

ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL CÁNCER INFANTIL

Xavier Méndez*, Mireia Orgilés*, Sofía López-Roig** y José Pedro Espada**

* Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Murcia.

** Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández. Elche.

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo examinar las repercusiones psicológicas del cáncer infantil y revisar las principales intervenciones que los psicólogos pueden aplicar al paciente oncológico y su familia durante el diagnóstico, el curso de la enfermedad y el tratamiento médico. Se presentan las técnicas psicológicas más eficaces dirigidas a reducir los síntomas de la enfermedad y algunos efectos secundarios del tratamiento, tales como: las náuseas y vómitos condicionados, el dolor, la fatiga y el sueño. También se recogen las intervenciones más utilizadas para reducir y/o evitar problemas de ansiedad y depresión en el niño enfermo de cáncer y diversas pautas de mejora de la adherencia a los tratamientos médicos. Por último, se incluyen ciertas medidas para conseguir que la calidad de vida del paciente que ha vencido al cáncer sea óptima, así como algunas directrices para, en su caso, ayudar a los familiares a enfrentarse con la muerte del niño.

Palabras clave: cáncer, infancia, intervención psicológica.

Abstract

The aim of this paper is to examine the psychological repercussions of cancer in children and the main interventions that psychologists can apply to the oncologic patient during the diagnosis, the course of the illness and the medical treatment. The most effective psychological techniques to reduce the symptoms of cancer and the side effects of the treatment, like anticipatory nausea and vomiting, pain, fatigue or tiredness, are reviewed. Besides, the interventions to reduce or avoid anxiety and depression in children who have cancer and some instructions to improve the adherence to the medical treatment are presented. Finally, some suggestions are provided to get the pediatric cancer survivor have a properly quality of life and some ideas to support and assist the family in case the patient dies.

Key words: cancer, childhood, psychological intervention.

INTRODUCCIÓN

Cada año se diagnostican 900 casos nuevos de cáncer en la población infantil. En España, la incidencia de la enfermedad asciende a 132 casos anuales por cada millón de niños en edad inferior a los 15 años. En concreto, la mayor incidencia de la enfermedad se produce en el primer año de vida, cuando los procesos de desarrollo avanzan rápidamente⁽¹⁾.

Correspondencia:

Xavier Méndez
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Edificio Luis Vives.
Campus Universitario de Espinardo.
Universidad de Murcia, Apdo. 4021. 30080 Espinardo. Murcia.
E-mail: xmendezc@um.es

En la actualidad, el cáncer infantil se considera mayoritariamente una enfermedad crónica. Los avances en los tratamientos médicos han incrementado el número de niños con cáncer que sobreviven a su enfermedad. Antes de los años 50, la duración media de vida de un niño diagnosticado de leucemia era de 19 semanas, y únicamente el 2% sobrevivía más de 52 semanas⁽²⁾. Sin embargo, hoy en día se ha alcanzado una tasa actual de supervivencia de niños oncológicos de alrededor del 70%, considerándose que uno de cada 900 jóvenes que cumplen actualmente los 20 años de edad es un superviviente de cáncer infantil. El incremento en las últimas décadas de la longitud de vida de los niños enfermos de cáncer ha acrecentado el inte-

rés por la mejora de su calidad de vida. Por ello, actualmente no sólo se considera necesario curar la enfermedad, sino también disminuir los efectos secundarios que el tratamiento del cáncer infantil puede originar.

Bajo la denominación de **cáncer** se agrupa en realidad una cantidad diversa de enfermedades, que comparten el crecimiento sin control y la propagación de células anormales del cuerpo. Las células normales crecen, se dividen y mueren de forma ordenada, siendo la división muy rápida en los primeros años de vida de la persona. Posteriormente, la división de las células únicamente se lleva a cabo para reemplazar células desgastadas o moribundas y reparar lesiones. Las células cancerosas, sin embargo, continúan su división y se acumulan formando tumores que se comprimen e invaden y destruyen el tejido normal. Además, las células cancerosas pueden desprenderse y viajar a través de la sangre o el sistema linfático a otras partes del cuerpo, donde se establecen y continúan creciendo en un proceso que se conoce como metástasis.

El cáncer infantil tiene características propias que le diferencian del cáncer en los adultos, por lo que exige un tratamiento específico⁽³⁾. Los tipos de cáncer que más afectan a los niños son la leucemia, el linfoma, el tumor cerebral y los sarcomas de hueso y de tejidos blandos. La enfermedad y su tratamiento tienen fuertes implicaciones emocionales en los niños. Los tratamientos oncológicos son muy intrusivos, largos e intensivos y requieren continuas visitas hospitalarias y numerosos cuidados en el hogar. Los principales métodos de tratamiento utilizados con niños son la quimioterapia, que cuenta con efectos secundarios importantes como náuseas, vómitos, anemia y la pérdida del cabello; la radiación, que suele emplearse junto al procedimiento anterior; la cirugía, combinada con la quimioterapia y la radioterapia; y el trasplante de médula. En todos ellos, el niño debe enfrentarse a la hospitalización, la soledad y la convalecencia.

IMPACTO DEL CÁNCER INFANTIL

Impacto en el niño

El enfermo oncológico siente los síntomas físicos de la enfermedad y del tratamiento, como son los vómitos, náuseas, pérdida de peso o fatiga, pero también se ve afectado por sus repercusiones psicológicas. El niño al que se diagnostica una enfermedad como el cáncer se enfrenta a un amplio espectro de emociones: miedo, ira, soledad, depresión o ansiedad. Su nivel de desarrollo va a determinar la naturaleza del impacto emocional del cáncer y las estrategias que empleará para afrontar la enfermedad.

Al conocer el diagnóstico, los niños suelen preguntarse si van a morir y, en función de su edad, lograrán comprender en mayor o menor medida la enfermedad y verbalizar sus sentimientos y sus miedos. Según los resultados de un estudio prospectivo, inmediatamente después del diagnóstico los niños con cáncer experimentaron más ansiedad, dependencia, llantos y problemas de sueño, y sus padres más ansiedad, tensión e insomnio que la población general⁽⁴⁾. Los niños más pequeños manifiestan principalmente su preocupación por el dolor y el miedo a separarse de sus padres y de su entorno durante las hospitalizaciones. En los más mayores surgen sentimientos de soledad si la enfermedad no les permite participar en sus actividades diarias. El miedo a la muerte y el estrés debido a los posibles cambios físicos que pueden experimentar son más comunes en los adolescentes.

El dolor es una de las inquietudes principales del paciente oncológico. La sensación de dolor es un mecanismo protector del organismo que alerta a la persona que lo padece de que algo funciona mal y le incita a llevar a cabo alguna acción para disminuir o eliminar ese dolor⁽⁵⁾. Las conductas de dolor son las que lleva a cabo la persona para recuperar su bienestar y la mayoría se adquieren durante el proceso de socialización. Por ello, los niños muy

pequeños cuentan con un repertorio limitado de conductas de dolor; no saben expresar verbalmente las sensaciones dolorosas y, cuando adquieren la capacidad de expresar o reconocer la fuente de dolor, no tienen autonomía suficiente para llevar a cabo acciones para eliminarla.

En Oncología infantil se diferencia entre el dolor procedente de la propia enfermedad y el dolor causado por los procedimientos de diagnóstico o el tratamiento médico⁽⁶⁾. La enfermedad puede causar dolor al niño debido a que afecta a los tejidos blandos, por ejemplo cuando el tumor presiona un nervio. Para identificar el tipo de cáncer y determinar el mejor tratamiento se llevan a cabo numerosas pruebas diagnósticas que resultan dolorosas para el niño. Por ejemplo, la prueba diagnóstica inicial en las leucemias es un análisis de sangre y posteriormente un examen de la médula ósea. El tipo de leucemia con el que nos encontramos se determina mediante la aspiración y biopsia de médula, tratándose ambos de procedimientos muy dolorosos y frecuentes durante la intervención. La aspiración de médula, imprescindible para determinar el curso de la enfermedad, es uno de los procedimientos más aversivos para el niño. Consiste en la inserción de una aguja larga en el hueso de la cadera y en la succión de una porción de médula mediante una jeringuilla para obtener una muestra y poder detectar la presencia o ausencia de células cancerosas. Con el propósito de conocer si la enfermedad se va extendiendo al sistema nervioso central se lleva a cabo una punción lumbar. El procedimiento, también muy doloroso, consiste en la introducción de una aguja delgada entre la 4ª y 5ª vértebra lumbar para tomar una muestra de fluido cerebroespinal o, en su caso, inyectar algún fármaco.

En los casos en que existe una masa tumoral se realizan pruebas de imagen, como radiografías o escáner, y se confirma el diagnóstico definitivo mediante una biopsia. Las resonancias magnéticas, aunque no resultan dolorosas, generan en el niño un nivel muy elevado de ansiedad,

debido a que deben permanecer con una luz tenue, casi inmovilizados y sin compañía durante su realización.

A lo largo del tratamiento, el niño con cáncer debe exponerse a procedimientos potencialmente estresantes, como la radioterapia, quimioterapia o extracciones de sangre, que en ocasiones se han considerado incluso más dolorosos que la propia enfermedad. Por ello, también es común que se generen en ellos comportamientos negativos extremos, gritos, oposición, resistencia general y poca colaboración con el personal sanitario, lo que puede dificultar la adherencia al tratamiento.

Los trastornos del sueño y/o la fatiga son frecuentes en niños que padecen la enfermedad del cáncer. El dolor puede alterar su ritmo de sueño, como también las preocupaciones y el miedo por la enfermedad o la ansiedad por su futuro. La fatiga puede deberse a problemas de anemia o desnutrición.

Los problemas de ansiedad que manifiestan los niños con cáncer surgen debido a diversos motivos. Destacan las frecuentes hospitalizaciones que suponen una ruptura en sus hábitos y su vida cotidiana, la separación de sus padres y hermanos, y el miedo a la muerte, sobre todo si la información que se les proporciona es contradictoria. También se sienten alterados por el temor a las curas, a las batas blancas y a los instrumentos y procedimientos médicos, por la toma de determinados fármacos, por el sueño y por el dolor. En ocasiones, el niño incluso puede manifestar ansiedad anticipatoria ante los procedimientos médicos, manifestada por náuseas, erupciones cutáneas, insomnio o llantos. La intervención quirúrgica es un estresor muy importante, siendo los momentos potenciales de estrés: la preparación del paciente antes de la cirugía, el traslado al quirófano, la separación de los padres, la entrada al quirófano, la anestesia, el despertar y la recuperación post-quirúrgica.

Junto a la ansiedad, el niño puede mostrar un estado de ánimo bajo, lo que le hace sentirse con pocas fuerzas para afrontar la

enfermedad. La depresión se puede manifestar en el paciente oncológico con llantos frecuentes, tristeza, irritabilidad, aislamiento, falta de interés por las actividades de juego, problemas de sueño, etc., síntomas que pueden constituir un indicador para ayudar a los padres y al personal sanitario a detectar en el niño un estado depresivo.

Los cambios físicos que el niño con cáncer experimenta durante su enfermedad y su tratamiento, por ejemplo la pérdida del cabello o la variación de peso, pueden amenazar su autoestima y contribuir a la aparición de problemas en sus relaciones sociales. Las visitas continuadas al hospital suponen la separación de sus compañeros y amigos, lo que dificulta sus relaciones y puede generar su aislamiento. En el colegio, el niño a menudo debe explicar a sus compañeros por qué no asiste con regularidad a las clases y el motivo de sus frecuentes hospitalizaciones, despertando con frecuencia sentimientos de pena y compasión e incluso un posible rechazo, especialmente si sufre alopecia, vómitos y náuseas o la amputación de algún miembro de su cuerpo. En el personal del colegio surgen con frecuencia muchas dudas acerca de cuál debe ser su comportamiento con el niño enfermo, puesto que pueden percibirle como débil o frágil, lo que requiere proporcionarles información sobre la enfermedad y las peculiaridades de su tratamiento.

Impacto en la familia

Al escuchar el diagnóstico de la enfermedad de sus hijos, los padres pueden experimentar rabia, dolor o negación; posteriormente aparecen rasgos depresivos y finalmente la aceptación del cáncer. Todas ellas son emociones normales, pero si son muy intensas pueden afectar a la comprensión de la enfermedad. Los padres pueden sentirse culpables e impotentes por no poder proteger a su hijo del cáncer. Asimismo, suelen experimentar inseguridad en un primer momento por si no son capaces de proporcionarles los cuidados que requiere y

porque desconocen si el tratamiento será exitoso y si el niño se curará. Buscan razones y tratan de explicar por qué su hijo tiene cáncer, resultándoles difícil asimilar la enfermedad y aceptar que no hay ninguna razón por la que el niño sufre cáncer. Pueden, asimismo, mostrarse sobreprotectores o mostrar resentimiento al pensar que su hijo está enfermo mientras que otros niños están sanos. La ansiedad y los trastornos del estado de ánimo aumentan en los padres que acaban de recibir el diagnóstico o en aquellos cuyos hijos se encuentran ya en tratamiento⁽⁷⁾. Pueden agravarse los problemas conyugales si ya existían o surgir nuevas desavenencias. Por todo ello es muy importante el apoyo social percibido de los padres por parte de otros familiares y amigos.

Con el objetivo de conocer qué aspectos del diagnóstico, del tratamiento y de la recuperación de sus hijos resultaron más difíciles, se contactó con los padres de 26 niños que habían finalizado con éxito su tratamiento para el cáncer. Describieron la enfermedad y el dolor de sus hijos como una experiencia muy intensa que se acompañaba de emociones como impotencia, culpabilidad y pena, sobre todo al conocer el diagnóstico. Resaltaron la incertidumbre acerca de si el niño sobrevivirá y si, una vez curado, el cáncer aparecerá de nuevo. Los padres informaron de la inseguridad que sentían al no poder discriminar si los síntomas del niño eran debidos a los efectos secundarios del tratamiento o a otros factores. La rapidez con que deben tomar algunas decisiones constituye un factor estresante para los padres, puesto que necesitarían más tiempo para ello. Respecto a las conductas de afrontamiento utilizadas por los padres, destacan aquellas focalizadas en el problema, como por ejemplo la búsqueda de información o tratar de organizarse para percibir un poco de control en la situación, mientras que otros padres utilizaron conductas de afrontamiento focalizadas en la valoración⁽⁸⁾.

Las repercusiones de la enfermedad no afectan únicamente al niño y a sus padres,

sino también a los otros hijos del matrimonio, quienes perciben las consecuencias de la enfermedad de su hermano. Los cuidados especiales que requiere el enfermo oncológico puede generar celos y enfado en los otros niños, sobre todo si el paciente se encuentra hospitalizado y uno de los padres debe abandonar el hogar para permanecer junto a éste con la consiguiente desatención de los otros hijos. Asimismo, los hermanos del niño enfermo pueden sentirse culpables por permanecer sanos, experimentar miedo a enfermar ellos también o manifestar conductas inadecuadas para captar la atención que se encuentra desviada hacia el hermano enfermo.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL CÁNCER INFANTIL

Los niños que padecen una enfermedad oncológica presentan las siguientes necesidades⁽⁹⁾:

1. Necesidades emocionales que son comunes a todos los niños, aunque no estén enfermos. Incluye la necesidad de sentirse queridos, de desarrollar un sentimiento de pertenencia, de sentir auto-respeto, de obtener una sensación de logro, de seguridad y de auto-conocimiento, y de sentirse libres de sentimientos de culpabilidad. Se trata de necesidades a veces insatisfechas por la alteración de la rutina diaria y el contacto reducido con quienes pueden satisfacerlas.
2. Necesidades que surgen de la reacción del niño ante la enfermedad, la hospitalización y los tratamientos. Los temores y sentimientos de culpa e inutilidad requieren de: apoyo, cariño, empatía, comprensión, aprobación, amistad, seguridad, compasión y disciplina. Cada fase de la enfermedad genera, además, necesidades específicas que atender. De esta manera, las necesidades de información y comprensión de lo

que le ocurre a lo largo de todo el proceso de enfermedad y especialmente en el inicio, el control de síntomas, la reducción de miedos y molestias ante procedimientos exploratorios o de tratamiento invasivos, así como las dificultades de adherencia a tratamientos médicos configuran objetivos concretos de la intervención psicológica.

3. Necesidades que surgen de la concepción que el niño tiene de la muerte, las cuales generan reacciones de temor, ansiedad, soledad, tristeza, etc.

Las repercusiones del cáncer infantil y las necesidades de los niños que padecen la enfermedad y de sus familias justifican la conveniencia de llevar a cabo una intervención psicológica durante la fase de diagnóstico y de tratamiento. Se pretende con ello dotar a los niños y a las familias de información y estrategias de afrontamiento adecuadas para hacer frente a la nueva situación.

Intervención psicológica durante el diagnóstico

La comunicación del diagnóstico es una de las fases más estresantes de la enfermedad, puesto que ningún padre se encuentra preparado para escuchar que su hijo tiene cáncer. Conocer el diagnóstico supone un impacto psicológico muy fuerte en la familia y despierta muchas emociones en todos sus miembros. En pocos minutos los padres deben asimilar una gran cantidad de información acerca del diagnóstico (tipo de cáncer, fase de la enfermedad, etc.) y del tratamiento (duración, efectos secundarios, hospitalizaciones, etc.).

A pesar de que los padres pueden sospechar cuál puede ser el diagnóstico, la confirmación de éste les provoca un shock enorme. Es muy importante por ello que el personal sanitario entable una buena relación con los padres del niño, con el objetivo de establecer un vínculo que posibilite

el trabajo posterior. Asimismo, es conveniente que los padres sean atendidos por el mismo médico durante el diagnóstico y tratamiento de sus hijos para evitar posibles confusiones en la terminología empleada⁽¹⁰⁾. Los padres retienen pocos datos a causa de su estado psicológico, por lo que necesitan información clara y repetida. Pueden sentirse confundidos y suele ser necesario repetir la información numerosas veces, hasta que logren asimilar que la enfermedad del niño se trata de una realidad que no se puede cambiar. Ofrecer a los padres la posibilidad de que pregunten todo aquello que les inquieta ayuda a reducir su incertidumbre.

Tras conocer el diagnóstico, los padres se plantean si deben informar a su hijo. Es importante ser honesto con el niño enfermo puesto que probablemente percibirá la ansiedad y preocupación en sus familiares y, sin una explicación razonable, utilizará su imaginación para justificar lo que ocurre. El niño tiene derecho a saber qué le está sucediendo. En el momento de conocer el diagnóstico necesita mucho apoyo. Puede ver la enfermedad como un castigo o puede sentir miedo debido a que desconoce el ambiente hospitalario, las características de la enfermedad, los procedimientos médicos y los efectos secundarios de los tratamientos, lo que requiere que se le proporcione información para paliar sus temores. No existe un momento determinado para comunicar al niño el diagnóstico, por lo que se debe crear la situación adecuada para informarle, estando preparado para responder a las preguntas que suelen formular: ¿Por qué me pasa esto a mí?, ¿Me voy a curar?.

Previamente a la comunicación del diagnóstico, es preciso averiguar los conocimientos que el niño posee acerca de la enfermedad y cuáles son sus principales temores. Debemos ser sensibles a las demandas de información del niño: hay niños que requieren información para reducir su ansiedad y otros que la rechazan, evitan preguntar y muestran ansiedad cuando se les explican los procedimientos médicos

a los que se van a exponer. La información que se les proporciona depende de su capacidad de comprensión y de su edad. Los menores de 2 años no tienen capacidad para comprender qué significa la enfermedad, pero sí sienten miedo y ansiedad al separarse de sus padres y durante el transcurso de los procedimientos médicos. De los 2 a los 7 años comprenden mejor qué es una enfermedad, pero pueden vincularla con algún hecho concreto, como por ejemplo su mal comportamiento, ya que consideran que las enfermedades ocurren por una razón muy determinada. Se les debe aclarar, por ello, que no son culpables de la enfermedad y que ésta no es un castigo. Asimismo, debemos advertirles que es normal que experimenten emociones como miedo, ansiedad y tristeza. A partir de los 7 años la comprensión de los niños de la enfermedad y del tratamiento es mayor, por lo que se les puede dar una explicación un poco más detallada y disipar sus dudas y preocupaciones sobre cómo les va a afectar el cáncer. Los niños mayores de 12 años logran comprender la complejidad de la enfermedad y los efectos de los tratamientos.

Una vez comunicado el diagnóstico, se debe escuchar y comprender al niño, dándole la oportunidad de expresar sus sentimientos. Es conveniente que no perciba estrés en sus familiares y que éstos eviten transmitirle sensación de falta de control, evitando por ejemplo las discusiones con el personal sanitario en su presencia. Después de ser informados de que su hijo padece cáncer, los padres deben afrontar muchas y difíciles decisiones relacionadas con el tratamiento, lo que requiere que estén preparados para ello.

Intervención psicológica durante la fase de tratamiento

Durante la fase de tratamiento debe continuar el contacto de los padres con el personal sanitario, con el objetivo de aclarar las dudas que surjan respecto a la intervención médica y el curso de la enferme-

dad. Los padres desean saber qué puede ocurrirle a su hijo para poder planificar su futuro. La incertidumbre respecto a los efectos de la enfermedad y el éxito del tratamiento les causa una ansiedad muy elevada, que puede reducirse si el equipo médico resuelve sus inquietudes y preocupaciones.

En una reciente revisión sobre el cuidado de los niños oncológicos se concluyó que ciertas conductas de los padres se asocian con un descenso del estrés y la ansiedad del niño antes y después de los procedimientos médicos. Los padres que utilizan la distracción, tratando de focalizar la atención del niño en un elemento diferente del procedimiento médico, y que le instruyen para llevar a cabo conductas de afrontamiento, logran que sus hijos tengan menos estrés. Cuando los padres emplean críticas, excusas o disculpas sobre lo que le ocurre al niño, el estrés de éste aumenta. Determinadas actuaciones, como por ejemplo permitir que el paciente elija el brazo donde le van a pinchar durante una extracción de sangre, pueden reducir su ansiedad, pero no es conveniente dejar al niño el control total durante los procedimientos médicos. Los padres muy permisivos pueden tener problemas para lograr la colaboración de su hijo y conseguir la adherencia al tratamiento en el hogar. Asimismo, la disciplina dura se relaciona con mucho temor y ansiedad. Los autores concluyen que el ajuste del niño al cáncer puede asociarse con la conducta de los padres, pero a menudo éstos desconocen cómo ayudar a sus hijos a afrontar la enfermedad y los procedimientos médicos a los que deben someterse⁽¹¹⁾.

En el cáncer infantil resulta de gran importancia proporcionar apoyo al enfermo, no sólo por parte de los familiares y el personal sanitario sino también de la escuela. A pesar de las dificultades que surgen y que impiden que los enfermos de cáncer asistan con frecuencia al colegio, continuar con sus actividades sociales y académicas les ofrece la oportunidad de normalizar una experiencia tan estresante como es la enfermedad. Sin embargo, si perciben bajo apo-

yo social de sus compañeros se aumenta el riesgo de que surjan dificultades de adaptación. Por ejemplo, si el niño no interactúa con sus compañeros de clase ni participa en las actividades propuestas puede generar rechazo y evitación a asistir a la escuela⁽¹²⁾.

Las repercusiones físicas y emocionales de la enfermedad, así como los efectos secundarios de los tratamientos empleados para combatir el cáncer, pueden reducirse con una intervención psicológica adecuada. Algunos de los procedimientos psicológicos que se utilizan para ello se analizan a continuación.

Reducción de las náuseas y vómitos condicionados

La quimioterapia es un procedimiento muy eficaz para impedir el desarrollo de nuevos tumores, sin embargo, lleva consigo numerosos efectos secundarios, entre los que destacan las náuseas y vómitos. Las náuseas consisten en una sensación desagradable en la parte de atrás de la garganta y en el estómago, que puede ocasionar o no vómitos. Los vómitos son contracciones fuertes de los músculos abdominales que hacen que el contenido del estómago suba y salga fuera.

Con frecuencia, los niños presentan náuseas y vómitos antes de comenzar el tratamiento, al entrar al hospital o incluso al pensar en el procedimiento. Se trata de respuestas aprendidas de experiencias anteriores desagradables con la quimioterapia, que les llevan a anticipar que, como la vez anterior, se presentarán. Las náuseas y vómitos condicionados son, por tanto, el resultado de un proceso de aprendizaje, de una asociación entre los efectos aversivos de la administración del fármaco y algunos estímulos ambientales como: permanecer en la sala de espera, ver a la enfermera, un olor determinado, pensar en el procedimiento, etcétera.

El tratamiento recomendado para reducir los vómitos y náuseas condicionados de los enfermos de cáncer infantil incluye la

relajación muscular progresiva con imágenes guiadas (se aplica antes y durante la infusión de quimioterapia), la hipnosis (empleada durante la quimioterapia) y la desensibilización sistemática. Mediante la relajación muscular progresiva se enseña al niño a relajarse tensando y relajando progresivamente los grupos musculares. Con la imaginación se desvía la atención de la sensación de vómitos y náuseas a un lugar o imagen agradable y relajante. Con sugerencias de relajación profunda y la visualización de escenas placenteras se induce la hipnosis, que se aplica durante la quimioterapia. Para la aplicación de la desensibilización sistemática se construye una jerarquía de situaciones relacionadas con la quimioterapia y se expone a los niños a este tratamiento, al tiempo que se relajan.

Control del dolor mediante tratamientos no farmacológicos

El dolor es un mecanismo que nos pone sobre aviso de la existencia de una lesión o enfermedad corporal. En los pacientes con cáncer el dolor es muy frecuente y perturba su calidad de vida. La propia enfermedad, los tratamientos y algunos procedimientos médicos sencillos como las extracciones de sangre, pueden causar dolor al niño. Puesto que el dolor se trata de una sensación subjetiva debe ser evaluado. Para ello, puede emplearse una escala de rostros de dolor, que muestra caras sonrientes y tristes de las que el niño debe escoger una en función del grado de dolor que experimente. Aunque no suele aliviarse completamente en algunos pacientes, en la mayoría de ellos el dolor puede controlarse eficazmente empleando tratamientos no farmacológicos. Destacan las técnicas distractoras, el uso de la imaginación y el entrenamiento en relajación/ respiración, considerados elementos terapéuticos esenciales para aliviar el dolor y reducir la ansiedad.

La distracción es una técnica cognitiva que consiste en retirar la atención de la fuente de dolor y dirigirla a otro tipo de esti-

mulación. Sirve, por tanto, para alterar la percepción sensorial del dolor, considerándose que, cuanto más concentrado esté el niño es más probable reducir dicha sensación. Con enfermos oncológicos se han utilizado distractores externos como por ejemplo videojuegos⁽¹³⁾, juguetes, muñecos o cuentos, y distractores internos como las imágenes emotivas⁽¹⁴⁾. Mediante este último procedimiento se pretende que el niño se concentre en las imágenes mentales que le sugiere el terapeuta de la manera más vívida posible, para lograr evocar las sensaciones asociadas a esas imágenes. Según una revisión sobre el tratamiento psicológico del dolor y la ansiedad evocados por procedimientos médicos⁽¹⁵⁾, la distracción se perfila como un mecanismo de acción que subyace en la mayoría de las técnicas psicológicas aplicadas para este fin, sugiriendo que se trata de un componente fundamental. Parece, por tanto, que la distracción se encuentra implícita en diversos procedimientos psicológicos, bien porque el niño está inmerso en la fantasía, porque debe atender al ritmo de su respiración o porque concentra su atención en una actividad atractiva.

Mediante las técnicas de relajación y respiración se pretende reducir la ansiedad y tensión muscular que frecuentemente acompañan al dolor. Cuando el niño se encuentra relajado, los procedimientos médicos los percibe como menos dolorosos. En niños pequeños podemos reducir la ansiedad indicándoles que hagan pompas de jabón mientras se someten a los procedimientos que les resultan dolorosos, facilitando de este modo la respiración profunda y consiguiendo a su vez distraerles de las sensaciones dolorosas.

Para reducir el dolor en niños enfermos de cáncer también se han empleado otros procedimientos, como por ejemplo intervenciones conductuales consistentes en administrarles refuerzo positivo y conseguir la implicación activa de los padres en el tratamiento psicológico⁽¹⁶⁾, la terapia musical como método de incrementar el bienestar en los niños hospitalizados⁽¹⁷⁾ o la hipnosis.

Reducción de la fatiga y/o el sueño

El cansancio es una sensación de debilidad física emocional y mental que puede experimentar el niño como resultado de la enfermedad o de su tratamiento. Se trata de un cansancio intenso y molesto, que no siempre se alivia mediante el descanso, y que padecen con mucha frecuencia los pacientes que reciben quimioterapia, radioterapia y los sometidos a trasplantes de médula ósea. Estos tratamientos pueden provocar cansancio debido a la destrucción de las células saludables que se dividen rápidamente. El bajo nivel de glóbulos rojos provoca que el cuerpo tenga muy poca energía y que el paciente se sienta fatigado.

Para evitar su preocupación, se debe informar al paciente antes de que aparezca, que el cansancio es un síntoma que probablemente va a experimentar. Con el objetivo de reducir el cansancio se han empleado técnicas diversas. Destaca la distracción, que pretende desviar la atención de la sensación de fatiga dirigiendo ésta hacia otros estímulos, como la lectura de un libro, la música o el juego. También es recomendable enseñar al niño a planificar las actividades que debe realizar según su prioridad, para lograr conservar sus energías y reducir su cansancio.

Tratamiento de los problemas de ansiedad y depresión

La llegada del cáncer supone importantes modificaciones en la vida del niño. Implica una ruptura en sus planes, en sus rutinas, y una serie de cambios en su imagen corporal que pueden perjudicar su autoestima. Dichos cambios corporales, debidos a su problema de salud o a los tratamientos aplicados, pueden crearle el sentimiento de poseer un cuerpo imperfecto o débil. A pesar de las consecuencias de la enfermedad y de su tratamiento, es importante que la autovaloración del niño sea positiva. Los cambios en el estado de ánimo del niño enfermo son frecuentes, pue-

den pasar rápidamente de sentirse alegres a expresar miedo y tristeza; sin embargo, la depresión no afecta a todos los enfermos de cáncer.

Los programas de educación emocional, de actividades agradables y de reestructuración cognitiva se consideran fundamentales en el tratamiento de la depresión infantil⁽¹⁸⁾. Mediante la educación emocional se pretende enseñar al niño a detectar sus emociones, evaluar su intensidad e identificar las situaciones que las desencadenan. Para superar su estado de apatía y desolación conviene animarle a realizar actividades placenteras que le susciten emociones positivas, enseñarle habilidades sociales para vencer la soledad y promover su bienestar físico procurando que siga pautas saludables de alimentación y sueño. A través de la reestructuración cognitiva debe aprender a identificar, cuestionar y sustituir sus pensamientos negativos por patrones de pensamiento más realistas, saludables y productivos.

La ansiedad y el miedo son reacciones normales en el paciente oncológico. Cuando se les comunica el diagnóstico es frecuente que los niños expresen su preocupación por lo que les pueda ocurrir. Posteriormente, pueden manifestar su temor a estímulos diversos, como la sangre, las heridas o las agujas. Ante un tratamiento quirúrgico, el niño informa de sus temores y se cuestiona si será doloroso, si su cuerpo cambiará después de la operación, si deberá permanecer solo en el quirófano o si estará acompañado por algún familiar. Si se requiere realizar al niño una resonancia magnética, éste puede presentar ansiedad muy elevada al tratarse de una máquina cerrada en la que debe permanecer solo, con una luz tenue, con ruido y en alguna ocasión inmovilizado. En estos casos podrían emplearse técnicas de relajación y respiración para controlar su ansiedad. Asimismo, se puede dar al enfermo cierta información o instrucciones. Por ejemplo, informarle del tiempo que queda para abandonar la sala o para que entre la enfermera, e indicarle que cierre los ojos al entrar y salir

del aparato. La visualización también es efectiva durante el procedimiento. El niño puede, por ejemplo, imaginar que el ruido que escucha durante la resonancia magnética procede de un tambor.

Las hospitalizaciones del niño con cáncer son frecuentes y las revisiones médicas constantes, lo que supone la interrupción de sus actividades diarias y la llegada a un ambiente extraño en el que debe interactuar con desconocidos. El hospital no es un lugar familiar para el niño, está lleno de personas a las que no conoce y con numerosas máquinas que le suscitan temor. La pérdida de autonomía e intimidad, y la incertidumbre sobre cómo debe comportarse, contribuyen a aumentar su ansiedad.

La necesidad de preparar a los niños para la hospitalización se debe a los datos que confirman que la intervención quirúrgica puede repercutir negativamente de forma transitoria o duradera en muchos niños⁽¹⁹⁾. Dichas repercusiones se justifican por su menor capacidad para asimilar la nueva situación y por su dependencia de terceros. Los procedimientos psicológicos de preparación a la hospitalización utilizados con mayor frecuencia con la población infantil consisten en proporcionar información y en instruir al paciente en estrategias de afrontamiento de la ansiedad y el miedo. Con el objetivo de normalizar la experiencia hospitalaria y conseguir la adaptación del enfermo al hospital, es preciso proporcionarle información acerca del personal sanitario que le va a tratar y de los procedimientos médicos que van a llevarse a cabo. El lenguaje empleado debe ser adecuado a su nivel de desarrollo y es preciso no dar información contradictoria para evitar que el niño pierda su confianza en sus padres o en el personal médico.

El empleo de algunas técnicas operantes puede contribuir a reducir la ansiedad del paciente durante su estancia hospitalaria. Puede ser adecuado controlar la disposición del ambiente en la sala de espera, ubicando en ésta estímulos agradables como música o juguetes. Para que la habitación del hospital le resulte menos extra-

ña, puede crearse un ambiente más familiar indicando al niño que lleve consigo fotos, dibujos u objetos de casa, sobre todo si se trata de una hospitalización larga. Se le debe proporcionar seguridad y afecto, potenciar su participación en actividades lúdicas con otros niños hospitalizados y, si se considera adecuado, permitir la visita de familiares y amigos para evitar su soledad.

Mediante el "juego de los médicos" se consigue desensibilizar la ropa, el material y los procedimientos médicos. El niño simula ser un médico o enfermero que, por ejemplo, debe poner una inyección a un muñeco de trapo. También puede practicar con el muñeco las estrategias de afrontamiento que debe emplear al ser hospitalizado. El refuerzo de las conductas adecuadas del paciente mediante elogios, sonrisas o premios, y el refuerzo diferencial de otras conductas alternativas a sus rabietas frente a las intervenciones médicas, facilitan la labor del personal sanitario. En otras ocasiones se han utilizado cuentos para ayudar a los niños a comprender su enfermedad y el tratamiento, y mostrarles estrategias para afrontar el cáncer y los cambios que se han producido en su vida⁽²⁰⁾. En algunos de ellos, el enfermo lee, colorea y completa las actividades del libro, resaltando cómo se siente en cada momento, quién es su médico o enfermero favorito, qué es lo mejor o peor de permanecer en el hospital, etc.⁽²¹⁾.

En Pediatría, en algunos centros el niño lleva a cabo un recorrido por el hospital para conocer las distintas dependencias acompañado por un profesional. Se le puede entregar además material sanitario, como por ejemplo una mascarilla de cirujano o unas jeringuillas de juguete. Al familiarizarse con el personal médico y con el ambiente hospitalario, el niño mostrará menos temor y la separación de sus padres al ser intervenido quirúrgicamente le resultará menos traumática.

Mediante el entrenamiento en habilidades de afrontamiento se pretende que el paciente adquiera y practique las conductas adecuadas para afrontar la ansiedad y el temor, fomentando su participación activa.

Las estrategias que con mayor frecuencia se emplean son las autoinstrucciones o autoverbalizaciones positivas, la relajación y respiración, y la imaginación de escenas agradables. El entrenamiento en relajación y respiración se lleva a cabo en niños pequeños mediante el procedimiento "robot-muñeco de trapo". Se indica al niño que camine como si fuera un robot, rígido y tenso, y posteriormente como un muñeco, flexible y relajado, para que pueda identificar la sensación de tensión y relajación⁽²²⁾. La imaginación de escenas agradables impide al niño centrar su atención en estímulos que evocan ansiedad. Mediante el empleo de autoverbalizaciones el paciente se dirige mensajes para infundirse valor, por ejemplo "todo irá bien". Las autoinstrucciones suponen mensajes mediadores de la conducta, por ejemplo el niño se indica a sí mismo "voy a mirar hacia otro lado" durante una extracción de sangre. Una vez aprendidas dichas estrategias se le informa que debe aplicarlas durante los procedimientos médicos y en aquellas situaciones en que sienta ansiedad.

En ocasiones, el entrenamiento del niño en habilidades de afrontamiento puede integrarse dentro de un programa de intervención más amplio dirigido al paciente y a sus familiares. Otras veces, los destinatarios de los programas son únicamente los niños enfermos. Con el objetivo de lograr un adecuado ajuste personal, a la enfermedad, familiar y académico, se diseñó un programa de intervención psicopedagógica que incluía relajación, terapia cognitiva mediante imaginación controlada, preparación a los procedimientos médicos, entrenamiento en habilidades sociales y entrenamiento en autocontrol^(23, 24). Los niños afectados de cáncer a los que se aplicó el programa sufrieron un menor deterioro que el resto de niños. Se consiguió además evitar la aparición de déficit en sus habilidades sociales durante la hospitalización y reducir sus niveles de depresión.

La preparación para la estancia hospitalaria y el aprendizaje de estrategias de afrontamiento también puede llevarse a

cabo a través de la observación de un modelo en formato audiovisual. El modelo filmado se emplea en gran parte de los hospitales españoles y ha resultado eficaz para reducir la ansiedad y el miedo, y para aumentar la cooperación del paciente. Se pretende normalizar la experiencia hospitalaria, dar a conocer al niño los procedimientos médicos más habituales, como la toma de la tensión arterial, las extracciones de sangre o la anestesia, informarle sobre las emociones que puede experimentar, presentarle los diferentes profesionales del hospital, mostrar las áreas y departamentos principales, proporcionar estrategias para vencer el miedo y proponerle actividades lúdicas. En el vídeo "Mi operación"⁽²⁵⁾ se abarca desde la llegada al hospital hasta el día del alta, dividiéndose en el día antes de la intervención quirúrgica, el día de la operación, el periodo posquirúrgico y la salida del hospital. Los modelos que aparecen son un niño y una niña de 11 y 12 años respectivamente que ingresan por una patología no especificada. Los niños presentan al principio una actitud de temor y preocupación respecto a la hospitalización. Posteriormente, mediante técnicas de relajación, autoinstrucciones e imaginación que aprenden de la enfermera, afrontan con éxito diferentes situaciones. En el cd-rom "Bienvenido al hospital"⁽²⁶⁾ el niño aprende estrategias para el autocontrol de la ansiedad y recibe información sobre los procedimientos médicos más habituales.

Mejora de la adherencia al tratamiento médico

Frente a enfermedades de larga duración o cuyo régimen terapéutico requiere muchas horas de dedicación, como es el caso del cáncer, los pacientes pediátricos pueden manifestar conductas de oposición al tratamiento, como quejas, llantos, rabietas o protestas. La adherencia al tratamiento es especialmente importante en el cáncer puesto que el aumento en las tasas de curación se debe en gran parte al seguimiento del trata-

miento propuesto, sin embargo, la intrusividad de los tratamientos, los efectos secundarios de los mismos, las constantes revisiones médicas, los exámenes físicos y el gran número de tareas de cuidado en casa, dificulta en gran medida la conducta de adherencia en el niño⁽²⁷⁾. El inadecuado seguimiento de las prescripciones terapéuticas es un problema común en todas las disciplinas de la salud y muy habitual en la población infantil, situándose entre el 34 y el 82 %⁽²⁸⁾. Para conseguir una mayor cooperación y adherencia al tratamiento propuesto es importante hacer partícipe al niño del cuidado médico. La intervención en los problemas de adherencia en la población infantil debe ser multidisciplinar y debe incluir: a) un componente educacional, que permita al niño y su familia obtener información sobre la enfermedad y el tratamiento, y eliminar las dudas y las creencias erróneas que puedan originar que el seguimiento de las prescripciones médicas se lleve a cabo de una forma inadecuada, b) estrategias para mejorar las habilidades de autocontrol por parte del niño, fomentando una implicación más activa en las conductas de autocuidado, c) estrategias de intervención conductual, y d) atención e intervención sobre posibles barreras a la adhesión, como podrían ser problemas psicológicos o desajuste emocional en los padres del niño que dificulten el seguimiento de las prescripciones médicas⁽²⁹⁾.

CURACIÓN DE LA ENFERMEDAD O AFRONTAMIENTO DE LA MUERTE DEL NIÑO

El niño que supera el cáncer debe adaptarse a una nueva vida. En la actualidad se puede considerar un periodo de 5 años sin tratamiento como el criterio de supervivencia infantil, aunque también se han considerado periodos menores. De cualquier modo, es necesario el seguimiento a largo plazo de los supervivientes del cáncer, en concreto de los cuidados requeridos y de los efectos físicos y psicosociales de la enfermedad⁽³⁰⁾.

Una vez finalizado el tratamiento, los padres deben apoyar y animar al niño para su regreso al colegio, ya que éste quizá no quiera separarse de ellos y evite asistir. Si ha sufrido largas hospitalizaciones, si no tiene los conocimientos escolares básicos porque el cáncer se diagnosticó a una edad muy temprana o si ya tenía dificultades antes del diagnóstico, el niño puede tener problemas para adaptarse a la vida escolar. También los padres del niño pueden manifestar miedo por la vuelta al colegio de su hijo, debido a las actitudes de los compañeros o por el miedo al contagio de enfermedades perjudiciales para su salud. Si el niño ha sufrido cambios corporales, como alopecia o la amputación de algún miembro, se le debe proporcionar información básica sobre su aspecto para poder hacer frente a las cuestiones de otros niños. Por ejemplo, explicarle que en ese momento no tiene pelo por la medicina que está tomando, pero que le saldrá de nuevo cuando deje de tomarla. Asimismo, se debe preparar al niño para ignorar los comentarios inapropiados que pueda escuchar y enseñarle a ser asertivo con sus compañeros.

Los profesores del centro deben identificar si el niño tiene alguna necesidad académica especial y planificar la intervención adecuada. Se han conseguido resultados satisfactorios en pacientes oncológicos mediante intervenciones que incluían actividades preliminares para preparar la vuelta del niño al colegio, conferencias con el personal de la escuela para clarificar aspectos de la enfermedad y del tratamiento, presentaciones a los compañeros para que comprendan la enfermedad y sus necesidades, y el seguimiento del paciente después de su vuelta al colegio para estrechar la comunicación entre la familia, el equipo médico y la escuela. En concreto, con niños de 5 a 17 años de edad, se consiguió aumentar su competencia social y disminuyeron sus rasgos depresivos. El hecho de proporcionar información a los compañeros del niño no aumentó el miedo al cáncer, sino que incrementó la comprensión del resto de niños de la enfermedad⁽³¹⁾.

Si no responde al tratamiento y el personal médico anuncia la muerte cercana del niño, los padres se enfrentan a un impacto emocional muy fuerte. Es conveniente dar la información necesaria al paciente y sus familiares de forma progresiva. Con frecuencia, los niños perciben que van a morir por las reacciones que observan en sus padres, por lo que es conveniente dejar que expresen sus sentimientos y no eludir sus preguntas. Es prioritario atender a sus deseos y preocupaciones. El temor a separarse de sus padres, la tristeza y la ansiedad son reacciones normales en el niño que se encuentra cerca de la muerte. Para aliviar su temor, el enfermo debe tener la sensación de estar acompañado hasta el final.

La culpabilidad es un sentimiento muy común en los padres. Los hermanos también sufren la pérdida con reacciones diferentes, como conductas atípicas o reacciones somáticas. Puede producirse una conspiración de silencio por parte de los familiares del niño, que evitan hablar de su muerte. En estos casos, es conveniente ayudarles a que expresen sus sentimientos y proporcionarles apoyo.

Ante la muerte cercana del paciente, el personal sanitario sufre por querer ayudar al niño y no poder o no saber cómo, y por no saber cómo atender a las familias de forma adecuada. Para el personal médico el trabajo con niños implica una gran inversión emotiva, siendo habitual la ansiedad y tristeza e incluso el *burnout* entre los cuidadores. Para ayudar a las familias y al personal médico a afrontar la muerte del niño enfermo de cáncer se han desarrollado diversos programas hospitalarios. Con la familia se pretende apoyarles antes y después de la muerte del niño, facilitar el duelo tras la pérdida y hacer más llevadera su pena. Al personal sanitario se les proporciona apoyo y se procura promover su habilidad para asistir a las familias en duelo. También a la comunidad se la debe educar sobre las experiencias del niño en el dolor y la pena⁽³²⁾. En el colegio, si el niño muere, los profesores deben explicar a sus compañe-

ros lo que ha ocurrido para que entiendan y puedan afrontar su muerte.

CONCLUSIONES

El cáncer es una de las enfermedades más temidas en la actualidad. Si la enfermedad afecta a la población infantil la consternación que despierta es todavía mayor. Frente al elevado número de diagnósticos que se realizan cada año, los avances en los tratamientos médicos han reducido las tasas de mortalidad, considerándose el cáncer hoy en día una enfermedad crónica. Las características de la enfermedad y los efectos secundarios de los tratamientos pueden alterar de forma significativa la vida del niño y de su familia, por lo que se enfatiza la importancia de intervenir para reducir el impacto emocional del cáncer y facilitar la adaptación del enfermo y sus familiares a la nueva situación. Es fundamental proporcionar apoyo a los padres en el momento del diagnóstico y asesorarles sobre cómo dar la noticia de la enfermedad a su hijo. Asimismo, la labor del psicólogo durante el tratamiento irá dirigida a detectar posibles problemas psicológicos en el niño y aplicar la intervención adecuada. Algunos síntomas de la enfermedad y efectos secundarios del tratamiento médico, como las náuseas y vómitos condicionados, el dolor o la fatiga, pueden reducirse mediante procedimientos psicológicos sencillos. También es adecuada la preparación psicológica a los niños que van a ser hospitalizados o sometidos a algún procedimiento médico para reducir sus temores y su ansiedad.

Aunque el niño logre superar la enfermedad, en muchas ocasiones su funcionamiento psicosocial se ve alterado. Las familias que se enfrentan a la pérdida de un hijo manifiestan reacciones y emociones dispares. En ambos casos, el apoyo psicológico es decisivo y puede contribuir a aumentar la calidad de vida de los supervivientes o, en su caso, a asimilar la pérdida del niño por parte de los familiares.

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reaman GH, Bleyer A. Infants and adolescents with cancer: special considerations. En: Pizzo PA, Poplack DG. *Principles and Practice of Pediatric Oncology* (4th ed). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2002.
2. Bayés R. Calidad de vida y cáncer infantil. Jornadas Internacionales de Atención Multidisciplinar al Niño con Cáncer. Libro de ponencias y comunicaciones. Valencia: Federación de Asociaciones de Padres de Niños Oncológicos; 1993. p. 147-54.
3. Polaino-Lorente A, Del Pozo A. Programas de intervención en niños cancerosos. En: Buceta JM, Bueno AM, coordinadores. *Modificación de conducta y salud: perspectivas actuales en la aplicación de tratamientos de psicología*. Madrid: Eudema; 1990. p. 341-61.
4. Sawyer M, Antoniou G, Toogood I, Rice M. Childhood cancer: a two-year prospective study of the psychological adjustment of children and parents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 36: 1736-43.
5. Guyton AC. *Tratado de Fisiología Médica*. 8ª edición. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España; 1994.
6. Jay SM, Elliott CH, Varni JW. Acute and chronic pain in adults and children with cancer. *J Consult Clin Psychol* 1986; 54: 601-7.
7. Manne SL, Lesanics D, Meyers P, Wollner N, Steiner P, Redd W. Predictors of depressive symptomatology among parents of newly diagnosed children with cancer. *J Pediatr Psychol* 1995; 20: 491-510.
8. Patterson JM, Holm KE, Gurney JG. The impact of childhood cancer on the family: a qualitative analysis of strains, resources and coping behaviours *Psychooncology*. En Prensa.
9. Die-Trill M. El niño y el adolescente con cáncer. En: Die-Trill M, editor. *Psico-Oncología*. Madrid: Ediciones Ades 2003. p. 86-101.
10. Del Moral E, Muñoz A., Uberos J, Galdó G. Aspectos psicosociales del cáncer infantil. En: Del Moral E, Muñoz A, Uberos J, editores. *Oncología Infantil*. Madrid: Formación Alcalá; 2001.
11. Vance Y, Eiser C. Caring for a child with cancer. A systematic review. *Pediatr Blood Cancer* 2004; 42: 249-53.
12. Varni JW, Katz ER, Colegrove R, Dolgin M. Perceived social support and adjustment of children with newly diagnosed cancer. *J Dev Behav Pediatr* 1994; 15: 20-6.
13. Redd WH, Jacobsen PB, Die-Trill M, Dermatis H, McEvoy M, Holland J. Cognitive/Attentional distraction in the control of conditioned nausea in pediatric cancer patients receiving chemotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1987; 55: 391-5.
14. Jay SM, Elliott CH, Woody PD, Siegel S. An investigation of cognitive-behavioral therapy combined with oral valium for children undergoing painful medical procedures. *Health Psychol* 1991; 10: 317-22.
15. Bragado C, Fernández A. Tratamiento psicológico del dolor y la ansiedad evocados por procedimientos médicos invasivos en oncología pediátrica. *Psicothema* 1996; 8(3): 625-56.
16. Manne SL, Redd WL, Jacobsen PB, Gorfinkle K, Schorr O. Behavioural intervention to reduce child and parent distress during venipuncture. *J Consult Clin Psychol* 1990; 58: 565-72.
17. Barrera ME, Rykov MH, Doyle SL. The effects of interactive music therapy on hospitalized children with cancer: a pilot study. *Psychooncology* 2002; 11(5): 379-88.
18. Méndez FX. *El niño que no sonrío. Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*. Madrid: Pirámide, 1998.
19. Melamed BG, Siegel L. Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of filmed modeling. *J Consult and Clin Psych* 1975; 43: 511-21.
20. Nessim S, Wyman B. *A friend for life*. Los Angeles: Cancervive, 1994.
21. Nessim S, Katz ER. *Draw me a picture*. Los Angeles: Cancervive, 1995.
22. Kendall PC, Braswell L. Medical applications of cognitive-behavioral interventions with children. *J Dev Behav Pediatr* 1986; 7: 257-64.

23. Polaino-Lorente A, del Pozo A. Modificación de habilidades sociales en niños cancerosos hospitalizados. *Act Ped Esp* 1992; 50: 407-14.
24. Polaino-Lorente, A, del Pozo A. Modificación de la depresión mediante un programa de intervención psicopedagógica en niños cancerosos no hospitalizados. *Anal Modif. Conduc* 1992; 18: 493- 503.
25. Ortigosa JM, Méndez FX. Mi operación (MU-281-95). Murcia: CRAV, Universidad de Murcia; 1995.
26. Ortigosa JM, Vargas F, Méndez FX, Pedroche S, Quiles, MJ. Bienvenido al hospital. Barcelona: Ordesa; 1999.
27. Orgilés M, Espada JP, Méndez FX. Adherencia al tratamiento. En: Ortigosa JM, Quiles MJ, Méndez FX, coordinadores. *Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia*. Madrid: Pirámide; 2003. p. 73-94.
28. Meichenbaum D, Turk DC. *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos*. Guía práctica para los profesionales de la salud. Bilbao: Descleé de Brouwer; 1991.
29. Anderson CA, Collier JA. Managing very poor to adherence to medication in children and adolescents: an impatient intervention. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 1999; 4(3): 393-402.
30. Hewitt M, Weiner SL, Simone J. *Childhood cancer survivorship: improving care and quality of life*. Washington, DC: National Academy Press; 2003.
31. Katz ER, Rubinstein CL, Hubert NC, Blew A. School and social reintegration of children with cancer. *J Psychosoc Oncol* 1988; 6: 123-40.
32. Heiney SP, Hasan L, Price K. Developing and implementing a bereavement program for a children's hospital. *J Pediatr Nurs* 1993; 8: 385-91.

