

# TÉCNICAS COGNITIVO CONDUCTUALES PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN NIÑOS Y NIÑAS CON CÁNCER<sup>1</sup>

Clara Ximena Cortés Zuluaga<sup>2</sup>

## RESUMEN

*El presente trabajo de revisión bibliográfica aborda el manejo del dolor en oncología pediátrica desde la psicología mediante técnicas cognitivo-conductuales. Se analiza de manera general qué es el cáncer y su clasificación pediátrica; además, el tema del dolor respecto a la definición, la evaluación (autoinformes y observación conductual) y el tratamiento no farmacológico desde la Terapia Cognitiva-Conductual con técnicas de distracción, imaginación y entrenamiento de la respiración/relajación, las cuales han demostrado evidencia empírica por su eficiencia y utilidad acompañadas de otras intervención en salud como la farmacológica.*

**Palabras clave:** Cáncer infantil, oncología pediátrica, tratamiento del dolor, manejo del dolor, psicología, técnicas cognitivo-conductuales.

## ABSTRACT

*This present review addresses pain management in pediatric oncology from psychology by cognitive-behavioral techniques. We analyze what is generally and pediatric cancer classification; also the subject of pain on the definition, evaluation (self-report and behavioral observation) and non-pharmacological treatment from cognitive-behavioral therapy distraction techniques, imagination and breathing training / relaxation, which have shown empirical evidence for its efficiency and usefulness accompanied by other health interventions such as pharmacological.*

**Keywords:** Childhood cancer, pediatric oncology, pain management, pain management, psychology, cognitive-behavioral techniques.

---

<sup>1</sup> Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Psicología Clínica con Énfasis en Psicoterapia con niños y adolescentes. Facultad de Ciencias Humanas, Sociales y de la Educación. Asesorada por Carolina Ángel Henao, Psicóloga, Psicóloga especialista en psicooncología.

<sup>2</sup> Psicóloga, Universidad Católica de Pereira. Licenciada en Filosofía, Universidad Tecnológica de Pereira.

**OBJETIVO:** Realizar una revisión bibliográfica sobre las técnicas cognitivo conductuales para el manejo del dolor en niños y niñas con cáncer para identificar y describir el tipo de estrategias psicoterapéuticas eficientes en el tratamiento del dolor.

**MÉTODO:** De 82 estudios se eligieron 44 textos que permitieron estructurar el artículo en su totalidad. La exploración de la literatura científica es de los últimos 15 años. La revisión bibliográfica se efectuó con palabras claves como cáncer infantil, oncología pediátrica, tratamiento del dolor, manejo del dolor y técnicas cognitivo-conductuales en buscadores como Elsevier, Redalyc y Scielo. Además, en páginas del Ministerio de Salud y Protección Social, documentos publicados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) - Organización Mundial de la Salud (OMS), biblioteca virtual de la Universidad Católica de Pereira y Google Académico; entra otras fuentes académicas.

## INTRODUCCIÓN

La intención de este artículo es realizar una revisión bibliográfica para sistematizar y compilar trabajos desarrollados sobre la articulación entre el buen control del dolor y el apoyo psicológico desde un enfoque cognitivo-conductual. Esto con el fin de identificar técnicas psicoterapéuticas en función del manejo del dolor en niños y niñas con cáncer para potenciar la contribución de la psicología al campo de la salud, sabiendo que esta disciplina tiene componentes importantes para la atención integral de los infantes con cáncer en miras de lograr una mejor calidad de vida. Es importante no perder de vista que el tratamiento debe ser multidisciplinario e interdisciplinario, siendo las estrategias cognitivo-conductuales un apoyo y un medio que facilitan el manejo del dolor en niños y niñas con cáncer. No son entonces tales estrategias la solución al problema, ni tampoco se pueden ver como una intervención única e independiente, sino que es necesario

integrarlas con estrategias de otras profesiones de la salud que aporten y contribuyan a abordar el tema del manejo del dolor en el cáncer infantil, en la medida que la intervención psicológica es una posibilidad de facilitar y complementar el resultado favorable de otras terapias.

Ahora bien, se hace fundamental situarse en el tema del cáncer en Colombia desde el punto de vista epidemiológico. Según la Resolución 1383 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, de conformidad con las estimaciones de incidencia, en el período de 2002-2006 se presentaron 70.887 casos nuevos de cáncer por año en nuestro país con la siguiente distribución numérica: “32.316 en hombres y 38.571 en mujeres. En los hombres, la tasa de incidencia ajustada por edad para todos los cánceres (excepto cáncer de piel) fue de 186,6 por 100.000 habitantes. En las mujeres fue de 196,9. Entre los hombres, las principales localizaciones de cáncer fueron en orden decreciente: próstata, estómago, pulmón, colon, recto y linfomas no-Hodgkin” (p, 5).

Respecto al cáncer en niños y niñas la Organización Panamericana de la Salud (2014) indicó que en diversos países “el cáncer es la segunda causa de muerte en niños mayores de un año, superada sólo por los accidentes. La incidencia anual para todos los tumores malignos es de 12,45 por 100.000 niños menores de 15 años” (p, 5). No obstante, la OPS reconoce que ha existido un avance significativo en los últimos años respecto al tratamiento del cáncer infantil (oncología pediátrica), lo cual hace que se pueda hablar de un desarrollo significativo en las últimas dos décadas comparado con otras especialidades.

## PSICOLOGÍA DE LA SALUD: MÁS ALLÁ DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Al considerar la intervención psicológica como un elemento importante para facilitar efectos positivos en el manejo del dolor al lado de otras intervenciones en salud, se hace relevante ubicar la psicología en el campo de la salud\*, en la medida que surge una nueva ola de pensamiento donde la dimensión psicosocial en el proceso salud-enfermedad hacen presencia en los servicios de atención, donde las variables sociales y personales influyen en dicho proceso. Por consiguiente, la psicología de la salud centra su atención en los aspectos subjetivos del proceso salud-enfermedad y de la atención a la salud.

“Le interesan todos los aspectos psicológicos que intervienen en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se manifiestan en la prestación de servicios de salud a la población. En el plano práctico se expresa en un modelo que incluye acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de enfermedades, la atención de los enfermos y las personas con secuelas, y la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de la población” (Martín Alfonso, L. 2003. p, 1).

Lo anterior invita a pensar la psicología de la salud como un campo de acción amplio, en la medida en que involucra individuos, familias, grupos, comunidades, instituciones y sociedad, de acuerdo a la naturaleza del problema.

---

\* Concebida por OMS (Organización Mundial de la Salud) como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

“La psicología en el campo de la salud implica asumir una definición en tanto disciplina aplicada, por el campo (la salud) y no por un método (el clínico), la psicología clínica resulta insuficiente para abordar toda la complejidad del campo. Asimismo, la psicología en este campo debe entender la integralidad bio-psico-social (y también cultural y espiritual) no solamente en el discurso sino también en la práctica” (Morales Calatayud, F. 2015, p, 122).

Al tomar como base lo expuesto, es importante aclarar qué es cáncer para entender la visión biológica de la oncología pediátrica, y así, integrar la visión psicológica.

### **¿QUÉ ES EL CÁNCER Y SU CLASIFICACIÓN?**

El cáncer es el desarrollo sin control de células anormales o cancerosas en el cuerpo humano, es decir, de una célula normal se producen otras células no normales que crecen desmedidamente generando cáncer, teniendo causas internas (herencia genética) y externas (radiaciones excesivas por sol, tabaco, virus y sustancias, entre otras). Según el diagnóstico temprano del cáncer en la niñez (2014), los tipos de cáncer que se presentan con mayor frecuencia en la población infantil colombiana de conformidad con la clasificación que la pediatría hace de tal enfermedad son: las *hematolinfoides* -leucemias y linfomas- y los *tumores sólidos*, dentro de los cuales los más frecuentes son los que atacan al sistema nervioso central.

La Organización Panamericana de la Salud (2014) define la leucemia como una enfermedad maligna que “provoca un aumento no controlado de glóbulos blancos en la médula ósea. Es el

cáncer más común en los niños y se cura en el 90% de los casos. Los síntomas son inespecíficos como cansancio, desgano, dolores óseos (muchas veces son el único síntoma), excesiva sudoración nocturna” (p, 7).

Dice la OPS sobre los linfomas que son un grupo de enfermedades del sistema linfático “de crecimiento rápido, se les llama tumores sólidos hematológicos para diferenciarlo de las leucemias. En los cánceres infantiles ocupan el tercer lugar en incidencia, después de las leucemias y de los tumores del sistema nervioso central...Los síntomas que presenta son inespecíficos como cansancio, pérdida del apetito y siempre dependiendo de su localización” (Organización Panamericana de la Salud, 2014. p, 7).

Establece además la OPS que los tumores del sistema nervioso central son los tumores sólidos de la cavidad craneal, “más frecuentes en la infancia, aparecen particularmente entre los 5 y 10 años de edad” (Organización Panamericana de la Salud, 2014. p, 8). El síntoma más representativo es la cefalea, en inicio es generalizada y esporádico, con el transcurso del tiempo aumenta en intensidad y frecuencia. La cefalea puede estar acompañada generalmente de náusea, vómito, alteraciones visuales o auditivas, etc. Otros síntomas son las alteraciones del estado mental, los cambios en la personalidad, los cambios en el estado de ánimo y en la conducta y las convulsiones, entre otros.

Dadas las consideraciones mencionadas, es importante definir qué es el dolor para dar mayor conocimiento de la temática que se está desarrollando en el trabajo sobre las técnicas cognitivo-conductuales para el manejo del dolor en niños y niñas con cáncer.

## ¿QUÉ ES EL DOLOR? ¿QUÉ ES EL DOLOR TOTAL?

Para adentrarnos al tema que atañe a este artículo se hace importante, en primera instancia, definir qué es el dolor. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor como:

“Una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión hística\* real o potencial, o descrita en términos de dicho daño”. Para algunos tratadistas y especialistas del tema “el dolor es único, multidimensional y subjetivo...Se trata de una sensación en una o más partes del cuerpo, es siempre desagradable, y por lo tanto, supone una experiencia emocional” (Cacciavillano, 2013. p, 98).

Para otros autores como Monsalve, V., Gómez-Carretero, P., & Soriano, J. (2006), el dolor implica una percepción que no es simple, sino por el contrario, compleja en toda su dimensión en la medida en que evoca aspectos sensoriales, cognitivos y emocionales, donde el sistema nervioso central tiene su papel preponderante, el cual requiere de intervenciones particulares para su control, siendo importante la atención médica y psicológica.

En el tema específico del cáncer es importante mencionar que el dolor envuelve diversas matrices, es decir, el dolor es producto de múltiples situaciones respecto a la enfermedad como los procedimientos diagnósticos (por ejemplo biopsia y extracciones de sangre). Los procesos terapéuticos (por ejemplo inyecciones intravenosas para administrar la quimioterapia o rehidratar

---

\* Lesiones en un determinado tejido del organismo.

al menor) y otras enfermedades asociadas a la patológica, siendo el curso de la enfermedad oncológica un elemento que incide significativamente en el aumento del dolor, lo cual marca una diferencia con el dolor no oncológico.

Una visión más integradora (y si se quiere sistémica) nos hace pensar en el concepto de dolor total. Ello significa que el origen del dolor no solo implica lo orgánico, sino también factores emocionales, sociales y hasta económicos o como plantea el autor ya mencionado:

“Si no se interviene sobre estas áreas, el dolor puede transformarse en un síntoma intratable, a pesar de estar adecuadamente manejado desde el punto de vista farmacológico. Esta multicausalidad ha dado origen al concepto de dolor total. De allí que, al abordar a un niño con dolor, debemos hacerlo con un enfoque interdisciplinario para poder contemplar cada uno de los aspectos intervinientes y poder brindar el alivio adecuado” (Cacciavillano, 2013. p, 108).

Cecil Saunders en la década de los años 80s habló del dolor total en enfermedades oncológicas. Lo consideró desde una dimensión bio-psico-social y espiritual (transcendencia del ser humano), lo que hace que se involucre la idea de la relación existente entre dolor y sufrimiento. Otros pensadores han escrito en esta misma dirección estableciendo que:

“El cerebro activa las mismas zonas ante un dolor nociceptivo (físico) y una dolor emocional. Por lo menos se puede inferir que el sufrimiento por un dolor físico y el sufrimiento generado por una dolor emocional o social son percibidos y modulado en las mismas zonas... para el cerebro, el sufrimiento y el dolor son expresiones de la actividad de las mismas áreas topográficas... matrices diferentes de una misma respuesta” (Krikorian, A., Jairo, J., & Vélez, M. C., 2008. p, 247).

Estos autores conciben el dolor y el sufrimiento como estados que se generan ante una respuesta a una amenaza; para el primero (el dolor), la amenaza está orientada a la integridad física y el grado de ella dependerá de la percepción e interpretación subjetiva sobre el dolor; para el segundo (el sufrimiento), el grado de amenaza dependerá de la valoración cognitiva-emocional y la ausencia de recursos para afrontarla inmersos dentro de un contexto cultural, social y familiar, pero también, de la red de apoyo, condiciones de vida, funcionalidad y salud, entre otros factores. En definitiva, sufrimiento y dolor, “independientemente de sus semejanzas o divergencias son respuestas a amenazas tanto internas como externas” (Krikorian, A., Jairo, J., & Vélez, M. C., 2008.p, 254). Por consiguiente, el tratamiento debe visualizar la interrelación de factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales en la experiencia de dolor y sufrimiento.

## **CLASIFICACIÓN DEL DOLOR**

En los pacientes con cáncer es fundamental realizar una distinción clínica en la medida en que es de gran utilidad para los abordajes terapéuticos, por ende, la clasificación del dolor implica considerar varios elementos:

1. **Mecanismo fisiopatológico.** Según, Rosario Cruz, M., Medina Villaseñor, E. A., Artiachi de León, G., Quezada Adame, I., & Neyra Ortiz, E. (2010. p, 103), se encuentra:
  - 1.1. Nociceptivo: puede ser somático (la localización es precisa y se describe como punzante, opresivo y continuo) o visceral (la localización no es precisa y la descripción no es fácil, es sordo e irradiado).
  - 1.2. Neurótico (se describe como quemante, picante, eléctrico, entumecimiento u hormigueo, en determinadas ocasiones se acompañan de alteración de la sensibilidad – disestesia, parestesia, alodinia, hiperestesia, hiperalgesia-).
2. **Duración:** Aguda (duración inferior a 30 días) y crónico (duración mayor a 30 días).
3. **Etiología:** Maligno (dolor asociado al tumor, por ejemplo, generan obstrucción conductos de órganos sólidos; por metástasis a otros órganos como hueso o hígado) y no maligno (dolor por tratamiento quirúrgico, postquimioterapia, postradiación o dolor psicógeno)
4. **Intensidad:** Leve, moderado, severo, insoportable.

## EVALUACIÓN DEL DOLOR INFANTIL

Considerando el carácter de subjetividad que implica la sensación del dolor, se hace fundamental incluir la información que tiene el niño o la niña respecto a su percepción de dolor, pues solo lo percibe quien lo siente. Es relevante mencionar que el evaluar al dolor implica la inclusión de diferentes partes, personal médico, enfermería, la familia, al niño o la niña, siendo siempre posible valorar el dolor e incluso en situación de discapacidad cognitiva. Entre los instrumentos

más implementados para medir la sensación del dolor están el autoinforme y la observación conductual.

## 1. AUTOINFORME

Este instrumento es valioso y significativo en la medida que se adaptan las condiciones de edad del niño o la niña, a partir de los 3 años es posible implementarlo. Según, Amorós, M. O., Méndez, F. X., & Sánchez, J. P. E., 2009, entre los autoinformes encontramos:

**Escala de estimación:** Esta escala considera que la intensidad del dolor se puede medir numéricamente (por ejemplo, de 0 a 3 en el caso de infantes, 0 – nada, 3 - mucho) o verbalmente (nada, poco o mucho). Se elige el valor numérico o la palabra que representa el grado de dolor.

**Escalas analógicas visuales:** Dentro del grupo de escalas analógicas visuales, se identificaron cuatro escalas de mayor utilidad y aplicabilidad para la medición del dolor en niños y niñas. La primera es la *Escala de Rostros de Dolor (Faces Pain Scale-Revised, FPS-R)*, la cual muestra seis caras con diferentes expresiones que representan el grado de dolor que se experimenta.

“Se indica al paciente que se imagine que las caras corresponden a un niño que padece su misma enfermedad y se le pide que elija la que más se asemeja a lo que está sintiendo en ese momento. Mediante una regla graduada en la parte posterior de los dibujos, el evaluador puede convertir la cara elegida por el niño en datos numéricos” (Amorós, M. O., Méndez, F. X., & Sánchez, J. P. E., 2009, p. 345).

La segunda es la *Escala Facial Afectiva (Facial Affective Scale; FAS)*, evalúa el impacto emocional que la experiencia de dolor produce en los niños y las niñas mediante dibujos de nueve caras, en las que cuatro representan afecto positivo (alegría o felicidad), cuatro afecto negativo (tristeza o dolor) y una de ellas es neutra. La tercera es *Escala OUCHER*, está compuesta de 6 fotografías de la cara de un niño que muestra diversas expresiones de dolor, acompañada de valores numéricos (de 0 a 100) que representan el grado de dolor, brindando la posibilidad que niños y niñas en edades más tempranas pueden señalar la intensidad a partir de dibujos y otros infantes con edades más superiores lo pueden realizar indicándolo numéricamente. El último instrumento es un dibujo del termómetro (*Termómetro del dolor*) con la barra de mercurio que incluye valores de intensidad del dolor de 0 a 10 (0 ausencia de dolor - 10 dolor muy intenso).

## 2. OBSERVACIÓN CONDUCTUAL

Según, Amorós, M. O., Méndez, F. X., & Sánchez, J. P. E. (2009), la observación conductual es otro elemento importante al momento de evaluar el dolor en los niños y las niñas, existiendo indicadores comportamentales que dan cuenta de la sensación dolor, entre ellos llantos, gritos, expresión facial y quejas. Esta manera de valorar el dolor es la más manejada en niños y niñas con edades menos avanzadas, donde la capacidad de verbalizar la sensación es mínima; no obstante, se debe considerar la opinión de la familia o cuidadores.

Existen varios instrumentos para registrar la observación conductual, entre ellos la Escala de Dolor del Hospital para Niños de Eastern Ontario (*Children's Hospital of Eastern Ontario Pain*

*Scale, CHEOPS*), que “evalúa seis conductas del niño en una escala de 0 a 3 puntos: llanto, expresión facial, expresión verbal, posición del torso, conducta de tocar y posición de las piernas” (Amorós, M. O., Méndez, F. X., & Sánchez, J. P. E., 2009, p. 347).

Otro instrumento es la Escala de Evaluación de la Conducta (*Procedure Behavior Rating Scale*), donde los padres asumen una posición activa en la medida que observan y registran los indicadores como llantos, gritos, resistencia verbal o rigidez muscular. Finalmente, la Escala de Observación del Estrés Conductual (*Observation Scale of Behavioral Distress, OSBD*) incluye las conductas citadas anteriormente; no obstante, involucra intervalos de registro de observación por 15 segundos con un grado de intensidad entre 1 y 4, siendo 4 un nivel de distress.

## **TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO: IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL DOLOR ONCOLÓGICO**

Es relevante aclarar que no existe una forma única y particular de afrontar el cáncer infantil en relación con el dolor, por tanto, la intervención ha de verse como “un proceso dinámico y flexible que depende de variables personales del niño, otras que son propias de la enfermedad así como de variables ambientales” (Cardozo, L., & Contreras, N., 2007. p, 29), lo que invita a considerar la intervención de manera integral. No obstante y para fines de simple pertinencia, nos centraremos en el estudio del tratamiento para el manejo del dolor en niños y niñas con cáncer basado en técnicas cognitivo-conductuales, es decir, en un tratamiento no farmacológico pero sin perder de vista este.

Ahora bien, ¿qué significa tratamiento no farmacológico? Los tratamientos no farmacológicos, según Cacciavillano (2013), son “estrategias que forman parte integral del tratamiento del dolor, complementan el tratamiento medicamentoso adecuado, pero no lo sustituyen. Forman parte integral e importante en el tratamiento del dolor producido por procedimientos, pero no reemplazan una analgesia farmacológica adecuada en niños sometidos a procedimientos dolorosos” (p, 102). Entre los tratamientos no farmacológicos encontramos entonces los tratamientos psicológicos, los cuales puede ayudar a controlar cualquier tipo de enfermedad eficazmente. Según la International Association for the Study of Pain (2009) existen múltiples razones para considerar la intervención psicológica como un aporte trascendental para el manejo del dolor oncológico:

1. Por la relación entre el dolor provocado por el cáncer y factores psicológicos (estado de ánimo, angustia, depresión y ansiedad).
2. Porque el sentido de confianza o de autoeficacia referente a la capacidad para controlar el dolor se ha asociado con menos dolor y mayor bienestar psicológico.
3. Porque el dolor experimentado como catastrófico (por ejemplo pensar en el dolor constantemente) se relaciona con la probabilidad de experimentar altos niveles de dolor y angustia psicológica.
4. Porque las intervenciones psicológicas generan efectos positivos en el tratamiento.

## ¿POR QUÉ LA INTERVENCIÓN DESDE EL MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL?

Bajo la visión de la importancia de la intervención psicológica, Monsalve, V., Gómez-Carretero, P., & Soriano, J. (2006), plantean que el modelo cognitivo-conductuales el enfoque que tiene mayores resultados positivos para intervenir el dolor oncológico infantil. En dicha terapia, se consideran tres dimensiones y la relación entre las mismas: 1. Cognición (lo que pensamos) 2. Afecto (lo que sentimos) 3. Conducta (lo que hacemos), siendo relevante intervenir en dichas esferas para que la terapia funcione, y así tener resultados reales y “verdaderos” en el cáncer infantil. Es fundamental mencionar, que antes de efectuar una terapia en el manejo del dolor, debe evaluarse el grado de sensación subjetiva, lo cual se puede hacer utilizando 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” (Amorós, M. O., Roig, S. L., Sánchez, J. P. E., & Carrillo, F. J. M., 2004. p, 146).

En esta línea de generar mejores resultados en la intervención del manejo del dolor en niños y niñas con cáncer no se pueden perder de vista dos elementos esenciales a la hora de la atención, que se enlazan con la psicología de la salud:

1. Participación de la familia: la familia es parte fundamental de la evaluación y el tratamiento para el manejo del dolor en los niños y las niñas. Se deben alentar, motivar e incentivar a permanecer con el niño o la niña durante el procedimiento; además, involucrarlos activa y colaborativamente.

2. Psicoeducación: según la International Association for the Study of Pain (2009), el dolor es “una vivencia sensorial y emocional compleja que se ve afectada por los pensamientos, sentimientos y conductas del paciente” (p. 2), es decir, la percepción del dolor está influenciada por factores psicológicos, sociales, culturales y espirituales. Tales factores pueden ser analizados con la psicoeducación para ser intervenidos y crear un ambiente propicio para enfrentar el dolor con medios pedagógicos además de ilustrar a los involucrados sobre la enfermedad, el curso, el tratamiento y otros aspectos relacionados con el cáncer.

## **TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN NIÑOS Y NIÑAS CON CÁNCER**

Respecto al tema central de esta revisión bibliográfica, es posible identificar múltiples autores que plantean técnicas cognitivo-conductuales específicas, precisas y concretas para el manejo del dolor en oncología pediátrica.

En el 2004, Amorós, M. O., Roig, S. L., Sánchez, J. P. E., & Carrillo, F. J. M., plantearon que los procedimientos psicológicos más destacados son las técnicas distractoras, el uso de la imaginación y el entrenamiento en relajación/ respiración para el aliviar el dolor y reducir la ansiedad, siendo la distracción la técnica más sobresaliente.

En el 2006, Monsalve, V., Gómez-Carretero, P., & Soriano, J., establecieron, de manera general, que la relajación es la técnica más utilizada. Astudillo, W., & Mendinueta, C. (2006), resaltan la intervención cognitiva-conductual respecto las estrategias de afrontamiento y la relajación.

Benito, G., Nadador, V., Fernández-Alcnaud, J., Hernández-Salvan, J., Ruiz-Castro, M., & Riquelme, I. (2006) hablan de la intervención grupal con técnicas de relajación muscular progresiva, técnicas de respiración, técnicas cognitivas (transformación imaginativa del dolor y del contexto, desviación por medio del pensamiento y de estímulos externos y somatización). Murillo, M., & Alarcón, A. (2006) estudiaron la sugestión desde la relajación y la imaginación.

En el 2009, Amorós, M. O., Méndez, F. X., & Sánchez, J. P. E., enunciaron que ante los procedimientos diagnósticos y tratamientos médicos intrusivos las técnicas de intervención psicológica más implementadas son la respiración y relajación, la distracción, la visualización, el manejo de contingencias y la hipnosis, manifestándose la eficacia de las técnicas psicológicas de intervención en el dolor en cáncer infantil. Bragado, C. (2009) plantea que la mejor manera de disminuir el dolor y el malestar de los procedimientos médicos invasivos, con tratamientos no farmacológico, son la distracción y los ejercicios de respiración. Méndez, F. X., Ortigosa, J. M., & Riquelme, A. (2009) exponen que la preparación psicológica cognitivo conductual debe orientarse a la realización un entrenamiento en relajación/respiración profunda, distracción/imaginación y las autoinstrucciones/autoverbalizaciones. La International Association for the Study of Pain (2009) concibe los métodos de terapia cognitiva-conductual como los más aplicados para el manejo del dolor basados en imágenes e hipnosis, siendo los más prometedores y esperanzadores.

Finalmente en el 2013, Cacciavillano, W., propone las técnicas de autocontrol (la respiración profunda y la relajación progresiva), distracción y visualización. Villalba, O. R., & Serrano, I. A.

(2015) propone entre las técnicas no farmacológicas la distracción, la estimulación cutánea, técnicas de relajación e imaginación guiada.

Con base en lo anterior, es importante mencionar que la evidencia empírica demuestra que las intervenciones psicológicas cognitivo- conductuales tienen efectos positivos y afectivos en el manejo del dolor. Referenciando específicamente las técnicas cognitivo-conductuales para el manejo del dolor en niños y niñas con cáncer se encuentra que las de mayor valor, sean solas o combinadas, son la distracción, la imaginación, el entrenamiento en relajación/respiración y la hipnosis.

### **Distracción**

En la revisión bibliográfica realizada se identificó que la distracción es una de las técnicas más efectiva y significativa para trabajar con niños y niñas por ser una estrategia activa, fácil de aplicar y demuestra mayor costo-beneficio. Consiste en centrar o focalizar la atención en distractores externos o estímulos atractivos y llamativos\*, que permitan apartar la atención del dolor (la atención fuera del estímulo perjudicial) y así alterar la percepción sensorial de él, por ende, entre más absorbente es la actividad y mayor concentración se logre el resultado será más efectivo, lo que significa modificar la percepción cognitiva del dolor en la medida que “se atenúan los impulsos neuronales evocados por el estímulo doloroso y se interrumpe el procesamiento emocional, lo que disminuye el malestar percibido” (Bragado, 2009. p, 334). Esta técnica es eficaz en los procedimientos que involucren punción lumbar, aspiración de médula

---

\*Deben ser estímulos adecuados para la edad, que inviten a la curiosidad e interés.

ósea e implantación de catéteres, entre otros; además, reduce síntomas en la quimioterapia relacionados con las náuseas condicionadas y ansiedad.

En esta técnica la familia se convierte en un recurso indispensable porque son hábiles en este método y conocen las preferencias de sus hijos. Cacciavillano (2013) propone que “se puede utilizar como recurso la música, contar una historia o un cuento; en lactantes y niños más pequeños atraer su atención con objetos o juguetes” (p, 109); así mismo, dentro de los distractores externos, según Bragado 2009, encontramos los video-juegos, los chistes, las adivinanzas, observar libros en relieve, escuchar música preferida, etc. (p, 334).

En este mismo sentido, Amorós, M. O., Roig, S. L., Sánchez, J. P. E., & Carrillo, F. J. M. (2004) nos dicen que la distracción se encuentra implícita en diversos procedimientos psicológicos: la fantasía, la concentración en la atención de su ritmo de respiración o hacia una actividad atractiva.

### **Imaginación**

Otra técnica de gran utilidad en la intervención cognitivo-conductual con niños y niñas con cáncer en el manejo del dolor se encuentra la imaginación, la cual consiste en invitar a evocar una escena agradable, pacífica y relativamente estable, y así prestar atención a las sensaciones que pueden producirse en esa escena (por ejemplo: árboles, plantas, viento, paisaje, bosque, mar, olas yendo y viniendo), historia o fantasía imaginada. En la medida que existe un entrenamiento en

sus habilidades en el uso de imágenes (distractor interno) y se usan para disipar la atención del dolor, por tanto, en los niños y niñas es hacer centrar la atención en una imagen mental de una experiencia agradable (colores, sonidos y lugares), en lugar del dolor.

El terapeuta hace indicaciones específicas pensadas para ayudar al paciente a relajarse y controlar el dolor, con niños y niñas las indicaciones del terapeuta tienen un valor importante para generar los efectos esperados. De manera práctica, encontramos que podemos indicarle al niño o la niña en un procedimiento de punción lumbar una fantasía imaginada, que invite a la sugestión analgésica mediante las siguientes palabras: “ahora vamos a hacer algo mágico... primero debes conseguir que la parte baja de tu espalda se quede dormida durante unos minutos... te enseñaré cómo se hace... simplemente pondré mi mano en tu espalda y la ayudaré a que se quede adormecida e insensible... relajada y calmada” (Richardson, 2006. p, 71).

Es un método eficaz para disminuir el dolor en niños sometidos a procedimientos dolorosos e invasivos, como punción lumbar y biopsia de médula ósea.

### **Entrenamiento de la respiración/relajación**

Mediante las técnicas de relajación y respiración se intenta disminuir la ansiedad y la tensión muscular que continuamente conducen 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” (Amorós, M. O., Roig, S. L., Sánchez, J. P. E., & Carrillo, F. J. M., 2004. p, ).

Las técnicas de entrenamiento en respiración profunda –“en cuatro tiempos”- se enseñan fácilmente a todo tipo de pacientes con dolor y facilita la reducción de su percepción y la ansiedad, ayudando a afianzar la creencia y la sensación de tener cierto autocontrol durante los accesos de dolor. Dicha situación la logra mediante inspiraciones lentas y profundas, expresándole al niño o la niña que tome aire despacio por la nariz, llenando los pulmones y reteniendo por un momento, posteriormente suelta el aire por la boca de forma lenta, siendo consciente de la percepción sentir y estar bien. Con los niños y las niñas es útil implementar la analogía de inflar el cuerpo como una bomba.

Se pueden utilizar juguetes o instrumentos que facilitan el control del ritmo respiratorio, y así, incentivar la diversión y el entretenimiento, entre ellas, la siguiente:

“Con la ayuda de una vela que el niño debe soplar logrando el movimiento ligero de la llama que no debe apagar, hinchando lentamente un globo con pequeñas espiraciones, moviendo al soplar cuidadosamente el agua de una cuchara, deslizando mediante sus

espiraciones una pelota de ping-pong por una superficie lisa, o respirando abdominalmente mientras toca un instrumento musical de viento como una harmónica o una flauta” (Amorós, M. O., Méndez, F. X., & Sánchez, J. P. E. 2009. p, 348).

Se debe considerar un ambiente tranquilo, placentero y adecuado, teniendo en cuenta la importancia de la educación y el uso de un lenguaje propicio para la edad de los niños y las niñas la noción de tensión muscular y relajación, siendo importante que el aprendizaje y el entrenamiento se extienda y amplíe a situaciones de tensión y dolor . Se puede utilizar el juego de la marioneta:

“Se pide al niño que imagine que es una marioneta que cuando tiramos de sus hilos hacia arriba va elevando del suelo poco a poco, poniéndose de puntillas y levantando sus cejas y sus hombros, simulando un estado de tensión. Al indicarle que se van a soltarlos hilos, volverá a su posición original en estado de relajación. Otro juego que ayuda al niño a discriminar la tensión de la relajación es el del robot – muñeco de trapo de Kendall y Braswell. Le proponemos que se mueva como si fuera un robot, tensando sus piernas y brazos y mostrando su cuerpo rígido. Posteriormente le pedimos que actúe simulando ser un muñeco de trapo, flexible y relajado. Para el entrenamiento en relajación infantil deben tenerse en cuenta una serie de pautas” (Amorós, M. O., Méndez, F. X., & Sánchez, J. P. E. 2009. p, 349).

Se sugiere al comienzo del entrenamiento de sesiones de 15 minutos para evitar el cansancio del niño o la niña, y así mantener el aprendizaje con reforzamiento social desde incentivos positivos por su esfuerzo y finalmente extender el aprendizaje a otras situaciones de dolor.

## **Hipnosis**

El terapeuta hace indicaciones específicas pensadas para ayudar al paciente a relajarse y controlar el dolor. Una vez que los pacientes logran utilizar las indicaciones guiadas, se enseña la autohipnosis para que puedan implementar la técnica en la vida diaria y asociarla al dolor para aislarlo. Es un método eficaz para disminuir el dolor en niños sometidos a procedimientos dolorosos, como punción lumbar y biopsia de médula ósea. Méndez, F. X., Ortigosa, J. M., & Riquelme, A, lo denomina como la hipnoterapia, y lo ubica como un método alternativo para disminuir la ansiedad y Murillo, M., & Alarcón, A. (2006) suponen la hipnosis desde la sugestión.

“La hipnoterapia se ha utilizado frecuentemente con pacientes oncológicos para controlar las náuseas, el dolor y la ansiedad. También se ha usado como método para el entrenamiento en relajación ya que la respiración profunda y la imagen focalizada son componentes de la inducción hipnótica, por lo que a veces es difícil distinguir en la práctica” (Méndez, F. X., Ortigosa, J. M., & Riquelme, A. 2009. pág., 418).

Méndez, F. X., Ortigosa, J. M., & Riquelme, A., dice: “Disociación de la experiencia de dolor y distrés a través de la inducción hipnótica, sugestión y fantasía; similar a la anterior pero requiere de más implicación que la imaginación” (2009. pág., 416).

## DISCUSIÓN

Dentro de la revisión bibliográfica se pone en discusión los avances significativos en últimos años referente al tratamiento del cáncer infantil (oncología pediátrica), lo cual hace que se pueda hablar de un desarrollo significativo en las últimas dos décadas comparado con otras especialidades, encontrándose múltiples artículos que ponen en juego la necesidad y pertinencia de la psicología al momento de intervenir, siendo el enfoque cognitivo-conductual una área que ha brindado sus aportes y constructos para ofrecer una atención integral en salud oncológica.

Se identificó, en igualdad de frecuencia, que las técnicas más utilizadas entre los años 2004 y 2015 son la distracción, la imaginación y el entrenamiento de la respiración/relajación, encontrándose varias denominaciones para referirse a la imaginación: imaginación guiada, visualización, imagen focalizada e imágenes emotivas. En el sentido contrario, las técnicas que brillan por la poca frecuencia son el manejo de contingencias y autoinstrucciones/ autoverbalizaciones.

Emergió un concepto novedoso y reside en la palabra hipnosis, aproximadamente en el año 2009, como una estrategia cognitiva-conductual que aparece en los textos con una alta acogida y se enlaza con la técnica de imaginación, donde se describe como una inducción sugestiva y de

fantasía, con la instrucción del terapeuta, para evocar experiencias significativas y positivas relacionadas con las sensaciones y las emociones que produzcan. Se diferencia de la imaginación por la implicación, pero conservan la misma estructura, aunque también se asocia con el entrenamiento de la respiración y relajación, siendo difícil ubicar el límite entre ellas.

Se pone de manifiesto en todos los artículos revisados sobre el tema del dolor la importancia de ubicar a éste como una experiencia única, multidimensional y subjetiva que debe ser atendida, intervenida y tratada desde lo farmacológico y no farmacológico, es decir, implica una área compleja pero que amerita toda la atención por parte de los profesionales de la salud, requiriendo intervenciones particulares para su control desde la atención médica y psicológica; sin embargo, emerge una noción amplia del dolor, al incluir la connotación de sufrimiento en la vivencia del dolor, siendo coherente con la definición de salud. Si existe un bienestar biopsicosocial, por ende, también existe el dolor biopsicosocial, donde se amplía la categoría a dolor total.

Dentro de las dificultades se encuentra la identificación de artículos en la zona local de Pereira, es probable que se aplican técnicas cognitivo-conductuales en oncología pediátrica para el manejo del dolor, pero no están escritas para consulta pública, ni siquiera en páginas web de entidades reconocidas en el región, ni tampoco existen estudios visibles y accesibles respecto al tema en la zona local.

Finalmente, es posible decir que se cumplió con el objetivo propuesto en este artículo, en la medida en que fue posible realizar una revisión bibliográfica sobre la identificación y descripción de las técnicas cognitivo-conductuales eficientes para el manejo del dolor en niños y niñas con cáncer; además, son técnicas que tienen características de practicidad: activas, facilidad de aplicación y su costo-beneficio es favorable.

## CONCLUSIONES

Dentro de las conclusiones principales, en la revisión bibliográfica, se considera el tratamiento para el manejo del dolor en oncología pediátrica desde una visión multidisciplinaria e interdisciplinaria, donde la intervención psicológica (tratamiento no farmacológico) es un complemento que contribuye el manejo del dolor en niños y niñas con cáncer bajo el manejo analgésico-farmacológico.

Otra conclusión del presente trabajo es que permite ubicar a la psicología en el campo de la salud al concebir la importancia de la atención en aspectos subjetivos del proceso salud-enfermedad, en un campo de acción que involucra a los individuos, las familias, los grupos, las comunidades, las instituciones y la sociedad, lo cual trasciende el plano meramente clínico, por tanto, la necesidad de la participación familiar, la psicoeducación y otras intervenciones.

Se puede concluir también que es importante conceptualizar el dolor desde una visión amplia, en dos sentidos: 1. La denominación del dolor total, es decir, una visión integradora entre orgánico-biológico, emocional- psicológico, social y cultural-espiritual. 2. El dolor como producto de múltiples situaciones por los procedimientos diagnósticos, los procesos terapéuticos y otras enfermedades asociadas a la patológica, lo cual lo diferencia del dolor no oncológico.

Respecto a la evaluación del dolor infantil oncológico sobresalen instrumentos como el autoinforme y la observación conductual, siendo necesario la inclusión familiar y la diferenciación de edad frente a la utilización de cada instrumento específico, pues existe una amplia gama de escalas que el fundamento es el componente visual para medir el grado o nivel de dolor.

Finalmente la revisión bibliográfica muestra que las intervenciones psicológicas cognitivo-conductuales tienen resultados positivos y afectivos en el manejo del dolor con niños y niñas con cáncer, particularmente las técnicas de distracción, la imaginación, el entrenamiento en relajación/respiración y la hipnosis, las cuales demuestran evidencias y respaldo empírico del aliviar el dolor que rodea la situación de la enfermedad (diagnósticos, tratamiento y otros) en oncología pediátrica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcón, A. (2006). Manual de psicooncología. *Bogotá: Javegraf.*

Alatorre, A. (2004). *¿Qué es el cáncer?* Selector.

Amorós, M. O., Roig, S. L., Sánchez, J. P. E., & Carrillo, F. J. M. (2004). Atención psicológica en el cáncer infantil. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología, 1(1)*, 139-154.

Amorós, M. O., Méndez, F. X., & Sánchez, J. P. E. (2009). Procedimientos psicológicos para el afrontamiento del dolor en niños con cáncer. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología, 6(2)*, 343-356.

Arrambide, M. S., Poc, O. G., Miravete, J. M., & Caro, I. A. (2002, December). Evaluación de la ansiedad y el dolor asociados a procedimientos médicos dolorosos en oncología pediátrica. In *Anales de Pediatría* (Vol. 57, No. 1, pp. 34-44). ElsevierDoyma.

Arrivillaga, M., Correa, D., & Salazar, I. (2007). Psicología de la salud: abordaje integral de la enfermedad crónica. *Bogotá. Manual moderno.*

Astudillo, W., & Mendinueta, C. (2006). La Rehabilitación y Los Cuidados Paliativos. *Revista Rehabilitación Geriátrica.*

Bader, P., Ehtle, D., Fonteyne, V., Livadas, K., De Meerleer, G., Paez, A.,...&Vranken, J. (2009). Guía clínica sobre el tratamiento del dolor. *Asociación Europea de Urología.*

- Benito, G., Nadador, V., Fernández-Alcnaud, J., Hernández-Salvan, J., Ruiz-Castro, M., & Riquelme, I. (2006). Intervenciones del psicólogo en las Clínicas del Dolor: Una propuesta desde la experiencia de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario Príncipe de Asturias en Alcalá de Henares, Madrid. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 13(4), 254-262.
- Bragado, C. (2009). Funcionamiento psicosocial e intervenciones psicológicas en niños con cáncer. *Psicooncología*, 6(2), 327-341.
- Bruera, E., & De Lima, L. (2004). Cuidados paliativos: Guías para el manejo clínico. In *Cuidados paliativos: guías para el manejo clínico*. Organización Panamericana de la Salud.
- Cacciavillano, W. (2013). Soporte clínico oncológico y cuidados paliativos en el paciente pediátrico. Buenos Aires.
- Cassell, E. J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *Palliative care: Transforming the care of serious illness*, 126-136.
- Cardozo, L., & Contreras, N. (2007). Tratamiento psicológico del dolor en niños diagnosticados con cáncer. Cúcuta. *Monografía de grado. Universidad de Pamplona*.
- De Fernandez, P. J. C., & Ballesteros, P. R. (2009). Intervención psicológica en el niño con cáncer y su familia.
- Del Álamo, A. R., Villar, V. A., & Vera, F. H. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL DEL DOLOR EN LA FIBROMIALGIA.
- Diagnóstico temprano del cáncer en la niñez. (2014). Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud- OPS.

Grosso, J. C. H. Uso de la psicoterapia como manejo coadyuvante del dolor y otros síntomas asociados al cáncer.

González, C. Méndez, J. Romero, J.I. Bustamante, J. Castro, R., & Jiménez, M. (2014). Cuidados paliativos en México. *75*:173-9.

Méndez, F. X., Ortigosa, J. M., & Riquelme, A. (2000). *Hospitalización infantil: repercusiones psicológicas: teoría y práctica*. Biblioteca Nueva. Madrid.

Murillo, M., & Alarcón, A. (2006). Tratamientos psicósomáticos en el paciente con cáncer. *Revista colombiana de psiquiatría*, *35*(1), 92-111.

Intervenciones psicosociales para el dolor provocado por el cáncer. (2009). International Association for the Study of Pain.

Ley 1733 de 2014.

Ley 1384 de 2010.

Martínez, J. M. (2003). *Dolor crónico: procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Desclée de Brouwer.

Martín Alfonso, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana de salud pública*, *29*(3), 275-281.

Méndez, F. X., Ortigosa, J. M., & Riquelme, A. (2009). Afrontamiento psicológico de los procedimientos médicos invasivos y dolorosos aplicados para el tratamiento del cáncer infantil y adolescente: la perspectiva cognitivo-conductual. *Psicooncología*, *6*(2), 413-428.

- Méndez, F. X., Ortigosa, J. M., & Riquelme, A. (2000). *Hospitalización infantil: repercusiones psicológicas: teoría y práctica*. Biblioteca Nueva. Madrid.
- Medina-Sanson, A. Pazos-Alvarado, E. Pérez-Villanueva, H., & Salgado-Arroyo, B. (2013). Los cuidados paliativos: un aspecto esencial de la Oncología Pediátrica. *GAMO*, 12, 182-95.
- Monsalve, V., Gómez-Carretero, P., & Soriano, J. (2006). Intervención psicológica en dolor oncológico: un estudio de revisión. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 3(1), 139-152.
- Morales Calatayud, F. (2015). La psicología y el campo de la salud: tensiones, logros, y potencialidades de una relación esencial y necesaria. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7(1).
- Ospina Obando, L. V., & Quevedo Duran, Z. Y. (2014). Estudio correlacional entre los rasgos de personalidad y estrategias de afrontamiento utilizadas por mujeres diagnosticadas con cáncer de seno que reciben quimioterapia en una muestra poblacional colombiana.
- Pascual López, A., Alonso Babarro, A., Ballester Arnal, R., Díez Cagigal, R., Duarte Rodríguez, M., & García Pérez, C. (2007). Estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud. *España: Ministerio de sanidad y consumo*.
- Palacio Palacios, C., & Jina Alejandra, H. A. (2011). Estilos de afrontamiento utilizados por las pacientes diagnosticadas con cáncer de cérvix en relación al tratamiento, de la clínica oncólogos de occidente SA de la ciudad de Pereira en el año 2009.
- Plancarte, R., & Mayer, F. (2004). Manual de Alivio del Dolor y Cuidados paliativos en pacientes con Cáncer.

Resolución 1383 de 2013.

Richardson J, Smith JE, Pilkington K. Hypnosis for procedure-related pain and distress in pediatric cancer patients: A systematic review of effectiveness and methodology related to hypnosis interventions. *J Pain Symptom Manage* 2006; 3:70-84

Rosario Cruz, M., Medina Villaseñor, E. A., Artiachi de León, G., Quezada Adame, I., & Neyra Ortiz, E. (2010). Tratamiento del dolor en el paciente con cáncer. *Gaceta mexicana de oncología*, 9(3), 102-109.

Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., & Ullrich, A. (2002). Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *Journal of pain and symptom management*, 24(2), 91-96.

Stallard, P. (2007). *Pensar bien-sentirse bien: manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes*. Desclée de Brouwer.

Krikorian, A., Jairo, J., & Vélez, M. C. (2008). Aspectos neurobiológicos, psicológicos y sociales del sufrimiento. *Psicooncología*, 5(2), 245-256.

Villalba, O. R., & Serrano, I. A. (2015). Impacto del tratamiento y fases psicológicas que atraviesa el paciente con cáncer. *Revista de psicología*, 13(1), 59-73.