioterapia y su interrelación con los progenitores, así como todos aquellos menores en estudio, que finalmente pasaban a esta unidad por diagnóstico de cáncer.

*La planta de Oncología Pediátrica se divide en 2 compartimentos: una parte exclusiva para los pacientes oncológicos, que además cuenta con una sala conocida como hospital de día donde acuden los menores a los que solo se le administra la quimioterapia puntualmente, y el otro compartimento que es específico para el ingreso de niños con patologías diversas: hipospadia, febrícula, gastroenteritis,

intervenciones oculares, apendicitis, así como pacientes con sospecha de cáncer en estudio.

Dejar explícito que los datos que aporte son solamente numéricos, sin dar ningún tipo de información personal y que son el resultado de mi observación trabajando conjuntamente con la trabajadora social y psicóloga, y como no, con la ayuda del personal de enfermería de la planta.

3. METODOLOGIA

La muestra utilizada procede de la Unidad de Oncología Pediátrica del Hospital Materno Infantil de Jaén, único centro de referencia en la provincia de Jaén para el tratamiento de enfermedades oncológicas infantiles.

La observación y seguimiento se ha llevado a cabo durante un mes y once días. Durante este periodo hemos ido seleccionando todos aquellos niños que se encontraban en tratamiento activo con quimioterapia así como los que ingresaban en la unidad y dejaban de estar en estudio, para proceder a una pronta administración del mismo. De modo que los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Que todos y cada uno de los menores padecieran neoplasia maligna, excluyendo tumores benignos.
- Que el menor que ingresara en la unidad estuviese acompañado por los progenitores, excluyendo relaciones familiares desestructuradas o patológicas.
- Que el paciente tuviese más de dos años y menos de catorce.
- Que el menor a su ingreso no presentara ningún problema mental (en este tipo de pacientes es difícil precisar qué problemas emocionales padecen ya que estos se mezclan con la problemática de su patología de base).
- Que el menor estuviese en tratamiento activo con quimioterapia.

Criterios de exclusión: todos aquellos pacientes que aunque fuesen diagnosticados de cáncer, por alguna razón, no estaban recibiendo quimioterapia.

Instrumento de medida utilizado: la observación.

Los problemas emocionales y conductuales que hemos observado en los pacientes son:

- Problemas afectivos: cuando hablamos de problemas afectivos nos referimos a tristeza, déficit de energía, autodesprecio, sentimientos de culpa, insomnio/hipersomnia, astenia, falta de apetito, decaimiento, llanto, baja autoestima, incapacidad para disfrutar y relacionarse, autoagresiones.

- Problemas de ansiedad: hace referencia a indecisión, nerviosismo, inseguridad, preocupación, conductas de dependencia, miedos.
- Quejas somáticas: incluye epigastralgia, náuseas, cefaleas, reflujo gastroesofágico, dolor abdominal, problemas intestinales.
- Déficit de atención e hiperactividad: hace referencia a un estado de alerta, atención, dificultad para la concentración, incapacidad para terminar las tareas que comienza, para permanecer sentado, impulsividad, verborrea, uso de un tono de voz alto y seguido, sin pausas.
- Conducta opositora y desafiante: está compuesta por discusiones frecuentes, reclamación, rencor, ataques de ira, mal carácter, conducta desafiante, la persona se comporta de una forma impredecible.
- Problemas de conducta: se caracterizan por egoísmo, estos individuos se presentan como personas agresivas y desagradables con conductas crueles hacia los demás, para ellos no existe el cargo de conciencia, suelen estar rodeados de malas compañías. También se caracterizan por destrucción de objetos propios y ajenos, incumplimiento de las normas establecidas, maltrato, ira, mal carácter, insultos.

Descripción de la muestra:

La muestra está compuesta por 12 menores de los cuales 5 son niños y 7 niñas, diagnosticados cada uno de ellos por un subtipo de enfermedad oncológica determinada. La edad de la población diana oscila entre 3 y 13 años. Destacar que los progenitores que acompañan a la población infantil son un total de 12 madres y 9 padres.

Toda la muestra recibió tratamiento quimioterapéutico cuando realizamos el estudio. Al acceder a la unidad de Oncología Pediátrica, de los 12 niños que componen la población diana, 10 habían sido diagnosticados de cáncer y se encontraban en tratamiento quimioterapéutico, y 2 estaban en estudio. Pasaron a ser diagnosticados de cáncer intermitentemente y en cuestión de 5-6 días se les empezó a administrar quimioterapia. De los 12 niños totales integrados en la unidad, 2 de ellos eran casos de recidiva.

Tipos de neoplasias malignas que presenta la población infantil estudiada.

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Leucemia	5	(42%)
Sarcoma	3	(25%)
Linfoma	2	(17%)
Tumor del Sistema Nervioso Central	2	(17%)

Tabla (1)

La neoplasia maligna que aparece con mayor frecuencia en los niños hospitalizados en la unidad de Oncología Pediátrica del Hospital Materno Infantil de Jaén es la leucemia que se da en un 42% de los casos (5 niños). Destacar que todos los menores presentaban leucemia tipo linfoblástica. En menor proporción aparecen los sarcomas, en un 25% de los casos (3 niños de los cuales 2 presentaban sarcoma de Ewing y uno Rabdomiosarcoma). Por debajo se encuentran los linfomas que se dan en el 17% de los casos (2 niños), uno de ellos linfoma de Burkitt y otro linfoma de Hodking. En la misma proporción encontramos los casos de tumor del Sistema Nervioso Central con un 17%, uno de los niños presentaba Meduloblastoma (muy común en los menores) y otro Glioma.

Tratamiento médico e intervenciones realizadas:

Tratamiento Médico	Frecuencia	Porcentaje
Quimioterapia	12	100%
Cirugía	12	100%
Radioterapia	2	17%

Autotrasplante de médula ósea	1	8%
--------------------------------	----	----

Tabla (2)

Como vemos, la quimioterapia es la técnica de elección para erradicar la proliferación de células neoplásicas. Por otro lado, el paso de los menores por quirófano es inevitable: una vez diagnosticada la enfermedad, a través de una breve cirugía ambulatoria, se procede a la colocación del reservorio bajo la piel del menor, siendo generalmente el tórax la zona de elección para su implantación. También es muy frecuente la canalización de una vía central (técnica realizada previamente a la colocación de reservorio y con la que se inicia la administración de quimioterapia).

En esta unidad solo 2 niños han requerido radioterapia, para ello han sido movilizados al Materno Infantil Virgen de las Nieves de Granada ya que en Hospital Materno Infantil de Jaén no se aplica este tratamiento.

* Autotrasplantes de médula ósea no se ha efectuado ninguno durante mi estancia de prácticas clínicas pero si hay un menor que se encuentra a la espera de encontrar donante compatible de médula ósea.

Tumores hallados en la unidad de Oncología Pediátrica de Jaén.

Diagnóstico médico	Casos nuevos
Leucemia	7
Tumor Cerebral	5
Tumor de Wilms	2
Sarcoma de Ewing	2
Rabdomiosarcoma	1
Linfoma de Burkitt	1

Tabla (3) Enero 2013- Marzo 2014

Como podemos observar desde enero de 2013 a marzo de 2014 se contabilizan 7 nuevos diagnósticos de leucemia no registrados hasta entonces, 5 de tumor cerebral, 2 nuevos diagnósticos de tumor de Wilms y de sarcoma de Ewing, un nuevo caso de

Rabdomiosarcoma y un caso nuevo de linfoma de Burkitt. Los datos han sido facilitados por el personal médico de la unidad.

4. RESULTADOS

Dejar explícito que la mayor parte de la población diana infantil presenta sintomatología significativa de problemas de ansiedad, en un 92%, quedando solo un 8% de los niños exentos del problema clínico.

El primer síntoma que he podido apreciar cuando el menor ingresa en la unidad oncológica es la ansiedad, considero que no solo ocurre esto en el ámbito del cancer, sino que el niño una vez que sale de su entorno familiar y social manifiesta reacciones desadaptativas, que finalmente acaban desapareciendo a través de la adaptación al nuevo lugar. Durante la fase de tratamiento es común que reaparezcan los problemas de ansiedad, desapareciendo una vez terminada esta.

En cuanto a los problemas afectivos, el 33% de la muestra estudiada presenta sintomatología significativa mientras que un 67% de la población diana se encuentra exenta del problema clínico. La tristeza, baja autoestima, llanto, incapacidad para disfrutar constituyen este trastorno emocional/conductual muy frecuente también en los niños diagnosticados de cáncer.

Respecto a las quejas somáticas y problemas de conducta aparecen porcentajes similares en ambas categorías, esto es, un 25% de los menores presentan sintomatología significativa del problema emocional, y un 75% de la población se encuentra exenta de clínica.

Puntualizar que la dificultad a la hora de diferenciar cuando la sintomatología somática (náuseas, vómitos, epigastrálgia, problemas intestinales) es clínica secundaria al tratamiento y cuando se debe al trauma que está padeciendo el menor. Los 3 casos que he obtenido con este trastorno son ejemplos claros de niños que no presentaban síntomas reales, ya que por más analgesia que se administraba el dolor no cesaba. La clínica que verbalizaban era resultado del trauma que estaban viviendo. Los demás casos en los que se plateaba la duda he decidido no incluirlos.

En lo que se refiere a problemas conductuales, la sintomatología más frecuente en los 3 casos estudiados ha sido el mal carácter (sobre todo cuando procedía a la administración de heparina subcutánea), agresividad verbal por el constante pitido de

las bombas de perfusión (a través de estas administrábamos suero terapia, analgesia, tratamiento quimioterapéutico) cuando detectaban aire, presión o gotas, incumplimiento de las normas establecidas cuando el paciente salía por el pasillo de la unidad gritando mientras que se debe fomentar un ambiente tranquilo y de descanso, discusiones en alto tono con los progenitores o parte de la familia, realización de ciertas técnicas cuando el paciente lo desee, antes no da opción a nada.

En menor proporción se presenta la conducta oposicionista y desafiante, un 17% de los casos, quedando el 83% de la muestra infantil sin manifestar esta sintomatología. En los 2 casos que he registrado, los menores infantiles no mostraban la clínica de este problema en el día a día pero si lo hacían cuando íbamos a realizar alguna técnica invasiva, aunque algunas veces, se producía al despegar un simple apósito de la piel o cuando llevábamos algún medicamento que no deseara tomar, simplemente por el sabor que tenía (ejemplo ocurrido con la administración del resin-calcio).

No es frecuente que aparezca déficit de atención e hiperactividad, un 92% de la población diana no lo refleja y apenas un 8% lo manifiesta (uno de los menores).

Clasificación clínica a través de la observación (n=12)

	Sin sintomatología	Con sintomatología
Problemas de Ansiedad	1 (8%)	11 (92%)
Problemas Afectivos	8 (67%)	4 (33%)
Quejas somáticas	9 (75%)	3 (25%)
Problemas de conducta	9 (75%)	3 (25%)
Conducta Oposicionista	10 (83%)	2 (17%)

Déficit de atención e hiperactividad	11 (92%)	1 (8%)
---	----------	--------

Tabla (4)

5. DISCUSION

Los menores presentan mayoritariamente según el estudio realizado a través de la observación, problemas de ansiedad (92%) seguidos por problemas afectivos (33%). Aparecen después quejas somáticas y problemas de conducta (en la misma proporción 25%), le sigue conducta oposicionista (17%) y por último el déficit de atención e hiperactividad (8%).

Dependiendo de la fase en la que se encontrara el menor (diagnóstico, tratamiento, recuperación) el problema emocional variaba de modo que tanto en el diagnóstico como en el tratamiento era más común la ansiedad y problemas afectivos principalmente, quedando por debajo quejas somáticas y problemas conductuales mientras que la recuperación se caracterizaba por un descenso importante de la conducta desafiante.

Destacar que de los niños estudiados que presentaban problemas conductuales y déficit de atención e hiperactividad, en la mayoría de los casos eran problemas que ya traían consigo los menores, y que ante el trauma que supone el diagnóstico de cáncer se agudizaban mucho más.

Voy a comparar los datos que he obtenido en la Unidad Oncológica de Jaén con un estudio realizado en la Unidad de Oncohematología Infantil del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia), el cual se marca como objetivo analizar los trastornos emocionales y conductuales que presentan los niños, tanto en tratamiento activo con quimioterapia como fuera de tratamiento. Se analizaron 50 niños oncológicos en un periodo de 4 años. El estudio consistía en facilitar a los progenitores el Inventario Clínico Infantil (cuestionario que es una reducción de la segunda parte del Child Behavior Checklist de Achenbach y Edelbrock) para poder delimitar (bajo su percepción) qué tipo de trastornos emocionales presentaban sus hijos. Los resultados fueron los siguientes (2):

Clasificación clínica de los menores en los síndromes evaluados mediante el instrumento ICI (n=50)

	Sin sintomatología	Leve PC 95	Moderado/Grave PC 98
Problemas afectivos	56% (28)	22% (11)	22% (11)
Problemas de ansiedad	40% (20)	22% (11)	38% (19)
Déficit de atención e hiperactividad	72% (36)	18% (18)	10% (10)
Conducta Oposicionista y desafiante	78% (39)	6% (3)	16% (8)
Problemas de conducta	60% (30)	24% (12)	16% (8)
Quejas somáticas	62% (31)	14% (7)	22% (11)

Tabla (5)

Procedemos a comparar los resultados de ambos estudios.

Clasificación de los menores evaluados en Hospital Materno Infantil de Jaén y en Hospital de la Arrixaca de Murcia

	Menores evaluados en Jaén a través de la observación (n=12)	Menores evaluados en Murcia con riesgo de desarrollar alteraciones psicológicas significativas (n=50)
Problemas de ansiedad	11 (92%)	19 (38%)

Problemas afectivos	4 (33%)	11 (22%)
Quejas somáticas	3 (25%)	11 (22%)
Problemas de conducta	3 (25%)	8 (16%)
Conducta oposicionista	2 (17%)	8 (16%)
Deficit de atención e hiperactividad	1(8%)	10 (10%)

Tabla (6)

Aunque los instrumentos de medida han sido diferentes, al igual que el número de la muestra y el tiempo de estudio, en ambos casos la sintomatología de los problemas de ansiedad es la más frecuente en niños oncológicos (92% en Jaén y 38% en Murcia), le sigue problemas afectivos, otro de los problemas emocionales que aparece frecuentemente en ambas poblaciones diana, con un 33% en Jaén y un 22% en Murcia. He podido observar que los problemas afectivos aparecían con más frecuencia durante la fase de diagnóstico y tratamiento. En menor proporción encontramos quejas somáticas, con un 25% en Jaén y un 22% en Murcia. Cuando el menor manifiesta sintomatología somática dejar claro que no lo hace intencionadamente ni para llamar la atención, parecen como expresión de malestares psicológicos, es decir, estos trastornos físicos afectan al cuerpo, pero suelen tener una causa psicológica. El estrés que produce la situación que están viviendo, que la recuerdan como un trauma es en muchos casos la responsable. Quedan por debajo los problemas de conducta con un 25% en Jaén y un 16% en Murcia. Destacar que todos los niños en los que observé problemas conductuales, venían con el trastorno desde casa y solo se produjo una agudización del mismo en el Hospital. Le sigue la conducta oposicionista con un 17% en Jaén y un 16% en Murcia y por último la sintomatología del déficit de atención con un 8% en Jaén quedando por encima en Murcia con un 10%. En el estudio de la unidad de Oncohematología de Murcia se habla de que la inquietud y los problemas de atención son una respuesta típica en los menores oncológicos. En los casos estudiados en la Unidad de Oncología Pediátrica del Hospital Materno Infantil de Jaén, la

hiperactividad y el déficit de atención eran problemas que ya presentaban los menores y que en su estancia clínica se agudizaron.

6. CONCLUSION

Tanto los resultados obtenidos en mi estudio a través de la observación, como los adquiridos a través del Inventario Clínico Infantil (estudio realizado en Murcia) indican una prevalencia de las dificultades internalizantes por encima de los problemas externalizantes. Esto es en mayor proporción problemas de ansiedad y alteraciones afectivas (dificultades internalizantes) quedando por debajo todo lo relacionado con los problemas externalizantes: como son la conducta desafiante y problemas conductuales (agresividad, desafío, ataques de ira) y el déficit de atención e hiperactividad (impulsividad, dificultad para la concentración).

En definitiva podemos constatar que después de analizar una muestra compuesta por 12 niños oncológicos, sometidos el 100% a tratamiento quimioterapéutico, los resultados indican:

- Que la mayoría presenta problemas de ansiedad (92%), le sigue problemas afectivos (33%), quejas somáticas y problemas de conducta en la misma proporción (25%), detrás queda conducta oposicionista (17%) y por último déficit de atención e hiperactividad (8%).
- Que el tipo de cáncer que presentan los menores en mayor proporción es la leucemia (42%), seguida por sarcomas (25%) quedando por debajo los linfomas y tumores del Sistema Nervioso Central (ambos 17%).
- Que toda la población ha sido sometida a tratamiento quimioterapéutico y a cirugía.
- Que una gran parte de la población diana presenta problemas internalizantes (ansiedad y problemas afectivos).

Sería conveniente por tanto llevar a cabo más programas de prevención para abordar problemas internalizantes tal como:

- El control de la ansiedad y/o baja autoestima que presentan los progenitores, para que no se los transmitan a los niños.
- En lo que se refiere al tratamiento de dificultades internalizantes llevar a cabo técnicas de relajación como la denominada “de Relajación Progresiva de

Jabson”: el procedimiento enseña a relajar los músculos a través de una serie de pasos (5).

- Llevar a cabo técnicas de respiración.
- Terapia a través de juegos y manualidades como la que realizan grupos de voluntarios (procedentes del Colegio Santa María de la Capilla Hermanos Maristas o de la Cruz Roja) en la aula conocida como “escuela”.
- Técnica de “Mindynlners” usada por la trabajadora Social y Psicóloga de la Unidad Clínica de Pediatría para el control de las constantes.

En definitiva concluir diciendo que con el abordaje de los trastornos internalizantes disminuirémos un inadecuado desarrollo psicológico del menor y evitaremos futuros problemas emocionales (2).

Como también hemos podido observar los niños con cáncer son más vulnerables a la aparición y desarrollo de problemas psicológicos, es por tanto otra de nuestras prioridades la detección de todo aquel síntoma que nos ponga en alerta acerca de posibles problemas emocionales y es que la supervisión activa y la detección precoz de alteraciones emocionales y/ conductuales pueden facilitar la adherencia al tratamiento, disminuir la duración de la estancia hospitalaria, y ayudar en el afrontamiento de la enfermedad (6).

BIBLIOGRAFIA

- (1) E.U. Chery Palma, E.U Fanny Sepúlveda. Atención de enfermería en el niño con cáncer. Unidad de Hemato-Oncología, Hospital de Niños Dr. Roberto del Río. Rev. Ped. Elec. [en línea] Vol 2, N° 2, 2005. Disponible en: http://www.revistapediatria.cl/vol2num2/pdf/10_enfermeria_oncologica.pdf
- (2) Sonia Hernández, Concepción López, Estrella Durá. Indicadores de alteraciones emocionales y conductuales en menores oncológicos. Psicooncología Vol. 6, Num. 2-3, 2009; p312-313.
- (3) WECHSLER A.M. & SÁNCHEZ-IGLESIAS I. Psychological adjustment of children with cancer as compared with healthy children: a meta-analysis. *European Journal of Cancer Care* 22; 2013.p. 314–325.
- (4) Edición: Unidad de Comunicación Hospital Donostia. Depósito Legal: SS-400-2011.
- (5) Georg Thieme Verlag Stuttgart. Progressive Muskelentspannung nach Jacobson in einer Psychiatrisch-psychotherapeutischen Abteilung - Empirische Ergebnisse. New York. Psychiat Prax 2001; 28(8): 402-404.
- (6) Manuela Polidoro Lima y Flávila L. Osório. Indicadores de trastornos psiquiátricos en Diferentes Especialidades Oncología: un estudio de prevalencia. Publicado en Internet el 14 de abril 2014. J Oncol. 2014; 2014. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4009332/>