

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA  
EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA



TESIS DE GRADO

LA LUDOTERAPIA COMO TÉCNICA DE INTERVENCIÓN  
PARA REDUCIR LAS MANIFESTACIONES DE ANSIEDAD EN  
PACIENTES DE LA UNIDAD DE ONCOHEMATOLOGÍA DEL  
HOSPITAL DEL NIÑO DR. OVIDIO ALIAGA URÍA

POR: DORIS ALEXANDRA VARGAS MEDINA

TUTOR: Ph.D. SISSI GRYZBOWSKI GAINZA

LA PAZ-BOLIVIA

AGOSTO, 2019

## RESÚMEN

El presente trabajo de investigación sobre Ludoterapia, Ansiedad y Oncología Pediátrica, describe los trastornos de ansiedad más frecuentes en niños hospitalizados. El objetivo principal fue determinar los efectos de la ludoterapia como estrategia de intervención en la disminución de los niveles de ansiedad en los pacientes internos en la Unidad de Oncohematología del Hospital del Niño causados por la hospitalización y la enfermedad oncológica. La investigación se apoya en la propuesta de la terapia del juego realizada por Virginia Axline pionera de la ludoterapia no directiva, quien se basó en las ideas de la psicología humanista que es conocida como terapia no directiva y centrada en el cliente, la cual se encuentra dividido en cinco capítulos. La investigación asume un estudio correlacional, con un enfoque cuantitativo y un diseño cuasiexperimental, el tipo de muestra es no probabilística, con quince participantes, pacientes oncológico pediátricos hospitalizados. A través de los resultados obtenidos, se puede concluir que la ludoterapia es un recurso eficaz para el tratamiento de la ansiedad en los pacientes que se encuentran hospitalizados recibiendo tratamiento oncológico. Recomendándose la aplicación de este programa lúdico para la intervención psicológica de cuadros de ansiedad, presentes en el proceso de hospitalización y tratamiento oncológico con niños.

## DEDICATORIA

A todos los niños y niñas hospitalizados, a los que no pudieron vencer la lucha contra el cáncer de la Unidad de Oncohematología del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, que fueron parte muy importante en esta investigación y que continúan luchando día a día por enfrentar la enfermedad con una sonrisa. A los profesionales en salud de la Unidad de Oncohematología del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, los cuales tienen la noble labor de salvar la vida de los pacientes.

## AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo de Proyecto de Tesis de investigación realizado en la Universidad Mayor de San Andrés, fue un esfuerzo en el que participaron muchas personas a quienes quiero agradecer en este apartado. En primer lugar, dar las gracias a Dios por permitirme concluir una etapa de mi vida académica llena de muchos aprendizajes, un agradecimiento profundo y con mucho sentimiento a mis padres que me dieron la vida y desde el cielo guiaron mi camino, a mi esposo, a mis hijos y mi hermana, que estuvieron siempre apoyándome incondicionalmente, a los niños, niñas y a sus familias que se encuentran internados en la Unidad de Oncohematología y a los que perdieron la lucha contra el cáncer, quienes fueron fundamentales para la realización de este trabajo, por su participación en las intervenciones y por demostrar gran interés y colaboración en todas las actividades. Mi agradecimiento a la Carrera Psicológica de la Universidad Mayor de San Andrés por recibirme y formarme con conocimiento intelectual y humano, a todos sus docentes forjadores de profesionales al servicio de la comunidad; un agradecimiento muy especial a mi Tutora de Tesis la Ph.D. Sissi Gryzbowski Gainza, docente emérito de la Carrera de Psicología, quien supo guiarme con paciencia y dedicación, por sus enseñanzas, conocimientos y sus valiosas sugerencias en el asesoramiento de esta Tesis. No quiero dejar de agradecer la oportunidad y la confianza depositada en mi persona por parte del personal del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, especialmente al Director del Hospital Dr. Alfredo Mendoza, a la Jefa de la Unidad de Oncohematología Dra. Susan Sardinias y al M.Sc. Félix Caballero Jefe de la Unidad de Psicología, por todo su apoyo, al personal médico de planta, licenciadas y enfermeras, a todos muchas gracias.



## INDICE

INTRODUCCIÓN .....	6
Capítulo I .....	7
PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN .....	7
I.    PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	7
II.   PREGUNTA CENTRAL DE LA INVESTIGACIÓN .....	9
2.1.  PREGUNTAS SECUNDARIAS .....	9
III.  OBJETIVOS .....	10
3.1.  OBJETIVO GENERAL .....	10
3.2.  OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	10
IV.   HIPÓTESIS .....	10
V.   JUSTIFICACIÓN.....	11
Capítulo II .....	13
MARCO TEÓRICO.....	13
2.1.  PSICOLOGÍA DE ENLACE .....	13
2.1.1.  PSICOONCOLOGÍA .....	13
2.1.2.  ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA.....	14
2.2.  PACIENTES ONCOLÓGICOS .....	15
2.2.1.  TIPOS DE CANCER .....	16
2.2.2.  TRATAMIENTO Y SECUELAS DEL CÁNCER INFANTIL .....	16
2.2.3.  IMPACTO DEL CÁNCER EN EL NIÑO.....	17
2.2.4.  IMPACTO DEL CÁNCER EN LA FAMILIA.....	17
2.3.  ANSIEDAD .....	18
2.3.1.  ANSIEDAD Y CANCER.....	18
2.3.2.  TRASTORNOS DE ANSIEDAD .....	19
2.3.2.1.  CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD .....	20
2.3.3.  ANSIEDAD EN NIÑOS .....	30
2.3.3.1.  MANIFESTACIONES SINTOMATOLÓGICAS .....	32
2.3.4.  EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD .....	33
2.4.  EL PROCESO PSICOLÓGICO EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO .....	33
2.4.1.  FACTORES PSICOLÓGICOS DEL NIÑO CON CANCER.....	33

2.4.2.	ALTERACIONES EMOCIONALES .....	35
2.4.3.	PERCEPCIÓN DEL CANCER DE ACUERDO A LA EDAD DEL NIÑO .....	38
2.4.4.	NATURALEZA DEL DOLOR EN LA ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA .....	40
2.5.	HOSPITALIZACIÓN: EFECTOS DE LA HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICO PEDIÁTRICOS .....	43
2.5.1.	FASES DE ADAPATACIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO ..	46
2.5.2.	MODELOS DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA .....	46
2.6.	LUDOTERAPIA .....	47
2.6.1.	DEFINICIÓN DE LA TERAPIA DE JUEGO .....	50
2.6.2.	EL JUEGO .....	50
2.6.3.	COMPONENTES DEL JUEGO .....	51
2.6.4.	TIPOS DE JUEGO .....	52
2.6.5.	JUEGUETES.....	54
2.7.	LA TERAPIA DEL JUEGO EN AMBIENTES HOSPITALARIOS .....	54
2.7.1.	IMPORTANCIA DE LA TERAPIA DE JUEGO.....	55
2.7.2.	FUNCIONES DE LA TERAPIA DEL JUEGO .....	55
2.7.3.	BENEFICIOS DE LA TERAPIA DEL JUEGO.....	56
2.7.4.	ACTIVIDADES LÚDICAS .....	58
2.7.5.	AMBIENTES DESTINADOS PARA EL JUEGO.....	60
2.8.	PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN LA LUDOTERAPIA .....	61
2.9.	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO PARA PADRES.....	62
2.10.	INVESTIGACIONES SOBRE LUDOTERAPIA EN PACIENTES CON CÁNCER 63	
Capítulo III.....		67
MARCO METODOLÓGICO .....		67
I.	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	67
	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	67
II.	VARIABLES .....	67
III.	POBLACIÓN Y MUESTRA .....	68
IV.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.....	68
	INSTRUMENTOS .....	69
	VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.....	72
V.	PROCEDIMIENTOS .....	72
	PROGRAMA .....	74

FICHA DE ACTIVIDADES LÚDICAS .....	80
ACTIVIDAD N° 1 .....	80
ACTIVIDAD N° 2 .....	81
ACTIVIDAD N°3 .....	82
ACTIVIDAD N°4 .....	83
ACTIVIDAD N° 5 .....	84
ACTIVIDAD N°6 .....	85
ACTIVIDAD N°7 .....	86
ACTIVIDAD N°8 .....	87
ACTIVIDAD N°9 .....	87
ACTIVIDAD N°10 .....	89
ACTIVIDAD N°11 .....	90
ACTIVIDAD N°12 .....	91
ACTIVIDAD N°13 .....	92
ACTIVIDAD N°14 .....	93
ACTIVIDAD N°15 .....	94
ACTIVIDAD N°16 .....	95
ACTIVIDAD N°17 .....	96
ACTIVIDAD N°18 .....	97
ACTIVIDAD N°19 .....	98
ACTIVIDAD N° 20 .....	99
ACTIVIDADES GRUPALES .....	101
ACTIVIDAD N° 1 .....	101
ACTIVIDAD N° 2 .....	101
ACTIVIDAD N°3 .....	102
ACTIVIDAD N°4 .....	103
ACTIVIDAD N°5 .....	104
Capítulo IV. ....	106
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS .....	106
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	117
Capítulo V. ....	120
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. ....	120
RECOMENDACIONES .....	121



LUDOTERAPIA, ANSIEDAD Y ONCOLOGÍA PEDÍATRICA

4

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA .....122

ANEXOS.....127

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Resultados totales de la muestra con relación a sexo.....	107
Tabla 2. Resultados totales de la muestra en relación a Edad.....	108
Tabla 3. Resultados totales de la muestra con relación a diagnóstico médico .....	109
Tabla 4. Resultados totales de la escala de ansiedad infantil de Spence antes de la aplicación del programa de ludoterapia.....	111
Tabla 5. Resultados por sub-escalas de ansiedad infantil de Spence antes de la aplicación del programa de ludoterapia.....	112
Tabla 6. Resultados de la escala de ansiedad infantil de Spence (SACS) después de aplicar el programa de ludoterapia.....	114
Tabla 7. Resultados por sub-escalas de ansiedad infantil de Spence después de la aplicación del programa de ludoterapia.....	115
Tabla 8. Resultados del Cuestionario de Modos de Afrontamiento del Stress (COPE) a padres y madres de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Oncohematología del Hospital del Niño .	117

## INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1. Análisis total de la muestra en porcentaje con relación a sexo .....	107
Gráfico 2. Análisis total de la muestra en porcentaje con relación a edad .....	109
Gráfico 3. Análisis total de la muestra en porcentaje con relación a diagnóstico médico .....	110
Gráfico 4. escala de ansiedad infantil de Spence .....	112
Gráfico 5. Sub-escalas de ansiedad antes de la aplicación del programa de ludoterapia .....	113
Gráfico 6. Sub-escalas de ansiedad Infantil de Spence después de la aplicación del programa de ludoterapia .....	115
Gráfico 7. Sub-escalas de Ansiedad después del programa de Ludoterapia .....	116
Gráfico 8. Análisis de los resultados del Cuestionario de Modos de Afrontamiento del Stress (COPE) a padres y madres de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Oncohematología del Hospital del Niño. ....	118

## INTRODUCCIÓN.

Quizás una de las experiencias más dolorosas y desconcertantes que pueda vivir una persona es saber que su hijo tiene cáncer. Una de las reacciones frecuentes junto al miedo, el dolor y la incertidumbre, es querer saber más, conocer más esta enfermedad, sus causas, sus tratamientos y, sobre todo, saber más como poder ayudar al niño a enfrentarse a los tratamientos que serán necesarios para combatir la enfermedad.

De igual manera el cáncer es reconocido como crecimiento incontrolado de células en cualquier órgano o tejido, que se origina cuando un grupo de ellas escapa de los mecanismos normales de control de reproducción y diferenciación. Estas células cancerosas adquieren formas y tamaños anormales, ignoran los límites habituales en el cuerpo, construyen las células vecinas y a la larga se pueden extender a otros órganos y tejidos.

Las enfermedades oncológicas en lo referente a su diagnóstico y tratamiento médico han evolucionado vertiginosamente en estas últimas décadas. En los años cincuenta, hablar de cáncer era prácticamente sinónimo de muerte o devastación personal, física y emocional. En los comienzos del siglo XXI esto ya no es así. La esperanza de vida en un paciente oncológico se ha triplicado e incluso se está llegando a curaciones totales en cánceres que eran letales hace sesenta o setenta años. Sin embargo, toda enfermedad de larga duración, crónica o que pone en peligro la salud física y psicológica del individuo tropieza con un fenómeno humano universal: el sufrimiento. Y este fenómeno es personal e intenso, donde el cáncer juega un papel detonador, pero donde es el paciente, en último caso, el que afrontará de una manera u otra la enfermedad, sus consecuencias intrínsecas (el deterioro físico celular) y extrínsecas (los tratamientos invasivos frecuentemente necesarios en estas enfermedades).

## Capítulo I

### PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

#### I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la intervención realizada en la unidad de Oncohematología del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, se pudo observar una población creciente de pacientes pediátricos con cáncer, con diferentes patologías oncológicas en distintos rangos de edad (dentro de los límites de edad comprendidos en la institución de 0 meses a 14 años y 11 meses), y sexo, que deben pasar por diferentes fases durante el proceso de pre-diagnóstico, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, vigilancia o recidiva y cuidados paliativos; durante este proceso, el paciente debe hospitalizarse hasta obtener el diagnóstico certero de la patología que presenta y el tratamiento adecuado que deberá recibir. En este periodo, el paciente se adaptará a la hospitalización y los cambios que se presentarán en su estructura personal, familiar, social, éstos cambios producen en el paciente alteraciones emocionales, trastornos psicológicos, dependiendo la edad del niño, donde se observa que el paciente puede llegar a perder el control, sentirse confundido, aumentar la incertidumbre, mostrar temor a lo desconocido e inesperado, entre las alteraciones conductuales se observa que el paciente se muestra poco tolerante, agresivo, también muestra conductas regresivas, dependencia a la madre o cuidador primario, muestra resistencia a los procedimientos médicos o poca colaboración, presenta berrinches, llanto, rabietas, oposición, dificultades del sueño, temor de separarse de los padres, miedo, ira, soledad y tristeza; entre los trastornos psicológicos se observa trastornos adaptativos, trastornos de ansiedad y depresión (pueden variar en relación a la edad del niño). Muchas de estas reacciones están presentes durante el proceso de hospitalización e inicio del tratamiento o en las posteriores internaciones para dar continuidad al tratamiento, que generalmente tiene un tiempo promedio de duración de aproximadamente dos meses y son consecuencia de los procesos médico-quirúrgico por los que atraviesa en esta primera etapa. Para el paciente oncológico y su familia los reiterados ingresos hospitalarios pueden convertirse en una experiencia traumática, por lo que no es extraño que uno de sus mayores deseos sea el de volver cuanto antes a su vida normal. El curso de la enfermedad, los tratamientos y los efectos secundarios son muy variados y hacen que los

niños estén sujetos a altibajos, por lo tanto, su atención sea más importante que la de los niños que sufren otras enfermedades.

No se puede dejar de mencionar las reacciones que muestran los padres al enfrentar el diagnóstico, tratamiento y la incertidumbre de perder a sus hijos si el tratamiento no es efectivo, o se presenta una recidiva, o en el peor de los casos la complicación de la enfermedad con una metástasis y un mal pronóstico; todos estos aspectos influyen en estados depresivos en los padres o familiares del paciente, el abandono de sus actividades cotidianas (trabajo, estudios, cuidado de su familia) para dedicarse completamente al cuidado del hijo hospitalizado. El temor a lo desconocido y la poca información con la que cuentan los familiares en la etapa inicial genera desconcierto, dudas, miedo, incertidumbre, llevándolos a buscar otra opinión, hacer uso de medicina alternativa e incluso el abandono del tratamiento. Es por esta razón, que el equipo multidisciplinario de la Unidad de Oncohematología del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría agota sus esfuerzos en informar, e involucrar a los padres de los pacientes en la mayoría de las decisiones y procedimientos que requieren sus hijos, para lograr una adecuada adherencia al tratamiento y evitar el abandono de éste.

El cáncer infantil tiene cada vez más importancia en el ámbito de la pediatría; entre otras razones por ser la segunda causa de mortalidad en la infancia. La posibilidad de detectar alteraciones genéticas y moleculares en las células tumorales puede permitir individualizar el riesgo de los pacientes y, en consecuencia, utilizar tratamientos igual de efectivos, pero menos tóxicos. Aunque en los últimos años se observa un avance espectacular en la supervivencia del cáncer infantil y son pocas las especialidades que han conseguido unos logros semejantes, es probable que hayamos comenzado una nueva era en la investigación y tratamiento de los tumores infantiles (Pacheco, 2011).

El sufrimiento como experiencia humana en el ámbito del cáncer tiene tres grandes afectados; el paciente, la familia-ámbito social (amigos, compañeros) y el personal sanitario. La interrelación entre el malestar del paciente, de la familia y del personal sanitario hace que el malestar percibido de uno de ellos puede amplificar o minimizar el malestar de los demás. (Fernández, 2016).

Desde hace algunos años el cáncer se ha convertido en una enfermedad que tiene connotación en el paciente y en su familia. Esta situación ha dado origen al surgimiento de la psico-oncología, permitiendo a la psicología tratar a los pacientes en sus dolencias emocionales. A pesar que el cáncer es una enfermedad provocada por el crecimiento anormal de las células neoplásicas, la mente ha demostrado ser la mejor aliada para enfrentar los trastornos psicológicos y prepararlos para enfrentar los procesos que conlleva el tratamiento. Para la psico-oncología como disciplina, la atención constituye un importante componente de los cuidados que necesitan los pacientes oncológicos, dicha atención incluye programas psico-educativos con enfoque orientativo a las familias de los pacientes (grupos de autoayuda para padres de pacientes oncológicos), intervención psicoterapéutica a los pacientes oncológicos pediátricos en el diagnóstico y tratamiento de quimioterapia.

Con la reciente entrega del bloque de Oncohematología del Hospital del Niño Dr. Ovidio Uría aliaga, las necesidades de atención integral se incrementaron, requiriendo la atención psicológica exclusiva para la unidad. El crecimiento de los casos de pacientes con cáncer en nuestro medio demanda la intervención psicoterapéutica para los pacientes y sus familias que requieren apoyo psicológico en los procesos de pre diagnóstico, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, para conseguir la adhesión al tratamiento y aliviar el estrés que genera la internación y el tratamiento para el cáncer, por esta razón es importante dar a conocer la función que desempeña la psicooncología.

## II. PREGUNTA CENTRAL DE LA INVESTIGACIÓN

¿La ludoterapia ayuda a disminuir las manifestaciones de ansiedad de pacientes hospitalizados en la Unidad de Oncohematología del Hospital del Niño?

### 2.1. PREGUNTAS SECUNDARIAS

¿Cuáles son los niveles ansiedad que presentan los pacientes hospitalizados del bloque de Oncohematología del Hospital del Niño antes y después de la intervención?

¿Cuáles son las características de ansiedad en niños hospitalizados en la unidad de Oncohematología del Hospital del Niño?

¿Qué características tiene el programa de intervención en pacientes oncológico pediátricos del Hospital del Niño?

¿cuáles son los niveles de ansiedad en relación a edad, sexo, diagnóstico médico de los pacientes hospitalizados de la sala de Oncohematología del Hospital del Niño?

¿Los padres de los pacientes oncológico pediátricos del Hospital del Niño cuentan con estrategias de afrontamiento?

### III. OBJETIVOS

#### 3.1.OBJETIVO GENERAL

Determinar los efectos de la ludoterapia como estrategia de intervención en la disminución de los niveles de ansiedad en los pacientes internos de la Unidad de Oncohematología del Hospital del Niño causados por la hospitalización y la enfermedad oncológica.

#### 3.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los niveles de ansiedad que presentan los pacientes hospitalizados de la Unidad de Oncohematología del Hospital del Niño.
- Determinar las características de ansiedad antes y después de la aplicación del programa de intervención ludoterapéutica en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Oncohematología del Hospital del Niño.
- Describir los niveles y características de ansiedad de acuerdo a edad, sexo y diagnóstico médico de los pacientes hospitalizados en la unidad de Oncohematología del Hospital del Niño.
- Identificar las estrategias de afrontamiento con las que cuentan los padres de pacientes oncológico pediátrico del Hospital del Niño.



#### IV. HIPÓTESIS

H<sub>i</sub>: La ludoterapia como técnica de intervención reduce los niveles de ansiedad en pacientes hospitalizados en la Unidad de Oncohematología del Hospital del Niño.

H<sub>o</sub>: La ludoterapia como técnica de intervención no logra reducir los niveles de ansiedad en pacientes hospitalizados en la Unidad de Oncohematología del Hospital del niño.

#### V. JUSTIFICACIÓN

La elaboración de la presente investigación, está dirigida a cubrir el apoyo que requiere la unidad de Psicología del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, a pacientes pediátricos y sus familias de la Unidad de Onco-hematología, para conseguir que los pacientes y la familia se apeguen al tratamiento y se encuentren informados en todos los procesos que implica el tratamiento. Esta investigación fue realizada en el primer semestre de la gestión dos mil diecisiete.

La causa de la mayoría de los cánceres de la infancia es desconocida. Algunos son el resultado de predisposición genética (mayor frecuencia de cáncer en la familia), la exposición a radiación también contribuye a ciertos tipos de cáncer. Otros factores relacionados incluyen enfermedades infecciosas, afecciones previas al nacimiento, contaminantes ambientales, campos electromagnéticos y uso de medicamentos. Las investigaciones revisadas que se deben a los pacientes pediátricos oncológicos, es decir a los niños con cáncer, y enfermedades en el niño, al que se diagnostica una enfermedad como el cáncer, se enfrentan 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. Las características de esta enfermedad y los efectos secundarios de los tratamientos pueden alterar de forma significativa la vida del niño y 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. Así mismo la labor del psicólogo durante el tratamiento

irá dirigida a detectar posibles problemas psicológicos en el niño y aplicar la intervención adecuada.

En la actualidad, la discusión sobre el diagnóstico de cáncer con el niño enfermo es parte habitual de la atención pediátrica. Hay que hablar sobre el diagnóstico y el pronóstico, incluida la posibilidad de la muerte, de una manera adecuada al desarrollo, en varias ocasiones y con la participación de la familia. Los modelos de comunicación familiares patológicos disminuirán si se intenta reducir los secretos a guardar. La observancia del tratamiento aumenta cuando el niño siente que participa en él.

Los efectos que un cáncer infantil produce en la familia consisten en reacciones de angustia, aflicción, hostilidad, culpa, dolor ante la posible pérdida e incredulidad. Para la mayor parte de los padres, el diagnóstico de cáncer en su hijo significa “*muerte*”, a pesar de los adelantos recientes que se han logrado en el pronóstico de muchas neoplasias. El conocimiento intelectual de que se han conseguido muchos progresos médicos disminuye poco el sufrimiento y los temores de los padres, que han de aceptar los rigores del tratamiento sin ninguna garantía de éxito. La enfermedad altera todos los aspectos de la vida familiar. Los objetivos, deseos y expectativas de los padres acerca de su hijo enfermo cambian para siempre. Es muy probable que el diagnóstico de cáncer en un niño agrave los problemas familiares previos, sin embargo, en contra de la creencia popular, no aumenta las probabilidades de divorcio ni acerca más a las parejas. (Méndez y col., 2004).

## Capítulo II.

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. PSICOLOGÍA DE ENLACE.

La psicología de enlace atiende a pacientes médicos y quirúrgicos con morbilidad psiquiátrica, psicosomática y/o psicosocial. Busca evitar la prolongación innecesaria de la estancia de los pacientes y de los padres para favorecer la correcta aplicación del tratamiento. Se sitúa en el área de intervención de la medicina y la psicología que se interesa en la incidencia de los factores psicosociales en los procesos de la salud y enfermedad, desarrolla un conocimiento clínico a través de tareas de interconsulta y enlace con los equipos médicos y/o especialidades médicas. Toma diferentes aportes de la psicología clínica, la psiquiátrica de enlace, la psicología de la salud, la psicología social y el psicoanálisis aplicado a la relación médico paciente.

El campo de la psicología aplicada ha tenido una notable expansión debido al crecimiento de las áreas de trabajo relacionadas con distintos aspectos de la práctica y de la relación con otras disciplinas, especialmente con la medicina. Esto se ha visto reflejado en el creciente desarrollo de la psicología de enlace. Este campo de trabajo ha recibido diversos nombres en distintos lugares, dependiendo de distintas influencias y aportes. En Estados Unidos y en algunos países europeos recibe los nombres de psicología de la salud, psicología clínica, psicología hospitalaria y/o psicología médica. (Gryzbowski, 2011).

##### 2.1.1. PSICOONCOLOGÍA.

Las técnicas psicológicas reducen la intensidad percibida del dolor y el estrés en los pacientes con dolor crónico, lo que confirma que la experiencia del dolor conlleva interacciones complejas de tipo no lineal entre las funciones automáticas y los procesos cognitivos-conductuales, el placebo que ocurre cuando se logra la aplicación adecuada de dichas técnicas y cuando además el paciente cuenta con disposición y hacer el esfuerzo de aprovecharlas. Debido a que fue un estudio que permitió conocer con el peso y el poder explicativo de los constructos psicológicos locus de control e inhibición activa como recursos de afrontamiento

al dolor en enfermos con cáncer, así como las técnicas psicológicas adecuadas para dicha población.

Este campo, como en otros muchos de la psicología, se puede verificar que vivimos en un mundo cambiante, los cambios sociales se producen en la actualidad con una velocidad mayor a la conocida hasta ahora, donde muchos de los problemas planteados por la psicooncología, en sus inicios, se han modificado. Así ha dejado de hablarse de la trilogía errónea: cáncer-dolor-muerte, ya que hoy se curan aproximadamente un setenta por ciento de todos los cánceres, a pesar de ello, son aún muchos los enfermos oncológicos que siguen necesitando asistencia psicológica.

La intervención psicológica, en las distintas fases del tratamiento del niño y del adolescente oncológico tendrá que tener en cuenta que son sujetos que se encuentran en desarrollo permanente. Por eso requieren distintos métodos de psicodiagnóstico y de abordaje psicoterapéutico. Como los momentos clave en el proceso de la enfermedad son el diagnóstico, el tratamiento y la remisión, hay intervención psicológica a lo largo de todas estas fases. Para esto es necesario desarrollar programas de trabajo multidisciplinario. (Méndez y col., 2004).

### 2.1.2. ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA.

Cuando el niño con cáncer se hospitaliza, se desencadenan alteraciones psicológicas. Una vez que conoce el diagnóstico, cambia la dinámica y estilo de vida anterior, además, el proceso de adaptación al hospital, que afronta con la muerte (simbólica o real) provocando cambios en los lazos familiares, de amistad o sociales (escuela, amigos), facilita la pérdida de control, aumenta la ansiedad, confusión e incertidumbre, por último, el paciente tendrá que someterse a tratamientos como cirugías, quimioterapia y radioterapia. Se presentan en el niño alteraciones conductuales: poco tolerante, agresivo, conductas regresivas, dependencia a la madre, se promueve las fantasías y los trastornos adaptativos con depresión ante la pérdida del paciente. (García Q. y col., 2001).

## 2.2.PACIENTES ONCOLÓGICOS

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo, también se habla de “tumores malignos” o “neoplasias malignas”. Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer.

De igual manera el cáncer es reconocido como crecimiento incontrolado de células en cualquier órgano o tejido, que se origina cuando un grupo de ellas escapa de los mecanismos normales de control de reproducción y diferenciación. Estas células cancerosas adquieren formas y tamaños anormales, ignoran los límites habituales en el cuerpo, construyen las células vecinas y a la larga se pueden extender a otros órganos y tejidos.

El cáncer infantil más que una estadística, es una realidad, que determina y que a su vez es determinada por un paciente, por una familia, por un entorno. Cuando un niño enferma con cáncer, él y su familia deben hacer frente a una serie de implicaciones que derivan especialmente de ese diagnóstico. Si bien es cierto que a lo largo de los años se ha recorrido un largo y difícil camino en la tarea de mejorar la calidad de vida de los niños con cáncer y la de sus familias a partir de avances en los medios diagnósticos y en la efectividad de los tratamientos y de progresos en las condiciones de hospitalización, sin embargo, queda un largo camino por recorrer hasta conseguir un modelo ideal de intervención donde los pacientes y no la enfermedad sean el objetivo de cuidado. El sufrimiento como experiencia humana en el ámbito del cáncer tiene tres grandes afectados; el paciente, la familia-ámbito social (amigos, compañeros) y el personal sanitario. La interrelación entre el malestar del paciente, de la familia y del personal sanitario hace que el malestar percibido de uno de ellos puede amplificar o minimizar el malestar de los demás. (Fernández, 2016).

### 2.2.1. TIPOS DE CANCER.

Según el Instituto Nacional de Cáncer (2010), los tipos más comunes de cáncer diagnosticados en niños y adolescentes son la leucemia, los tumores del cerebro y otros tumores del sistema nervioso central, el linfoma, rhabdomyosarcoma, neuroblastoma, retinoblastoma infantil, tumor de Wilms infantil, cáncer de hueso y tumores de células germinativas gonadales (de testículo y de ovario).

### 2.2.2. TRATAMIENTO Y SECUELAS DEL CÁNCER INFANTIL

Los tratamientos a los que se someten los niños son muy intrusivos, largos, costosos y además requieren de continuas internaciones y visitas hospitalarias sin olvidar de numerosos cuidados en casa. El tratamiento más utilizado en el bloque de Oncohematología del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría es la quimioterapia, ésta causa varios efectos secundarios como náuseas, vómitos, neutropenia y la pérdida de cabello. Pero además existen otros tratamientos, como la radioterapia (se realiza en otra institución que colabora a la unidad), intervenciones quirúrgicas (en caso de verse afectado un órgano, miembro, etc.; que requiera extirpación y ponga en riesgo la salud del paciente). La mayoría de los niños reciben una terapia combinada y coordinada que incluye más de una modalidad de tratamiento, cuyos objetivos son extirpar el tumor (cirugía), impedir la reproducción de células (quimioterapia), y eliminar los restos tumorales después de la intervención quirúrgica (radioterapia).

El tratamiento oncológico a menudo causa efectos secundarios indeseables debido a que también se destruyen células normales. No todos los niños tienen efectos secundarios, y la gravedad de los mismos varía de un niño a otro, incluso recibiendo el mismo tratamiento y tratándose la misma enfermedad.

La radioterapia provoca disfunciones neurológicas y disfunciones en el aprendizaje por lo que es importante evaluar el tipo de secuela, para elaborar programas educativos que reduzcan dichos efectos. Desfiguración física permanente, provocando problemas de autoestima, se debe realizar programas en el que el niño mantenga un buen concepto de sí mismo, a pesar de los cambios producidos en su aspecto. Disfunciones de los órganos:

gonadal, endocrino, pulmonar, hepático y genitourinario. Además, retraso en el desarrollo sexual, deficiencias inmunológicas y desarrollo de nuevos tumores (Gurotane, 2012).

### 2.2.3. IMPACTO DEL CÁNCER EN EL NIÑO.

El enfermo oncológico siente los síntomas físicos de la enfermedad y del tratamiento, como ser las náuseas, los vómitos, pérdida de peso o fatiga, pero también se ve afectado en repercusiones psicológicas. El niño que se diagnostica una enfermedad como el cáncer se enfrenta a un amplio espectro de emociones: miedo, ansiedad, depresión. Su nivel de desarrollo determina la naturaleza del impacto emocional del cáncer y las estrategias que empleará para afrontar la enfermedad. Al conocer el diagnóstico los niños suelen preguntar si van a morir y en función de su edad, logran comprender en mayor o menor medida la enfermedad y verbalizar sus sentimientos y miedos. (Sosa, 2006).

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. Las conductas de dolor son las que lleva a cabo la persona para recuperar su bienestar y la mayoría se adquiere 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 tiene autonomía suficiente para llevar a cabo sus acciones para eliminarlas.

### 2.2.4. IMPACTO DEL CÁNCER EN LA FAMILIA.

Al saber el diagnóstico de la enfermedad de sus hijos, los padres pueden experimentar rabia, dolor o negación, posteriormente aparecen rasgos depresivos y finalmente la aceptación de la enfermedad. 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. Así mismo, 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 porque su hijo tiene cáncer, resultándoles difícil asimilar la enfermedad y aceptar que no hay ninguna razón por la que el niño sufra cáncer. Pueden agravarse los problemas conyugales si ya existían o surgir nuevas desavenencias. Las repercusiones de la enfermedad no solamente afectan a los padres, sino también a los otros miembros de la familia. (Pérez G., 2013).

### 2.3.ANSIEDAD

La ansiedad es una emoción normal que todas las personas hemos experimentado, forma parte de mecanismos básicos de supervivencia y es una respuesta a situaciones del medio que nos resultan sorprendidas, nuevas o amenazantes. Una reacción de ansiedad normal sería por ejemplo los hormigueos en el estómago cuando vamos a una cita importante, la tensión que se siente cuando el jefe está enojado, la taquicardia cuando nos sentimos en peligro. La ansiedad incita a actuar, a enfrentarse a una situación amenazadora o nos prepara para escapar. Es decir, se trata de una emoción encaminada a la adaptación y la preservación, nos ayuda a enfrentarnos a situaciones estresantes para tener el mejor desempeño. Sin embargo, como toda función de un sistema del organismo, este mecanismo que normalmente debe ayudarnos a enfrentarnos a una situación puede verse alterado, resultando esto en una respuesta desadaptativa que ocasiona disfunción en la vida cotidiana, en otras palabras, un trastorno de ansiedad (Cárdenas et al., 2010).

#### 2.3.1. ANSIEDAD Y CANCER

Se han realizado diferentes estudios sobre la prevalencia de la ansiedad en enfermos oncológicos, dependiendo los instrumentos y los criterios de evaluación utilizados. Algunos autores postulan el incremento de la ansiedad a medida que la gravedad de la enfermedad aumenta y la expectativa de vida disminuye, mientras que otros autores encuentran la experiencia subjetiva de ansiedad dependiendo la localización del tumor y el tipo de cáncer. En pacientes pediátricos la ansiedad es reactiva al temor a los procedimientos invasivos y dolorosos que implican los tratamientos quimioterápicos, temor a lo desconocido y al dolor.



En psicooncología la ansiedad es patológica cuando se muestra incontrolable y duradera, con efectos perjudiciales para la adaptación a la enfermedad los principales síntomas de la ansiedad patológica son: nerviosismo, tensión, agitación, dificultades para respirar, sudoración, temblor, irritabilidad, dificultad para mantener el sueño, problemas de atención, ideas recurrentes de muerte, aprensión, inquietud, preocupación, onicofagia, etc.

### 2.3.2. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Un trastorno de ansiedad es una enfermedad que tiene como síntoma central una ansiedad intensa, desproporcionada, persistente y que afecta en varias áreas la vida cotidiana de quien la padece, a tal grado que le dificulta o le incapacita para estudiar, trabajar, convivir con su familia o con sus amigos. Desafortunadamente y a pesar de ser un trastorno mental común en la población general, con frecuencia pasa sin ser identificada ni tratada. La edad pediátrica es una etapa de la vida en la que también se presentan trastornos de ansiedad, y si estos son detectados y tratados a tiempo se puede disminuir el riesgo de su persistencia en la edad adulta. Es de suma importancia puntualizar que dichos trastornos no son producto de la voluntad, no son “irreales” y tampoco son un diagnóstico de exclusión, es decir, que después de haber hecho estudios de laboratorio y de gabinete y estos han sido normales, entonces el individuo no tiene nada y debe ser campo del psiquiatra.

Se debe considerar en todo momento la posibilidad de que el paciente esté sufriendo un trastorno de ansiedad cuando se presentan los síntomas que describiremos más adelante, y no sólo pensarlo cuando ya se han descartado todas las posibilidades, pues esto retrasa su detección y en el trayecto genera incertidumbre en el paciente y su familia. Lo mejor es evitar, en todo momento, señalar que el origen de los síntomas es producto de “los nervios”, ya que resulta ser desalentador y fomenta el estigma sobre los padecimientos mentales, no sólo en el paciente, sino en su familia, la cual es de suma importancia para el apoyo y el apego al tratamiento. Siempre debemos dejar claro que los síntomas de ansiedad, en el caso del tema que nos compete ahora, están relacionados con alteraciones químicas del cerebro, tienen un componente hereditario y con frecuencia son precipitados por estrés en el ambiente.

### 2.3.2.1. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Existen dos clasificaciones que se utilizan en todo el mundo para diagnosticar los trastornos mentales, una es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta edición texto revisado (DSM-V-TR) y otra son los Criterios Diagnósticos de Investigación de la Clasificación Internacional las Enfermedades en su 10ª edición, en la sección de los Trastornos Mentales (CIE-10). Esta última tiene códigos que se utilizan en nuestro sistema de salud con fines estadísticos y de reporte de los trastornos mentales y de otras enfermedades. Los trastornos de ansiedad que se revisarán en esta guía, según la clasificación de la CIE-10

Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

Trastornos de ansiedad fóbica

Agorafobia.

Fobias sociales.

Fobias específicas (aisladas).

Otros trastornos de ansiedad.

Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).

Trastorno de ansiedad generalizada.

Trastorno obsesivo-compulsivo.

Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas.

Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos).

F42.2 Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos.

F42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos.

F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación.

Ahora, teniendo en cuenta los criterios para decir que se trata de una crisis de angustia, se revisan los criterios diagnósticos del trastorno.

A. Se cumplen (1) y (2):

1. Aparición de crisis de angustia inesperadas y en varias ocasiones.

2. Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes o más de uno o más de los siguientes síntomas:

a) Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis.

b) Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ejemplo, perder el control, sufrir un infarto de miocardio, «volverse loco»)

c) Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

Puede hacerse la especificación de TA con agorafobia o sin agorafobia. La agorafobia es la ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o embarazoso o si apareciera una crisis de angustia inesperada no se puede disponer prontamente de ayuda, como estar solo fuera de casa, mezclarse con la gente o hacer fila, pasar por un puente, viajar en autobús, metro o algún otro transporte. Cuando esto ocurre el paciente requiere la compañía de alguien para soportarlo o evita enfrentarse a esa situación, por lo que cambia notablemente sus conductas.

### Etiología

La investigación sobre las bases biológicas del trastorno de angustia ha proporcionado una gran diversidad de hallazgos, en los que existe una alteración en la estructura y funcionamiento cerebrales que tienen que ver con los sistemas de alarma naturales. El principal neurotransmisor relacionado es la norepinefrina, que se libera en el cerebro en situaciones de emergencia reales. Otros neurotransmisores asociados con la serotonina y el ácido gama-aminobutírico (GABA), especialmente en los receptores a estos neurotransmisores, con una probable reacción de hipersensibilidad. Diversos estudios han encontrado un riesgo cuatro veces mayor de padecer trastornos de angustia entre los familiares de primer grado de los pacientes con este trastorno. Además, se ha reportado que la presencia de TA en familias con múltiples afectados hace que se disminuya el tiempo en que aparecerá el primer afectado de pánico en las siguientes generaciones, en otras palabras,

mientras más afectados hay en una familia, la edad de inicio de aparición de síntomas en las siguientes generaciones es cada vez más temprana.

Los factores psicosociales, según las teorías conductuales, están relacionados con conductas aprendidas, ya sea por imitación de los padres o por el condicionamiento. Las teorías establecen que si durante un estímulo nocivo que ocasiona pánico se presenta de manera simultánea un estímulo neutro (como estar en un autobús), se genera una asociación de nocivo con el estímulo originalmente neutro.

Otros factores que contribuyen: Una historia infantil generadora de una personalidad dependiente o temerosa, más predispuesta de lo común a asustarse de situaciones o señales internas o externas que tiende a asociar con peligro.

Evaluación, diagnóstico y recomendaciones generales

Cuando un niño o un adolescente acude a consulta o es llevado por sus padres debido a síntomas de ansiedad que hacen sospechar de TA, es importante conversar con él para explorar las cualidades de los síntomas, el tiempo de evolución, el deterioro que le ocasionan, las ideas que tiene alrededor de su padecimiento, los temores del niño y su familia. Se debe enfatizar que a pesar de que pueda sentir un temor muy intenso a las consecuencias de las crisis, éstas no son fatales y se auto-limitan en algunos minutos. Siempre debe ser descartada cualquier enfermedad no psiquiátrica que explique las crisis de angustia, como distiroidismo, consumo de sustancias, alteraciones metabólicas, etcétera, pues la ausencia de una causa médica o por efecto de una sustancia que puede generar esos síntomas es uno de los criterios para pensar en un TA.

A veces resulta complicado definir si el paciente ha tenido o no verdaderas crisis de angustia. Debemos ser claros en las preguntas y puntualizar que los síntomas se presentan simultáneamente, de forma repentina e inexplicable, pues los niños con problemas de conducta y que hacen berrinches o pierden el control pueden ser confundidos con personas que pasan por una crisis de angustia.

Aunque en este caso hay un factor desencadenante, generalmente un evento frustrante que lo irrita. El niño con crisis de angustia se muestra intensamente preocupado por la aparición del ataque de pánico y es claro que no fue secundario a un estímulo externo.

De forma concomitante a las crisis de pánico y las preocupaciones centradas en ellas, muchos niños pueden presentar sensaciones constantes o intermitentes de ansiedad que no contienen temas de una situación o acontecimiento específico o pueden tener otras crisis menos intensas o con menos síntomas de los requeridos en los criterios diagnósticos. A estas crisis las podemos calificar como crisis de angustia limitadas.

Se recomienda que el personal de salud haga saber al niño que entiende cómo se siente al presentar este padecimiento y que ahora habrá un equipo trabajando en su atención y apoyo. También se le debe mencionar que se trata de una enfermedad que él no provoca, sino que su cuerpo, experimenta miedo en ausencia de un estímulo externo. Es necesario que el paciente y la familia estén enterados de que es potencialmente tratable y que con el tratamiento hay grandes posibilidades de que ya no se presenten los síntomas. Debemos invitar a sus padres a identificar los factores que contribuyen a perpetuar los síntomas y a corregirlos. En caso necesario se debe canalizar a los padres o familiares cercanos a atención en salud mental.

*Fobias: fobia específica (FE) y fobia social (FS)*

Una fobia se caracteriza por un miedo que adquiere una dimensión patológica, irracional y desproporcionada que produce la evitación consciente del objeto, actividad o situación temida. Generalmente el miedo es reconocido como excesivo e incontrolable, lo que le ocasiona al niño o adolescente un estrés grave ante la posibilidad de enfrentarlo. Estos síntomas, como ocurre en todos los trastornos mentales, ocasionan una alteración en la capacidad para funcionar normalmente.

Las fobias se dividen en dos grandes grupos:

Fobia específica (FE) y fobia social (FS).

La fobia específica consiste en un miedo intenso y continuo, de características excesivas e irrazonables, es provocado por la presencia o anticipación de la posibilidad de exponerse a un objeto o situación específica. Estos objetos o situaciones pueden ser muy variados:

Tipo animal (arañas, cucarachas, ratones, perros, aves, serpientes, gatos)

Tipo ambiental (oscuridad, tormentas, alturas, agua, relámpagos)

Tipo situacional (elevadores, aviones, lugares cerrados, túneles, puentes, entre otros)

Tipo sangre-inyecciones-daño

Otros tipos (sonidos intensos o personas disfrazadas)

La fobia social se caracteriza por el temor intenso y persistente a situaciones sociales o a ser el centro de atención, como hablar, comer o escribir en público, utilizar baños públicos, asistir a fiestas o entrevistas. No se limita a un lugar específico, sino a cualquier sitio.

Criterios diagnósticos

El código de la CIE-10 para la FE (también llamada aislada) es F40.2. Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 requieren la presencia de síntomas de ansiedad de carácter vegetativo y exigen la presencia simultánea de por lo menos 2 síntomas de ansiedad, de los mismos citados para las crisis de angustia, además de limitarse a la situación temida.

Los criterios diagnósticos para la FE según el DSM-V-TR son los siguientes:

A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos

B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional más o menos relacionada con una situación determinada.

Nota: En los niños, la ansiedad puede traducirse en llanto, berrinches, inhibición o abrazos.

C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional.

Nota: En los niños este reconocimiento puede faltar.

D. La situación fóbica se evita o se soporta a costa de una intensa ansiedad o malestar.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar provocados por la situación temida interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.

G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Según la CIE-10 el código para la FS es el 40.1. Igual que para la FE, requiere la presencia de al menos dos síntomas vegetativos de los citados para las crisis de angustia, y dos de los siguientes: ruborización o temblores, miedo a vomitar y necesidad urgente o temor a orinar o defecar, así como limitarse a las situaciones temidas. Los criterios de FS según el DSM-V-TR son:

A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.

Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional más o menos relacionada con una situación.

Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.

Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.

D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar que aparece en la situación social o actuación en público temida interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales, académicas y sociales o bien producen un malestar clínicamente significativo.

F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo: drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos.

Se debe especificar si es generalizada, es decir, si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales.

#### Etiología

La causa exacta de las fobias es aún desconocida y las propuestas más aceptadas son las que tienen en cuenta la interacción entre factores biológicos, genéticos y psicosociales.

Factores biológicos: no es la excepción el caso de las fobias en las que las vulnerabilidades biológicas asociadas a altos niveles de estrés resultan en la manifestación de los síntomas. Hay individuos más resistentes al estrés que otros, y probablemente este umbral está disminuido en los sujetos que presentan un tipo de fobia, lo cual está determinado biológicamente. También se ha observado un patrón familiar, lo que puede orientar a un componente genético.

En cuanto a la fobia social existen varios estudios que apoyan un componente genético. Este componente es denominado inhibición conductual y se considera un factor de riesgo alto para desarrollar fobia social. Los niños y adolescentes conductualmente inhibidos se molestan fácilmente o temen a situaciones o cosas no familiares. Por otro lado, estudios de imagen cerebral demuestran una mayor activación de la amígdala (estructura cerebral que controla las respuestas al miedo) y menor actividad en las regiones frontales de la corteza cerebral.



Bioquímicamente también se ha asociado a desequilibrio de sistemas de neurotransmisores como el serotoninérgico, el dopaminérgico y el gabaérgico.

Factores psicosociales: un miedo irracional a un objeto o situación como en la FE se puede adquirir por medio de la asociación de una experiencia temerosa con un objeto o situación en particular.

También se puede adquirir por evitar constantemente el miedo irracional para no enfrentarse con un objeto o una situación temida. En el caso de la FS, algunas investigaciones han propuesto que puede tratarse de una conducta aprendida por observación e interacción con otros que experimentan la misma ansiedad. Otro factor de riesgo son los padres controladores y sobreprotectores, probablemente no sean capaces de identificar la ansiedad que experimentan sus hijos o peor aún, lo consideren normal. Hay niños que han desarrollado FS posterior a una experiencia social vergonzosa pública. Otros factores psicosociales con la concomitancia son problemas de lenguaje, conflictos familiares o presencia de abuso de cualquier tipo.

#### *Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)*

El Trastorno de Estrés Postraumático es un trastorno de ansiedad que pueden sufrir niños, adolescentes o adultos. Después de haber experimentado o haber sido testigo (También en niños, sólo haber escuchado que a alguien le ocurrió) de un hecho traumático, un accidente, un desastre natural o una situación violenta, el niño reacciona con mucho miedo e impotencia y continúa reviviendo esta sensación después de un mes o más, y trata de evitar todo aquello que se lo recuerde. Los recuerdos se desencadenan ante varias situaciones similares y frecuentemente se presentan pesadillas con contenido del evento traumático. Hay quienes también pueden experimentar “flashbacks”, consisten en revivir el momento como si estuviera ocurriendo de nuevo, de una manera tan real que genera todo el terror que vivió.

#### Criterios diagnósticos

La CIE-10 codifica al TEPT como F43.1, y en esta clasificación el evento traumático debe serlo para cualquier individuo y no considera indispensable el incremento de activación, sino que puede ser sustituido por la incapacidad de recordar aspectos del evento traumático. La CIE-10 tampoco establece una duración mínima. Según el DSM-V-TR, el TEPT presenta las

siguientes características diagnósticas, y para realizar el diagnóstico deben cumplirse en número y tiempo:

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido las siguientes dos condiciones:

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado un acontecimiento caracterizado por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

2. La persona ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos.

Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

B. El acontecimiento traumático es re-experimentado persistentemente mediante una o más de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.

2. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.

3. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento que producen malestar.

4. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.

5. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).

6. Nota: Los niños pequeños pueden re-escenificar el acontecimiento traumático específico.

7. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

8. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican 3 (o más) de los siguientes síntomas:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
6. Restricción de la vida afectiva (por ejemplo, incapacidad para tener sentimientos de amor)
7. Sensación de un futuro desolador

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación, tal y como indican dos o más de los siguientes síntomas:

1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño
2. Irritabilidad o ataques de ira
3. Dificultades para concentrarse
4. Hipervigilancia
5. Respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de un mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Es necesario hacer la especificación sobre la duración de los síntomas en relación con la ocurrencia del acontecimiento traumático en agudo si los síntomas duran menos de 3 meses o crónico si los síntomas duran 3 meses o más. Además, si fue de inicio demorado, es decir,

que entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

### Etiología

La causa principal del TEPT, desde luego, es el evento traumático, sin embargo, no necesariamente ese evento debe ser considerado traumático para todas las personas, sino que tiene que ver con la interpretación que le da el infante, el valor y el significado que le otorga al suceso.

Hay factores biológicos que se han identificado que pueden contribuir a que una persona que ha sufrido un evento traumático desarrolle TEPT, como la disfunción de la amígdala, estructura cerebral del sistema límbico que está involucrada en la expresión de las emociones, principalmente el miedo y las reacciones fisiológicas que le acompañan, tales como la taquicardia y el incremento del tono vascular.

Normalmente el organismo reacciona ante el miedo y el estrés con la liberación de norepinefrina, epinefrina y cortisol, pero cuando una persona, y en este caso, un niño o adolescente, está expuesto a un trauma repetitivo y severo esta respuesta altera el funcionamiento cerebral y contribuye a la aparición de los síntomas de TEPT. Se ha encontrado que los chicos con el trastorno, el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, está hiperactivo y frecuentemente tienen el antecedente familiar de trastornos de ansiedad.

Los factores psicosociales que contribuyen al TEPT son los traumas previos y su severidad, el tiempo expuesto al trauma, la carencia de apoyo adecuado después del trauma, el antecedente de abuso físico, psicológico o sexual, abandono, la habilidad del niño para sobrellevarlo y la dinámica familiar disfuncional. (Cárdenas E, Feria M, y Palacios L, 2010, Pp. 11).

### 2.3.3. ANSIEDAD EN NIÑOS

La ansiedad en los niños se encuentra integrada, como reacción defensiva innata, que, a su vez como un mecanismo de vigilancia del organismo, además sirven como alerta a situaciones amenazantes o preocupantes, sin embargo, cuando sobrepasa determinados

límites, la ansiedad se convierte en un problema de salud, impide el bienestar e interfiere notablemente en las actividades sociales, personales e intelectuales. Es por esto que es necesario distinguir entre normal y patológico, lo cual se torna complicado en el caso de los trastornos de ansiedad debido a que ésta tiene funciones adaptativas. En el caso de los niños, se diferencia en la capacidad que tiene el niño para recuperarse de la ansiedad y permanecer libre de ésta cuando la situación que la ha provocado ha desaparecido, lo que se denomina flexibilidad en la adaptación afectiva.

Por temores del desarrollo nos referimos a miedos normales, presentes como expresión del funcionamiento de los sistemas de alarma dirigidos a asegurar la adaptación y supervivencia. Mientras la ansiedad patológica consiste en la aparición de una sensación de intenso malestar, sin causa objetiva que lo justifique, que se acompaña de sentimientos de aprensión. La Ansiedad tiene dos formas de ser medida, una es la ansiedad rasgo que se define como la disposición o característica de respuesta que posee el niño ante el estímulo ansioso, que depende en gran medida de las diferencias individuales de cada niño; y la ansiedad estado que se define como la intensidad o estado emocional transitorio del organismo infantil como respuesta ante el estímulo ansiogénico, en el caso de la presente investigación la hospitalización y quimioterapia. (Rodríguez, 1995).

El ambiente influye en las respuestas de ansiedad, los niños en la unidad de oncohematología del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, se hallan frecuentemente expuestos a niveles intensos de ansiedad, la misma que en muchos casos llegan a constituir un factor negativo y adverso para la adaptación física y psíquica del infante. A su vez la ansiedad cuando se manifiesta en la niñez alcanza grandes consecuencias o repercusiones sociales y emocionales, ya que no damos importancia al padecimiento y lo que le produce esta patología. La ansiedad se acompaña de sobresalto, excitación, aceleración, con inquietud y temor a que ocurra algo mayor, repercusión respiratoria.

Las manifestaciones de ansiedad serán diferentes según la etapa del desarrollo en la que se encuentre el niño. En los niños más pequeños se presenta a menudo como actividad excesiva, comportamientos estridentes y de llamada de atención, dificultades a la separación o en el momento de ir a dormir. La ansiedad manifestada comportamentalmente puede conducir a diagnósticos inadecuados de trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad

(TDAH), trastorno negativista desafiante u otros problemas de conducta. Los niños mayores a los diez años o los adolescentes que son más capaces de describir sus vivencias subjetivas pueden denominarlas usando diferentes vocablos como miedo, nerviosismo, tensión, rabia; también pueden presentar comportamientos disruptivos o antisociales.

### 2.3.3.1.MANIFESTACIONES SINTOMATOLÓGICAS

Los niños tienen diferentes formas de mostrar los síntomas de ansiedad, éstos pueden variar en intensidad en todos los casos. Cada paciente, según su predisposición biológica y/o psicológica, se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros síntomas.

#### *A nivel físico*

- La ansiedad muestra un incremento de la activación neurofisiológica como:
- Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad.
- Neuromusculares: temblor, tensión y rigidez muscular, cefaleas, parestesias, cansancio.
- Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial.
- Respiratorios: disnea, sensación de mareo e inestabilidad.
- Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo.

#### *A nivel psicológico conductual*

Se puede tomar en cuenta la inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones. En casos más extremos, temor a la muerte, la locura, o el suicidio. Además, presenta dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad, etc.

#### 2.3.4. EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD

Para realizar una evaluación efectiva de la sintomatología de la ansiedad es necesario realizar una diferenciación entre miedo y ansiedad normal y patológica, es decir el miedo puede estar relacionado a la incertidumbre frente a la enfermedad y los tratamientos médicos, y la ansiedad puede estar caracterizada por cumplir diferentes criterios de evaluación que han estado generando malestar clínico significativo.

La evaluación de la ansiedad ayuda a conocer el origen de la misma y a establecer el tratamiento adecuado para reducirla. En pacientes oncológicos pediátricos la ansiedad debe ser manejada de acuerdo a la edad del paciente, si se encuentra atravesando la fase de la primera infancia se debe entrenar a los familiares las técnicas de intervención, si se trata de pacientes comprendidos entre la segunda infancia y adolescencia el manejo será proporcionando estrategias de afrontamiento que les permita confrontar sus miedos y tener una visión diferente del proceso oncológico.

#### 2.4. EL PROCESO PSICOLÓGICO EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

El abordaje emocional del enfermo de cáncer ha de llevarse a cabo desde un modelo biospiciosocial que permita integrar los aspectos psicosociales del paciente y los aspectos médicos de la enfermedad oncológica. Conocer la enfermedad, su proceso, los tratamientos y sus efectos secundarios es de interés para la investigación, comprender y tratar los aspectos emocionales de estos pacientes es la base de la psicooncología (Barroilhet y col. 2005).

##### 2.4.1. FACTORES PSICOLÓGICOS DEL NIÑO CON CÁNCER

El desarrollo psicológico y social del paciente oncológico pediátrico se ve afectado por la enfermedad, los pacientes se preguntan con frecuencia al momento de recibir el diagnóstico, porque tenían que ser ellos y no otros niños, este cuestionamiento genera intensos sentimientos de culpa e ira, generalmente dirigida hacia los padres, hermanos y personal sanitario, que se manifiesta con irritabilidad u otras alteraciones en el comportamiento.

El paciente debe aprender, durante esta etapa, a afrontar ciertas consecuencias en su lucha diaria para superar el cáncer, por lo que pueden ser víctimas de ansiedad, hostilidad, culpa, retraimiento y sentimientos defensivos frente a los demás. Las secuelas psicológicas se dan en torno al nivel de auto concepto, autoestima, imagen corporal, sentimientos de desvalorización, inseguridad e inadecuación física y emocional.

El paciente oncológico pediátrico puede presentar trastornos de ansiedad y depresión (dependiendo la edad del paciente), comportamientos dependientes, conductas regresivas, rabietas y negarse a dormir solo, puesto que se enfrenta al miedo, la ira, la soledad y la tristeza. El dolor es una de las inquietudes principales del paciente oncológico, por lo que realiza alguna acción para disminuir o eliminar este dolor. Durante el tratamiento el paciente debe exponerse a procedimientos estresantes, que en ocasiones son incluso más dolorosas que la propia enfermedad. Los tratamientos son muy agresivos ya que implican toxicidad y están sujetos a múltiples procedimientos diagnósticos y terapias, como punciones venosas, punciones lumbares, biopsias, administración de quimioterapia y aspiración de medula ósea. Por ello es común que se generen en ellos comportamientos negativos, gritos, oposición, resistencia y poca colaboración con el personal sanitario, dificultando la adherencia al tratamiento, falta de interés, conductas hostiles, lentitud de movimientos, rechazo de sí mismo, mal humor, irritabilidad, llanto y comportamiento regresivo. Los trastornos del sueño y la fatiga son frecuentes, el dolor puede alterar su ritmo de sueño, como también las preocupaciones y el miedo por la enfermedad o la ansiedad por su futuro (Gurotane, 2012).

Los problemas de ansiedad surgen debido a las frecuentes hospitalizaciones, la ruptura de sus hábitos y su vida cotidiana, la separación de sus padres y hermanos, compañeros de escuela y el miedo a la muerte, sobre todo si la información que se les proporciona es contradictoria o poco específica, ya que muchas veces los padres o familiares no encuentran la forma de explicar al niño el origen de la enfermedad, la hospitalización y los tratamientos a los que es sometido, generando en el paciente muchas dudas, desconfianza hacia el personal y en el caso de los más pequeños generar sentimientos de culpa por alguna mala conducta cometida con anterioridad. El paciente además puede presentar un estado distímico, lo que hace sentirse con pocas fuerzas para afrontar la enfermedad. La depresión se puede manifestar en el paciente oncológico pediátrico 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 detectar en el niño un estado depresivo. Debido a lo nombrado existen altos niveles de estrés en los pacientes oncológicos pediátricos. Pero muchas veces el tratamiento genera un mayor nivel de estrés que la enfermedad misma puesto que modifica la relación del individuo con su ambiente, el cambio de vida, el dolor, el aislamiento, la separación de los padres, las restricciones físicas, los tratamientos médicos agresivos que generan efectos secundarios, la ausencia escolar, la incertidumbre característica de su enfermedad, la estigmatización, la culpa que la enfermedad genera en ellos, entre otros, que pueden generar respuestas negativas y poca adherencia al tratamiento.

#### 2.4.2. ALTERACIONES EMOCIONALES

El proceso que se sigue tras el diagnóstico del cáncer, es decir el proceso oncológico, debe contemplarse como un proceso dinámico, que está sujeto a ciertos cambios a corto, mediano y largo plazo que pueden determinarse por tres dimensiones que están interrelacionadas: dimensión biológica, dimensión psicológica y la dimensión social.

- 1) La dimensión biológica, referida a la enfermedad como tal y su tratamiento. Que refiere conocer los cambios fisiológicos que produce el cáncer y los efectos secundarios que causan los quimioterápicos (ablación, neutropenia, trombocitopenia, anemia, hiporexia, somnolencia, etc.), permiten conocer los procesos biomédicos que atraviesa el paciente oncológico (cirugías, quimioterapia, radioterapia).
- 2) La dimensión social, que incluye los cambios que se producen en el entorno familiar y social del paciente como consecuencia de la enfermedad y su tratamiento (alejamiento de la familia, grupo de amigos, abandono escolar).
- 3) La dimensión psicológica, menciona los aspectos emocionales y comportamentales del paciente durante todo el proceso oncológico. Se observan cambios emocionales (ansiedad, ira, rabia, tristeza) y cambios de las estrategias de afrontamiento (lucha, negación, desesperanza, indefensión, frustración) para

afrontar las etapas del proceso oncológico. En esta dimensión nos detenemos debido a que es la parte que llama la atención en la presente investigación.

Para lograr comprender la relevancia de las alteraciones emocionales que presentan los pacientes oncológicos se muestra un resumen de los procesos por los que deben atravesar durante el diagnóstico y tratamiento, que permite ver con claridad las necesidades psicológicas que presenta esta población.

- a) Prediagnóstico, caracterizada por numerosas pruebas médicas para llegar a un diagnóstico fiable, se experimenta cuadros ansiosos y de preocupación frente a lo desconocido.
- b) Diagnóstico, el paciente y la familia suelen atravesar un periodo de shock e incertidumbre que generalmente tiene una duración de diez a quince días, para posteriormente atravesar por cinco etapas hasta lograr conseguir la aceptación de la enfermedad (negación, búsqueda de sentido, negociación, depresión y aceptación).
- c) Tratamiento, se evidencia en los pacientes miedo al dolor y a los procedimientos médicos, se muestran vulnerables a los efectos del tratamiento quimioterápico, miedo a la muerte de parte de los padres del paciente, en los cambios físicos les atemoriza la caída del cabello, pérdida de peso, las náuseas, a nivel social les angustia la separación de los padres y el alejamiento de las actividades escolares, el rechazo de los pares, a nivel psicológico pueden presentar trastornos psicológicos como trastornos adaptativos, trastornos de ansiedad por separación, trastornos depresivos.
- d) Postratamiento, se observa una mejora considerable del estado de ánimo, acompañada de ansiedad por los tratamientos ambulatorios, debiendo asistir periódicamente a controles con el especialista oncólogo, pasando a ser sobreviviente a la enfermedad, con cierto riesgo de recaída dependiendo del tipo de cáncer, el estadio en el que se encuentra y el tipo de respuesta al tratamiento. En este periodo en teoría se encuentra controlada la enfermedad, quedando el paciente y la familia alertas frente a cualquier cambio corporal, dolor o cualquier complicación.

- e) Recidiva o enfermedad progresiva, consiste en la reproducción o propagación del tumor, mala respuesta al tratamiento, recaída o progresión de la enfermedad. Es una fase de alto impacto emocional ya que comienzan de nuevo las pruebas, los tratamientos intensos, las cirugías, el estrés hospitalario, algunas veces el paciente y la familia deciden buscar otras opiniones, algunos tratamientos alternativos y por último el abandono al tratamiento. El miedo, la negación, la ira, desesperanza y la depresión son las respuestas más frecuentes.
- f) Fase terminal o paliativa, la familia del paciente es consciente de la naturaleza irreversible de la enfermedad y que el desenlace será la muerte. Los tratamientos no son activos frente al cáncer, se centran en el control y alivio de síntomas valorando sobre todo una óptima calidad de vida. El miedo a la muerte y al dolor se acentúa más.

Entre las reacciones psicológicas de adaptación más frecuentes en las fases de diagnóstico y tratamiento, (según Díaz, 2003 citado por Hernández), destacan las conductas oposicionistas, rebeldía, ira, sumisión, colaboración e inhibición. En cuanto a las reacciones defensivas aparecen los comportamientos regresivos, la negación e identificación. Así mismo existen reacciones constituidas por experiencias mixtas emotivo-cognitivas, tales como temor a la muerte, sentimientos de culpa, sentimientos de impotencia, descenso de la autoestima, vivencia de abandono y de fragmentación, mutilación y aniquilación. Por último, según este autor las reacciones de inadaptación y reajuste más frecuentes son: angustia patológica, reacciones neuróticas (fobias, histeria, conversión, obsesiones), y reacciones depresivas y regresivas. Otros efectos emocionales secundarios al tratamiento activo son: angustia y temor al dolor asociado a las pruebas médicas invasivas; vergüenza producida por la alopecia y los cambios corporales; mayor susceptibilidad a infecciones (debido a la depresión del sistema inmunológico inducida por el tratamiento), lo que conlleva un mayor aislamiento del menor, así como una reducción en la participación en actividades agradables para el menor; fatiga inducida por el tratamiento o la propia enfermedad que produce reducciones en los niveles de actividad y motivación del paciente; insomnio; cambios en el afecto: ataques de cólera e irritabilidad que no parecen responder a estímulos externos y que son debidos a la

enfermedad (por ejemplo en el caso de ciertos tumores cerebrales), al tratamiento (por ejemplo, la administración de esteroides) o a la situación misma.

El insomnio es una reacción emocional frecuente en los menores oncológicos durante la fase de tratamiento médico activo. Los autores defienden que el origen de esta problemática suele ser multifactorial, ya que intervienen factores ambientales, variables de ansiedad o depresión reactivas a la situación, así como estados de excitación con una base orgánica debida a determinados fármacos empleados en el tratamiento. Otra reacción frecuente en los niños que están recibiendo tratamiento oncológico es la negativa a la alimentación. Los problemas con la comida parecen ser utilizados por los pacientes como una manera de obtener control sobre la situación, constituyendo una de las pocas áreas de su vida que en ese momento son capaces de controlar, independientemente de la anorexia propia derivada de algunos tratamientos médicos (Hernández et al, 2009).

#### 2.4.3. PERCEPCIÓN DEL CANCER DE ACUERDO A LA EDAD DEL NIÑO

En los últimos años se ha realizado un gran esfuerzo por investigar las peculiaridades de la experiencia de dolor en distintas edades, se han ideado instrumentos de evaluación bastante refinados y se han desarrollado diversas estrategias psicológicas destinadas a paliar el dolor y el malestar causado por procedimientos médicos invasivos. Precisamente, nuestro trabajo tiene como objetivo central ofrecer un panorama general de las aportaciones terapéuticas empleadas en niños con cáncer, sometidos a este tipo de situaciones (Bragado, 1996).

En el momento actual, la investigación es concluyente respecto a que los recién nacidos (incluso prematuros) son sensibles a los estímulos que infringen daño tisular, reaccionando ante ellos con un patrón bien coordinado de respuestas (vocales, motoras y fisiológicas), inequívocamente representativas de dolor. Como pauta general, ante el inicio súbito de un estímulo doloroso, el bebé responde con un potente chillido, seguido de llanto, muecas faciales, sacudidas y rigidez de piernas, y movimientos corporales que incluyen golpear con las piernas, cerrar fuertemente los puños y poner el torso rígido. Concomitantemente, se han evaluado cambios fisiológicos en relación a la tasa cardíaca, tasa respiratoria y a la concentración de oxígeno y anhídrido carbónico en sangre, así como alteraciones metabólicas y endocrinas.

Hacia los seis meses de edad, los bebés muestran ya reacciones anticipatorias de temor ante ciertos eventos dolorosos (por ejemplo, inyecciones) y pueden iniciar conductas instrumentales rudimentarias destinadas a defenderse o evitar el acontecimiento. Esta capacidad para anticipar el dolor señala con claridad la emergencia del aprendizaje y la memoria. En el segundo año de vida, la duración del llanto y los gritos disminuye, el niño busca visualmente a su madre y a la enfermera antes de la inyección, se orienta hacia el lugar donde será pinchado e intenta protegerse con los brazos o las manos y es capaz de expresarse verbalmente (Craig y Grunau, 1991).

La habilidad para comunicar sensaciones dolorosas de modo espontáneo (cuando se lastiman por cualquier razón) progresa a medida que el niño crece y mejora su repertorio verbal. Gradualmente, aprenden a diferenciar y a describir dónde y cuánto les duele, utilizando los mismos términos que han aprendido para describir el tamaño o la cantidad de los objetos físicos (un poco, algo, mucho).

Entre los cinco y los siete años, la mayoría de los niños puede discriminar claramente la intensidad del dolor y es posible utilizar escalas cuantitativas para evaluar las sensaciones subjetivas. Aunque son capaces de localizar el dolor en una parte del cuerpo, suelen pensar que tanto el dolor como la enfermedad están producidos por causas externas y concretas; piensan que se han “contaminado” por tocar a alguien, comer demasiado o por haber hecho algo peligroso. En estos rangos de edad algunos niños pueden percibir su enfermedad y ciertas pruebas médicas como un castigo por haber hecho alguna travesura.

Hasta aproximadamente los nueve años, no entienden con claridad que el dolor puede estar generado por una enfermedad, el mal funcionamiento de un órgano o la presencia de ciertos gérmenes.

El período de la adolescencia está marcado por la maduración del funcionamiento cognitivo y por importantes cambios físicos y fisiológicos, así como por profundos cambios en la interacción social y familiar. Los niños de esta edad comprenden perfectamente que la enfermedad se localiza dentro del cuerpo y que sus causas pueden ser tanto internas como externas. Algunas investigaciones han señalado que los adolescentes conciben el cáncer

como una enfermedad de la que es difícil recuperarse comparada con enfermedades de corazón, diabetes o problemas mentales (McGrath y Pisterman, 1991).

#### 2.4.4. NATURALEZA DEL DOLOR EN LA ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

Existe bastante acuerdo en considerar el dolor como un patrón integrado de respuestas observables, encubiertas y fisiológicas que pueden ser estimuladas por una lesión tisular y provocadas o mantenidas por otras condiciones antecedentes y consecuentes.

En el contexto del dolor asociado a procedimientos aversivos, de preferencia se sugiere adoptar la definición propuesta por el Subcomité Internacional para el Estudio del Dolor que lo describe como una experiencia sensorial y emocionalmente desagradable asociada con un daño de los tejidos, actual o potencial. Cuando se habla de dolor en oncología infantil, se suele distinguir entre el dolor ocasionado por la propia enfermedad y el generado por el diagnóstico o el tratamiento médico. El primer tipo se origina por la invasión del tumor en los huesos, nervios, músculos u otros órganos, siendo la causa más común del dolor la afectación ósea. Un porcentaje importante de niños con leucemia, el cáncer más frecuente en la infancia, padece dolor de huesos. El segundo tipo es consecuencia directa de diversos métodos terapéuticos o de diagnóstico. Por ejemplo: el dolor postquirúrgico generado por el daño provocado en algunas terminaciones nerviosas al realizar una operación, el dolor posterior a la radioterapia causado por la fibrosis o daño del tejido conectivo que rodea la zona radiada o el dolor producido por una punción lumbar o la aspiración de la médula ósea. La observación clínica sugiere que los niños más pequeños suelen reaccionar con malestar más severo durante procedimientos médicos que se llevan a cabo sobre la superficie corporal que ante las lesiones internas relacionadas con el curso de la enfermedad. Partiendo inicialmente de criterios temporales, aunque existen otros rasgos diferenciales, se distingue entre dolor agudo, dolor crónico y dolor recurrente (Bragado, Fernández, 1996).

El dolor agudo es evocado por un estímulo nocivo bien identificado, es de corta duración y tiene un valor funcional destacable, ya que opera como una señal para iniciar conductas restauradoras y/o protectoras. Generalmente, el dolor disminuye a medida que se repara el daño, con lo que el malestar físico y emocional no suele prolongarse en el tiempo. El dolor

agudo provocado por daño en los tejidos (caídas, quemaduras, cortes, etc.) constituye la experiencia dolorosa más frecuente durante la infancia y la adolescencia. Todos los niños experimentan también dolor agudo debido a enfermedades comunes o intervenciones dentales. El término de dolor crónico se emplea para designar una experiencia dolorosa de larga duración, generalmente asociada a una enfermedad prolongada como el cáncer o la artritis reumatoide juvenil. No cede totalmente con el tratamiento y carece de valor adaptativo. El impacto psicológico del dolor crónico es mayor que en el caso del dolor agudo y aparece asociado con factores sensoriales, ambientales y emocionales. Algunos autores sostienen que los niños tienen mayor probabilidad que los adultos de experimentar dolor recurrente. El dolor recurrente comparte aspectos del dolor agudo y crónico. Se caracteriza por la presencia de episodios dolorosos repetidos que, aunque son breves, pueden persistir a lo largo de la vida del niño y suelen estar ocasionados por múltiples causas. En esta categoría, se incluye el dolor provocado por ciertos procedimientos médicos (repetidas aspiraciones de médula), episodios dolorosos asociados al curso de la enfermedad y el dolor de etiología ambigua (dolor abdominal recurrente o cefaleas).

En contraste con los tipos de cáncer más comunes en los adultos (estómago, pulmón, mama, colon y recto, que suelen producir un dolor severo y prolongado, el cáncer infantil rara vez produce dolor crónico. Las causas más frecuentes de dolor agudo y malestar en los niños con cáncer están relacionadas con los procedimientos médicos de diagnóstico y tratamiento, particularmente, con la aspiración de médula y la punción lumbar. No obstante, ambos métodos se utilizan de forma rutinaria en los casos de leucemia ya que son imprescindibles para determinar el curso de la enfermedad y aplicar el tratamiento. Investigadores, padres y niños coinciden al considerar que la aspiración de médula es un procedimiento altamente aversivo, traumático y muy doloroso (Bragado, 1996).

Muchos niños, sobre todo adolescentes, afirman que es peor sufrir esta prueba que padecer la enfermedad. Este aspecto pone en peligro la aceptación del tratamiento y un seguimiento correcto de las prescripciones médicas (adherencia), con el subsiguiente riesgo para la mejoría del paciente. En resumen, la aspiración de médula ósea consiste en la inserción de una aguja larga en el hueso de la cadera (cresta ilíaca posterior) y en la succión (aspiración) de una porción de médula, mediante una jeringuilla, con el fin de obtener y analizar una

muestra para averiguar la presencia o ausencia de células cancerosas. La mayoría de los pacientes describen tres fuentes de dolor durante este proceso: a) un dolor agudo y punzante, cuando la aguja entra en la piel, b) dolor agudo y una fuerte presión cuando la aguja penetra en el hueso (periostio), y c) un dolor intenso y agudísimo cuando se aspira la médula con la jeringuilla. Aunque la realización de la prueba suele efectuarse con anestésicos locales o sedantes, ninguno de ellos está exento de dificultades. Los sedantes ocasionan efectos secundarios o paradójicos, sobre todo en los más pequeños, por lo que se administran con cautela.

La punción lumbar es similar a la aspiración de médula en el sentido de que es una fuente de dolor recurrente para los niños con cáncer. En este caso se introduce una aguja delgada, normalmente entre la cuarta y quinta vértebra lumbar para penetrar en el espacio subaracnoideo. El objetivo de la punción suele ser tomar una muestra de fluido cerebroespinal o inyectar algún fármaco (medicación intratecal) que forma parte del tratamiento con quimioterapia. Los niños tienen que adoptar una posición fetal, con la barbilla pegada al pecho, y colocarse de lado, de manera que la espalda quede accesible.

Igual que en la aspiración de médula, suelen emplearse anestésicos tópicos y sedantes. Las reacciones de ansiedad durante la ejecución de la prueba y el miedo a repetirla en un futuro (ansiedad anticipatoria) es un fenómeno común a ambos procedimientos. No obstante, varias investigaciones han confirmado experimentalmente que la aspiración de médula es un método más aversivo que la punción lumbar. Probablemente, el mayor inconveniente para el personal sanitario es la rapidez con que la mayoría de los niños de todas las edades desarrollan respuestas condicionadas de ansiedad ante estos procedimientos y los objetos asociados a ellos. Como consecuencia del miedo, algunos niños padecen fobia a las agujas, problemas con la comida y alteraciones del sueño (Kuttner, Bowman y Teasdale, 1988). Ante la inminencia de una aspiración de médula, los más pequeños suelen reaccionar con gritos, o con oposición física y verbal que obstaculizan la labor de médicos y enfermeras. Estas manifestaciones provocan un estrés considerable en el personal y en los padres, ya que en muchas ocasiones es preciso repetir la punción, haciendo el proceso todavía más penoso.

Otra fuente importante de distrés infantil está relacionada con la administración intravenosa de la quimioterapia y con los efectos secundarios que provoca, especialmente náuseas y



vómitos. Las inyecciones parecen afectar más a los niños que a los adolescentes. Manne, Redd, Jacobsen, Gorfinkle, Schorr y Rapkin (1990) comentan que algunos pacientes reciben más de 300 pinchazos en vena a lo largo del tratamiento y que aproximadamente un tercio de los más pequeños (3-9 años) tiene que ser sujetado por los padres o la enfermera para poder introducir la aguja. El concepto de *distrés* En situaciones muy aversivas que causan dolor agudo, como las que venimos comentando, resulta prácticamente imposible diferenciar la ansiedad o el miedo que provoca un determinado procedimiento médico del dolor, ambos forman parte de la experiencia del niño (Routh y Sanfilippo, 1991). Tal diferenciación se torna casi imposible con los niños más pequeños. Igualmente, es complicado separar las reacciones negativas asociadas al dolor de las emociones que suscitan la hospitalización, la enfermedad, la separación de los padres o la inmovilidad física (Bush y Harkins, 1991). El término de “*distrés*” se emplea para describir las reacciones de malestar (tanto de dolor como de ansiedad) ante procedimientos médicos invasivos. Este concepto ha sido ampliamente aceptado en la literatura especializada y viene utilizándose desde los trabajos de investigación realizados hasta la fecha.

## 2.5.HOSPITALIZACIÓN: EFECTOS DE LA HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICO PEDIÁTRICOS

El proceso de una hospitalización es un evento que puede ocurrir en cualquier momento de la vida de un infante, el cual constituye una experiencia negativa y traumática si durante este se presentan experiencias negativas y dolorosas para el niño y más aún si se encuentra alejado del cuidador primario, es decir la madre o padre. El trauma de la hospitalización se produce según: el momento evolutivo, de vivencia interna, biológica y biográfica que esté atravesando el paciente pediátrico. La enfermedad y los procedimientos médicos están cargados de tintes emocionales, así por ejemplo los niños pequeños interpretan la hospitalización como un castigo por algo que han hecho mal, tienen miedo al abandono, presentan comportamientos regresivos, dependientes e inmaduros y pérdidas de autoestima. Durante el periodo de hospitalización el niño se encuentra expuesto a un sin número de elementos estresantes, los mismos que deberán superar mediante un sistema de afrontamiento y recursos psicológicos para la adaptación. La ansiedad y la depresión son las principales alteraciones emocionales

producidas por la hospitalización, en conjunto con los miedos o temores, la falta de actividad, pueden causar importantes alteraciones comportamentales como: conductas negativas, agresividad, trastornos del sueño, respuestas de evitación, mutismo y trastornos de atención. En torno a los temores infantiles más frecuentes son: La separación y reubicación a un nuevo ambiente, pérdida de autonomía y control, temor al daño físico, a la mutilación corporal, o la muerte, temor a ser abandonado, a ser envenenado, también se sienten alterados por el temor a las curaciones, a las batas blancas y a los instrumentos y procedimientos médicos, así por ejemplo temor a despertarse durante la cirugía, a las inyecciones, al dolor, etc. En ocasiones el niño puede manifestar ansiedad anticipatoria ante los procedimientos médicos a través de náuseas, vómitos, insomnio y llanto. Los efectos que la hospitalización causa en el infante, depende de varios factores, como la edad, la gravedad de la enfermedad, temperamento y características propias del paciente, la existencia de experiencias previas a la hospitalización, la duración de la estancia en el hospital, el tratamiento, la información impartida, y la separación de su ambiente natural. Las reacciones psicológicas ante esta experiencia pueden ser de cuatro tipos:

- a) Reacciones de adaptación que pueden ser de oposición, rebeldía, ira, sumisión, inhibición o de colaboración.
- b) Reacciones defensivas, que implican una regresión a etapas anteriores del desarrollo.
- c) Reacciones construidas por experiencias emocionales y cognitivas, entre las que se encuentran el temor a la muerte, sentimientos de culpa, sentimientos de impotencia, descenso de la autoestima, vivencias de abandono, vivencias de fragmentación, mutilación y aniquilación.
- d) Reacciones de inadaptación y desajuste como angustia patológica, fobias, conversión, obsesiones o reacciones depresivas (Rodríguez Sacristán 2012).

Para contribuir a la mejor adaptación del niño en el hospital habrá que cubrir una serie de necesidades básicas e importantes para él: la presencia y apoyo de su familia, el juego, las actividades escolares, la orientación y la atención individualizada de sus carencias, a fin de evitar el retraso de su desarrollo. Como ya se mencionó anteriormente, la separación es uno

de los problemas más difíciles, para el infante hospitalizado, puesto que se caracteriza por la interrupción de sus actividades y alteración de la normalidad.

En los niños entre las edades de 6-7 años, lo que suele generar mayores sentimientos de ansiedad suele ser la separación de sus padres más que la enfermedad misma. En ellos predomina el temor a lo que le puede pasar a su cuerpo y temen al dolor.

En los niños entre las edades de 8-10 años, lo que predomina es la preocupación por la pérdida de control sobre lo que les está pasando, surgen comportamientos de aislamiento por las limitaciones que implica la enfermedad y el tratamiento y por ende nacen sentimientos de soledad. Siente amenazada la autonomía que recién ha comenzado a adquirir por el dominio de las tareas escolares, lo que le genera mucho malestar psicológico. Sus rutinas y actividades diarias se ven alteradas por lo que puede responder con oposición y cólera, negándose a participar en actividades placenteras. Por otro lado, puede volverse pasivo y complaciente retornando a etapas previas (Piraquive, 2006).

- El mundo del niño de 6 a 11 se encuentra marcado por la escolaridad. El ingreso a la escuela es el principal agente de cambio y maduración en esta etapa y lo enfrenta con nuevos retos, esta etapa está marcada por el sentido de industria y el logro de las tareas escolares es central. En esta etapa los niños se encuentran preocupados por adquirir mayor competencia en las diferentes áreas de su vida y por practicar habilidades que les proporcionen aceptación social. (Erikson 1976, citado por King Emilio, 2002).
- Por esto, la salida del colegio y la separación de los amigos, a causa de la enfermedad y el tratamiento, son sumamente estresantes para el niño por ello es importante procurar, en la medida de lo posible, normalizar su vida y continuar con su educación. Además, los niños son conscientes de su aspecto físico, los efectos secundarios debido a los tratamientos provocan en los niños retraimientos, sentimiento de vergüenza y duda sobre la posterior aceptación de sus compañeros, por lo que suele resistirse a ir al colegio o regresar a su rutina diaria.

### 2.5.1. FASES DE ADAPTACIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO

Las fases por las que pasa el paciente oncológico pediátrico en su intento de adaptarse al proceso hospitalario como consecuencia de la separación de la madre y las carencias afectivas a las que está expuesto, han sido descritas de la siguiente manera:

- *Fase de protesta:* la cual puede durar horas o semanas, el infante tiene una fuerte necesidad de su madre y la espera basándose en una experiencia anterior en la que ella siempre respondía a su llanto, por ello se desespera ante esta nueva situación desconocida para él, en la que sus protestas y gritos no conducen a la aparición de la madre. En esta fase el niño suele ser considerado un mal paciente.
- *Fase de desesperación:* se caracteriza por la necesidad continua y consciente de su madre, el niño presenta una apatía y un retraimiento fuera de lo normal, así como una gran tristeza. Aparentemente el paciente parece tranquilo y adaptado. Es la fase de mayor controversia respecto a la presencia de los padres en el centro hospitalario.
- *Fase de negación:* el paciente muestra más interés por el entorno y esto es considerado como un signo de que está feliz, pero lo que realmente está haciendo es reprimir sus sentimientos. Además, la adaptación a una enfermedad que amenaza la vida es difícil para el niño y su familia por lo que la dinámica familiar se verá seriamente afectada. La sobreprotección de los padres afecta significativamente el sentido de control y competencia de los niños. Los niños son muy sensibles a las reacciones de los demás y necesitan la oportunidad de sentirse como todos y de no ser tratados de modo diferenciado (Ortigosa, 2003).

### 2.5.2. MODELOS DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

Los modelos de intervención psicoterapéutica muestran las alternativas con las que cuenta la psico-oncología para tratar pacientes con diferentes patologías oncológicas, es decir son las propuestas de apoyo psicológico adecuadas para esta población.

En Psico-Oncología se utiliza una serie de cuestionarios y tests de screening que son necesarios para manejar, corregir e interpretar. Debido al delicado estado físico del

paciente y a las características ambientales del ingreso, es importante considerar la brevedad de los cuestionarios como un requisito indispensable en su elección y configuración para brindar un tratamiento adecuado.

## 2.6.LUDOTERAPIA.

La ludoterapia, terapia de juego o terapia lúdica fue desarrollada inicialmente a finales del siglo XX, hoy en día la terapia lúdica incluye un gran número de estrategias, todas ellas aplicando los beneficios terapéuticos del juego, cuyo objetivo es que el niño encuentre múltiples oportunidades para la expresión y autocontrol de sus emociones, la expansión de la conciencia, el reconocimiento de sus propios recursos y potencialidades, así como la normalización de sus pautas de desarrollo. La terapia lúdica o terapia de juego proviene de la escuela psicoanalista y está centrada en el niño, por tanto, acepta del niño, lo que éste quiera dar durante la terapia. Es una forma de ayuda, de una manera no invasiva, ni agresiva que trabaja tanto consiente como inconscientemente.

El terapeuta debe reconocer los sentimientos que el niño expresa, y devolverlos para que modifiquen la conducta del niño, es especialmente indicada para niños quienes aún no pueden expresar, de una manera abierta, sus emociones, sentimientos, aspectos tanto físicos, espirituales y cognoscitivos. La terapia lúdica puede ser directiva, es decir, en la cual el terapeuta asume la responsabilidad de guiar e interpretar, o bien, puede ser no-directiva. En esta última, el terapeuta deja que sea el niño el responsable e indique el camino a seguir. Los talleres lúdicos ofrecen experiencias que responden a algunas necesidades específicas de los niños hospitalizados. A través de este tipo de terapia el niño tiene la posibilidad de manifestar su historia personal, liberar sentimientos y frustraciones, reduciendo las vivencias dolorosas y atemorizantes. Cuando el niño se encuentra inmerso en el juego o en cualquier actividad, obtiene placer y aumenta su autoestima; esto contribuye a darle recursos para sobrellevar las incomodidades de la enfermedad, favorece su desarrollo global y mejora su calidad de vida. Se realizan varias actividades lúdicas como talleres artísticos y de manualidades. La terapia del juego está basada en el juego como medio natural de autoexpresión del niño. Ayuda al niño a combatir sus miedos y ansiedades.

La lúdica como experiencia cultural es una dimensión transversal que atraviesa toda la vida, no son prácticas, no son actividades, no es una ciencia, ni una disciplina, ni mucho menos una nueva moda, sino que es algo inherente al desarrollo humano en toda su dimensionalidad psíquica, social, cultural y biológica. Desde esta perspectiva la lúdica está ligada a la cotidianidad, en especial, a la búsqueda del sentido de la vida.

Las experiencias lúdicas son una serie de actitudes y de predisposiciones que atraviesan toda la corporalidad humana. Son procesos mentales, biológicos, espirituales que actúan como transversales fundamentales en el desarrollo humano. En síntesis, son cascadas de moléculas de la emoción que producen una serie de afectaciones cuando interactuamos espontáneamente con el otro. La lúdica es una forma de estar en la vida, de relacionarse con ella, en “*espacios*” y “*ambientes*” en los que se produce interacción, entretenimiento, disfrute, goce y felicidad, acompañados de la distensión que generan actividades simbólicas e imaginarias como el juego, la chanza, el sentido del humor, la escritura, el arte, el descanso, la estética, el baile, el amor, el afecto, las ensoñaciones, la palabrería. Inclusive todos aquellos actos cotidianos como “*mirar vitrinas*”, “*pararse en las esquinas*”, “*sentarse en una banca*”, son también lúdicos. Es necesario aclarar al respecto que el elemento en común de estas prácticas culturales, es que, en la mayoría de los casos, actúan sin más recompensa que la gratitud y la felicidad que producen dichos eventos. Es en este sentido cuando la mayoría de los juegos son lúdicos, pero la lúdica no sólo se reduce al juego (Jiménez, 2008).

#### *Historia de la terapia de juego*

A partir de su trabajo con el pequeño Hans, Sigmund Freud llevo a la práctica de la psicoterapia la idea del juego terapéutico (Freud, 1909). Escribió que el juego cumple tres funciones principales: fomentar una autoexpresión más libre (en especial de los instintos considerados tabúes), satisfacción del deseo y dominio de los sucesos traumáticos. Para dominar lo eventos traumáticos por medio del juego, el niño los recrea con un sentido de poder y control de la situación; eso le permite llevar a la conciencia los recuerdos reprimidos y revivirlos mientras libera el afecto de manera apropiada. Este proceso, denominado abreacción, se distingue de la catarsis porque incluye la recreación y el dominio de la

experiencia en si en lugar de la simple liberación del afecto (Freud 1892, como se cita en Erwin, 2001).

Melanie Klein continuo con la idea de usar el juego para la terapia infantil en un marco psicoanalítico. En particular, creía que el juego permite aflorar el material inconsciente, y que el terapeuta podría entonces interpretar los deseos y conflictos reprimidos del niño para ayudarlo a entender sus problemas y necesidades. Klein coincidía con la aproximación gradual a la comprensión y asimilación de las experiencias negativas, así como con la necesidad de revivir y dominar esas experiencias por medio del juego (Klein, 1955, citado por Schaefer, 2011).

Otra psicoanalista que uso el juego de manera psicoterapéutica fue Anna Freud (1946), ella contribuyo a llevar la terapia infantil en particular el análisis infantil a un escenario usado de manera amplia. Creía que el juego es importante porque permite al terapeuta establecer una alianza terapéutica con el niño. De igual modo, la investigación reciente ha sugerido que para que la terapia sea eficaz se necesita una relación terapéutica fuerte (Ortiz, 2012).

A mediados del siglo XX, Virginia Axline dio un enfoque más humanista y centrado en la persona a la terapia infantil y de juego. En particular, Axline (1947) defendió la creencia de que las condiciones necesarias para el cambio terapéutico son la consideración positiva incondicional, la comprensión empática y la autenticidad. También afirmo que los niños pueden expresar sus pensamientos, sentimientos y deseos por medio del juego mejor que con palabras (Ortiz, 2012).

Por su parte, Axline, en 1947, basándose en la Terapia centrada en el Cliente de Rogers, propone la Terapia de Juego Centrada en el Niño. Axline es considerada la madre de la Terapia de Juego y su trabajo es un punto de partida para todos los modelos y tendencias actuales. Su enfoque es eminentemente no directivo, se basa en el respeto y aceptación incondicional del niño y la niña y el reconocimiento de sus recursos para resolver sus problemas. Mientras niños y niñas exploran y expresan sus emociones libremente en un ambiente seguro, el terapeuta los acompaña en el proceso sin dirigir sus acciones y mediante sus comentarios, los ayuda a comprender sus emociones, pensamientos y conductas. Landreth (2002), amplió el trabajo de Axline con numerosos estudios e investigaciones (Fuentes, 2013).

### 2.6.1. DEFINICIÓN DE LA TERAPIA DE JUEGO

La asociación para la Terapia de Juego (Association for Play Therapy) la definió como: *“el uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal en que terapeutas capacitados utilizan los poderes terapéuticos del juego para ayudar a los clientes a prevenir o resolver dificultades psicosociales y alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimos”* (Association for Play therapy, s.f.). lo anterior indica que la terapia de juego es una modalidad terapéutica con bases firmes en modelos teóricos. La definición de terapia de juego también sugiere que los terapeutas se esfuerzan por reconocer, admitir y utilizar los poderes curativos del juego. Esos poderes terapéuticos, conocidos también como mecanismos de cambio, son las fuerzas activas del juego que ayudan a los clientes a superar sus problemas psicosociales y alcanzar un desarrollo positivo (Ortiz, 2012).

### 2.6.2. EL JUEGO

El juego es una de las actividades fundamentales en el desarrollo de los niños. El niño es niño porque juega, su naturaleza lúdica es inherente a su interés de crecer y desarrollarse, empleándola para la autoexpresión, descarga, exploración y el aprendizaje. Mediante la actividad lúdica el infante construye, destruye y reconstruye su realidad, elabora conceptos y significados, socializa, desarrolla habilidades y aprende a descubrir sus limitaciones, inventa y se ajusta a reglas. Normalmente requieren de uso mental o físico, y a menudo ambos. Muchos de los juegos ayudan a desarrollar determinadas habilidades o destrezas y sirven para desempeñar una serie de ejercicios que tienen un rol de tipo educacional, psicológico o de simulación. Como ya señalamos que por intermedio del juego el niño transforma experiencias dolorosas, sufridas pasivamente, en activas y cambia el dolor en placer. Este placer que obtienen los niños mediante el juego, no procede, entonces, sólo de la gratificación por el cumplimiento de sus deseos, sino principalmente, por el dominio de la ansiedad que el juego ayuda a lograr. Sin embargo, esto es así, mientras la ansiedad es latente. Pero cuando se vuelve manifiesta, pone fin al juego. (Marín, 2007).



### 2.6.3. COMPONENTES DEL JUEGO

Dentro del juego están los juguetes los cuales son herramientas esenciales para el buen desarrollo del niño. Juega un papel importante en la formación de los conceptos, aptitudes, expectativas y socialización en los niños. Desde siempre, los niños han tenido la necesidad de una actividad; de moverse, curiosar, de manipular y experimentar objetos, de crear, de relacionarse, e intercambiar acciones, vivencias y sentimientos. (Unicef,2010, Pp. 11-14)

En situaciones como la hospitalización, el juego se convierte en una herramienta terapéutica para el paciente, pues minimiza sus niveles de estrés, disminuye la ansiedad, maneja mejor sus preocupaciones y temores relacionados con la patología y los procedimientos y hace la estancia hospitalaria más agradable. Además, el juego es una variable importante para el personal de psicología o herramienta favorecedora del crecimiento y desarrollo de la estimulación temprana.

Trabajar en un medio hospitalario significa:

- Conocer las necesidades y características de cada etapa evolutiva.
- Conocer las limitaciones que supone la hospitalización dependiendo de la enfermedad (inmovilizaciones, conexiones a bombas, tratamientos con horarios muy seguidos, etc.)
- Conocer la normativa del hospital respecto a bioseguridad, horarios de tratamientos, comidas e higiene.
- Ser asertivo. Ponerse en el lugar del niño enfermo y aprender a interpretar lo que pide. Los niños pasan muchas horas de soledad, y la capacidad de escucha puede ser nuestro mejor aliado. A veces, sólo nos piden ser escuchados.
- Ser paciente y comprensivo. Los niños pueden presentar cambios repentinos de humor por causas que nada tienen que ver con nosotros. También a ellos se les hace difícil comprender estos cambios.
- Tener suficientes habilidades sociales para ser capaces de trabajar tanto con los pacientes como con sus padres, cuando la situación lo demanda.

- Tener recursos lúdicos para saber jugar con niños de distintas edades al mismo tiempo o adaptar un juego a la necesidad concreta de un niño (sillas de ruedas, aislamiento en una habitación, etc.) Un tema importante a tener en cuenta son las condiciones higiénicas que se debe tener con el juguete antes de iniciar con la ludoterapia. Por lo que se debe ser estricto con el proceso de limpieza, desinfección y esterilización de los juguetes para eliminar microorganismos patógenos.

#### 2.6.4. TIPOS DE JUEGO

Los juegos y los juguetes en el medio hospitalario se convierten en herramientas terapéuticas; por esto hay que tener especial cuidado a la hora de escogerlos pues deben cumplir varios criterios (provocar el placer del juego, versatilidad, seguridad, atractivo, adaptación a la edad, etc.). El sistema ESAR (Exercise, Symbolical, Assemblage, Rules, 2011), clasifica los juegos según bajo una perspectiva evolutiva y a partir de los estadios de desarrollo infantil que definió Piaget. Se compone de:

- Juego de ejercicio: consisten básicamente en repetir una y otra vez una acción por el placer de los resultados inmediatos. Repetir acciones como morder, lanzar, chupar, golpear, manipular, balbucear, etc. Para los niños hasta 2 años resulta fundamental para ayudarlos en su desarrollo básico (gateo, caminar) así por ejemplo tenemos los juguetes móviles (carros), juegos sencillos de manipulación, mesas de actividad, caminadores o arrastres. Contribuyen también a la consecución de la relación causa-efecto, a la realización de los primeros razonamientos, a la mejora de ciertas habilidades y al desarrollo del equilibrio. Suelen fomentar la auto superación pues con ellos, cuanto más se practica, mejores resultados se obtienen. Cuando son mayores, todo aquel juego que implica un ejercicio de descarga (golpear, saltar), les permite liberar la tensión que produce la hospitalización.
- Juego simbólico: Juego en el que el jugador aporta nuevos significados a los objetos, a las personas, a las acciones, a los acontecimientos, etc. inspirándose en parecidos más o menos fieles con las cosas representadas.
- El juego de imitación, los ayuda a controlar la situación que les rodea. Este juego produce un efecto catártico que facilita que el niño se libere de la angustia y pierda el miedo. Por esto son aconsejables aquellos juegos y juguetes vinculados con el ejercicio médico (incluso se

puede utilizar material médico) que les permiten realizar aquellas acciones que sufren diariamente, muñecos con forma humana o animal con quien pueden identificarse y expresar sus sentimientos o títeres que los ayudan a elaborar e interiorizar sus vivencias más duras. Y no podemos olvidar la parte más divertida e imaginativa que aporta este tipo de juego. Los disfraces son muy adecuados para desarrollar la parte infantil más creativa (tener en cuenta que hay que adaptarlos para que sean fáciles de poner, ya que los niños pueden estar conectados a máquinas).

- Juego de ensamblaje: son aquellos juegos formados por piezas para encajar, apilar, enfilear, combinar, construir, disponer y montar varios elementos para formar un todo, con el objeto de conseguir un fin.
- El juego de construcción o ensamblaje facilita el desarrollo de la coordinación óculo-manual, la organización espacial (conceptos como delante, detrás, arriba, abajo) y la atención y concentración. La adaptación de estos juegos consistirá sobre todo en la medida de las piezas (pueden tener dificultades si son demasiado pequeñas, tanto respecto a la manipulación como la visión) y la complejidad de la construcción. Los niños se cansan más pronto y baja su tolerancia a la frustración. Es necesario, que el juego sea sencillo pero efectivo, convirtiéndose en una herramienta suficientemente motivadora para aumentar su autoestima.
- Juego de reglas: estos juegos incluyen instrucciones o normas para poder alcanzar su objetivo. Son importantes, sobre todo, por su vertiente socializadora. Se han de escoger juegos cortos, ágiles y estimulantes, dado que los niños se cansan más pronto y que con frecuencia son interrumpidos para darles el tratamiento. Dejar un juego inconcluso genera gran frustración. Respecto a los juegos de habilidades, hemos de tener presente que los espacios son reducidos y compartidos, y que los niños van con pijama y zapatillas y tienen con frecuencia otras limitaciones que no les permiten grandes desplazamientos.
- Los videojuegos son muy indicados para largas permanencias hospitalarias, ya que potencian el razonamiento y la reflexión, desarrollan el pensamiento deductivo, estimulan la creatividad y la imaginación, etc. Pero es necesario controlar los contenidos y el tiempo, también es aconsejable que entre ellos y el video juego este presente un adulto, que pueda colaborar en la supervisión del juego.

### 2.6.5. JUEGUETES

Los pacientes pueden escoger entre:

- Caja de estimulación que contiene una serie de materiales lúdicos para la estimulación: bloques para armar, rompecabezas, cuentas, juegos de encaje, muñecos, animales etc.
- Caja de recreación que contiene artículos deportivos como pelotas, sogas, pizarras, entre otros.
- Caja terapéutica que contiene muñecos, títeres, juguetes de madera, cuentos en torno a tratar temas médicos.
- Juegos tradicionales que fomentan la cooperación (juegos de mesa).
- Materiales de escritorio, como crayones, marcadores, plastilina, pinturas, cartulinas, cintas, tijeras, que fomente la creatividad de los niños.

### 2.7.LA TERAPIA DEL JUEGO EN AMBIENTES HOSPITALARIOS

El juego es la actividad que estimula la humanidad en el niño. Es a través de éste que aprende a sociabilizar, a conocer el derecho, la justicia, la legalidad, la legitimidad y una serie de valores éticos inherentes a la cultura. Para algunos autores el juego es una función natural del “yo” mediante la cual se sincronizan procesos corporales y sociales del ser humano y cuyos resultados se pueden evaluar a través de la observación. El juego ha sido objeto de reflexión de diversas teorías filosóficas, antropológicas y psicológicas. La teoría de la relajación es una de ellas y se fundamenta en Lazarus quien, en el siglo XVII, separó al juego de actividades como el trabajo y la guerra. Para este pensador germano el juego abre un espacio diferente en el que tiene lugar la distensión del cuerpo y de la mente. Otra teoría de la relajación, basada en la investigación de la infancia, señala que el juego es un ejercicio de reflexión que revisa la historia del hombre. La teoría de la práctica o del pre-ejercicio deslinda al juego de lo instintivo y lo diferencia del juego de los animales. Esta teoría afirma que su función principal es ejercitar lúdicamente las aptitudes necesarias para enfrentar con éxito las circunstancias de la vida adulta.

Estas teorías, entre otras, confirman la función constructiva del juego en la infancia e, indirectamente, establecen una relación entre el juego y la salud que tiende a relegar a la enfermedad. La deducción práctica es: “*niño es quien juega*”; por lo tanto, se puede inferir que “*niño que no juega no es cabalmente un niño*” sino que es un enfermo. De este modo se establecen las relaciones entre el juego, la salud y la enfermedad, así como la forma de tratar cada una de dichas relaciones las de aquellos que juegan y las de aquellos que no lo hacen (Hernández, 2004).

### 2.7.1. IMPORTANCIA DE LA TERAPIA DE JUEGO

Los poderes terapéuticos del juego pueden clasificarse en ocho categorías generales: comunicación, regulación emocional, mejora de la relación juicio moral, manejo del estrés, fortalecimiento del yo, preparación para la vida y autorrealización.

Sin importar la edad, el juego tiene muchos beneficios en la vida. Es divertido, educativo, creativo, alivia el estrés y fomenta las interacciones y la comunicación social positiva. Cuando los niños juegan, aprenden a tolerar la frustración, a regular sus emociones y a destacar en una tarea que es innata. Pueden practicar nuevas habilidades de una forma que tiene sentido para ellos, sin los límites estructurados del “*mundo real*” o a necesidad de usar un lenguaje verbal. No existen errores demasiado grandes que no puedan resolverse ni desafíos muy difíciles que no puedan enfrentarse mediante el juego. Esta actividad da a los niños la oportunidad de dominar su mundo a medida que crean, desarrollan y mantienen su sentido de sí mismos. Utilizan el juego para comunicarse cuando no tienen las palabras para expresar sus necesidades y esperar que los adultos entiendan el lenguaje, el juego es el lenguaje del niño y sus juguetes son las palabras (Ortiz, 2012).

### 2.7.2. FUNCIONES DE LA TERAPIA DEL JUEGO

Con base en el efecto inherente que genera el juego en el momento en que se realiza, y basado en su poder curativo, es posible aceptar que tiene una función valiosa en el medio hospitalario. Son valiosos los efectos psicológicos que tiene el juego: reduce la angustia del

niño durante los tratamientos médicos que recibe; disminuye las situaciones emocionalmente penosas; propicia la normalización de los signos vitales en los niños que juegan, antes y después de los tratamientos médicos como los que se emplean en niños con cáncer.

Además de lo anterior, el juego permite que los niños cumplan con sus tratamientos y, al mismo tiempo, puede ser la causa de la transformación del hospital en escenario de juego. Al jugar el niño comprende que su estancia allí, lúdicamente, incluye sus códigos mentales y transforma su estado de enfermedad a través de relaciones sociales positivas con otros niños y con el personal médico y de enfermería.

Teniendo en cuenta los efectos benéficos del juego, es indispensable que los hospitales pediátricos cuenten con espacios lúdicos; asimismo, recordar que la finalidad, los recursos y los tratamientos médicos deben ser profundamente humanos. Sólo así se liberan quienes son enfermos. Sólo jugando a vivir, aprendiendo a jugar como debe hacerlo un niño hospitalizado se estará dándole un trato íntegro y genuinamente humano. (Hernández, Arenas, 2004).

### 2.7.3. BENEFICIOS DE LA TERAPIA DEL JUEGO

Por definición, una institución hospitalaria atiende a individuos que no gozan de una vida normal porque padecen una enfermedad. Son éstos quienes justifican la existencia de los hospitales y sus objetivos. Sin embargo, de modo velado, los procedimientos institucionales terapéuticos del hospital se realizan identificando la humanidad del paciente con su enfermedad, a pesar de ser tratada de modo altamente especializado. Así mismo, el trato “*uno a uno*” entre médicos y pacientes no es posible o se dificulta dentro de la institución. En el hospital existen dos poblaciones bien definidas: la del personal de salud; es decir, el personal médico que asume que es el que representa y el que “*otorga*” la salud y la población de los enfermos. Al parecer, existe una especie de frontera entre ambas poblaciones que no debe ser cruzada en ninguno de los dos sentidos. Justamente en dicho límite, el ejercicio de la medicina enfrenta un gran conflicto ético ante el planteamiento del paciente hospitalizado a quien van dirigidos los procedimientos terapéuticos: ¿es un niño que juega o es un enfermo?, ¿de qué modo expresa su hospitalidad un hospital pediátrico?, ¿de qué manera o cómo es

más profunda la vivencia de la "enfermedad" de quienes llegan al hospital enfermos de estar enfermos? (Hernández, 2014).

Gran parte de la fortaleza de un hospital pediátrico es su población y por ello debe contar con un espacio destinado específicamente al juego: una ludoteca en la que se les apoye y se les comprenda. Con las ludotecas el hospital pediátrico completa plenamente su justificación, tarea, funciones y compromiso con la infancia. El juego es una actividad que, compartida entre el adulto y el niño, es una de las facetas del amor. Los niños que juegan se adaptan al juego y aceptan sus reglas, sus normas; es decir, sus leyes. Cuando estas últimas no se acatan y se violan el lugar del juego puede ser ocupado por tendencias conflictivas como la guerra (Hernández, 2004).

Los niños que participan en el juego renuncian temporalmente a su identidad personal, a su calidad histórica y a su propiedad privada. Durante esta actividad el niño se transforma en una parte del juego y pierde temporalmente su nombre y acepta el que se le imponga. El juego transforma, crea realidades muy distintas en quienes juegan; impide distinguir entre ficción y realidad, incluidas ambas en el mismo juego. El tiempo del juego es absoluto. Por ello se puede afirmar que éste sana en la medida en que transforma la realidad para volverla algo distinto, posible, factible por mecanismos de identificación, de comprensión y de elevación.

El juego permite al niño conocer el medio y aprender a desarrollarse en él. Es una necesidad vital, inherente al ser humano, una herramienta de crecimiento y desarrollo. La hospitalización niega esta necesidad, ya sea por la falta de espacios de juego y material lúdico adecuado o debido a la propia enfermedad que limita física y psíquicamente. Aparece así el aburrimiento, que se convierte en uno de los enemigos más peligrosos para estos niños. Según Penón, 2004, p. 6, El juego permite a los niños:

- Vivir la situación desde una vertiente más normalizada (jugar con los padres y los amigos, con los hermanos, etc.).
- Expresar sus sentimientos y emociones, liberando miedos y angustias mientras juega.
- Adaptarse mejor a las distintas situaciones hospitalarias (compañeros, tratamientos, adultos diferentes).

- Compartir las mismas situaciones con otros niños que están viviendo las mismas situaciones de hospitalización.
- Cultivar empatía y respeto por los pensamientos y sentimientos de los demás.
- Desarrollar el respeto y la aceptación de sí mismo y de los otros.
- Relajarse y liberarse del estrés que supone el ingreso y continuidad en el hospital.
- Aprender a experimentar y expresar emociones.
- Canalizar el estrés y la rabia.
- Ser autónomo. Tomar las propias decisiones en las acciones de juego que lleva a cabo.
- Volverse más responsable por su comportamiento y desarrollar estrategias más exitosas.
- Desarrollar soluciones nuevas y creativas para sus problemas.
- Aprender nuevas habilidades sociales y relacionales con la familia.
- Desarrollar sus propias habilidades y por lo tanto una mayor seguridad con relación a ellas.

#### 2.7.4. ACTIVIDADES LÚDICAS

Se deben utilizar diferentes tipos de preparación según los distintos niveles de ansiedad que presenten los pacientes. Niños que muestren una baja defensa a la hospitalización, juegan con juguetes relacionados con la experiencia hospitalaria y por lo tanto muestran poco estrés y ansiedad. Niños que manifiestan una alta defensa anterior a la cirugía, son los que evitan jugar con aquellos objetos relacionados con la experiencia hospitalaria y manifiestan más ansiedad después de la cirugía. A medida que se van conociendo mejor las necesidades del niño hospitalizado y se toma conciencia de la importancia de los padres en el cuidado infantil, se pueden desarrollar esfuerzos que tengan como objetivo principal el crear un ambiente pediátrico en el cual los pacientes se sientan libres para explorar, investigar, experimentar, elegir actividades y expresarse. Se realizan trabajos con los niños oncológicos llevando a la cama hospitalaria diversos juegos didácticos para que los niños puedan entretenerse y pasar tiempo recreándose mientras se someten al tratamiento oncológico. Se ha visto las necesidades de los mismos, por lo que se trata que utilicen su creatividad mientras desarrollan actividades lúdicas. (Hetzer, 1978, Pp.72-94).



***Los juegos didácticos comprenden:*** los tipos de juegos y juguetes que podemos emplear en el ámbito hospitalario son muchos y muy variados, sin olvidar:

1. Que el niño es, ante todo, un niño, no un “*enfermo*” la persona siempre trasciende a la enfermedad.
2. Que el juego ante todo ha de producir placer. Aunque sea una buena herramienta terapéutica es primordial que el niño se divierta y que sean juguetes adecuados a sus intereses y a su edad.
3. Que por su situación de ingreso viven unas circunstancias especiales a tener en cuenta a la hora de escoger un juego: se pueden ver interrumpidos frecuentemente por la toma de la medicación o para hacer alguna prueba, pueden llevar “*palomitas*” o estar conectados a alguna máquina, pueden sufrir algún tipo de aislamiento médico por estados de inmunodepresión, etc.

***Así, en un hospital no pueden faltar:***

Juegos psicomotores, desde juegos sencillos de manipulación, mesas de actividad, caminadores o arrastres hasta juegos que les permita liberar la tensión que produce la hospitalización (saltar, golpear, etc.).

Juguetes que faciliten el juego simbólico, vinculados especialmente con el ejercicio médico, con el entorno hospitalario que es lo que les toca más de cerca: muñecos de forma humana o animal, títeres, disfraces, todo aquello que pueda ayudar a entender y controlar la situación que les rodea y reduzca la angustia.

Juegos de construcción, priorizándose juegos sencillos y motivadores y evitando juegos complejos que debido al cansancio les resulten frustrantes. Debemos, asimismo, poner atención al tamaño de las piezas y tener en cuenta si podemos jugar o no en una superficie irregular como es la cama.

Juegos de reglas, especialmente indicados por su vertiente socializadora tanto con la familia que acompaña al niño como con el resto de niños y familias que viven la misma situación. Son recomendables los juegos cortos, ágiles y estimulantes (Penón 2010).

Costa (2000, citado por Penón Pp.10) dice que no todos los juegos son válidos en el hospital: Deben favorecer los sentimientos de competencia, y deben obtenerse de ellos resultados gratificantes.

- Deben ser divertidos, pero también procurarán estimular la relajación, la concentración y la creatividad.
- No deben ser muy ruidosos, ya que pueden molestar a otros pacientes.
- Se podrán utilizar en la cama y no requerirán desplazamientos o movimientos globales, excepto en las salas de rehabilitación en las que pueden resultar de gran utilidad.
- Deberán poder utilizarse con una sola mano, debido a la inmovilización parcial que producen los goteros.
- No requerirán de la participación de muchos jugadores.
- Su peso no ha de ser excesivo, ni su tamaño demasiado grande y se evitará que produzcan manchas o derramen líquidos, para poder utilizarlos en la cama sin problemas.
- Deben estar fabricados, preferiblemente, con plástico por razones de higiene, y no deben llevar adheridas pegatinas.
- Se deben evitar los muñecos con relleno o los peluches por motivos igualmente higiénicos.
- Es conveniente cuidar el envasado del juguete que deberá ser resistente, con capacidad suficiente para albergar todos sus elementos, adecuado a los procesos de higiene, e igualmente estar fabricado en plástico.

#### 2.7.5. AMBIENTES DESTINADOS PARA EL JUEGO

Es importante que los hospitales pediátricos cuenten con áreas destinadas al juego, la dispersión o entretenimiento de los pacientes hospitalizados. En el caso de la presente investigación la sala de Oncohematología del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, cuenta con dos espacios dedicados exclusivamente al juego y distracción del paciente. El bloque de la Unidad de Oncohematología cuenta con cuatro niveles, de los cuales el primer nivel está destinado a la atención ambulatoria y de consulta externa, es en esta área donde se encuentra una sala de juegos que cuenta con juguetes que son donados por algunas instituciones, los cuales apoyan de alguna forma a hacer la espera en la atención en consultorio y la aplicación de quimioterapia ambulatoria más llevadera y agradable.

En el segundo nivel del bloque de Oncohematología, encontramos los quirófanos donde se realizan las intervenciones a los pacientes, la quimioterapia intratecal que se realiza bajo sedación, las punciones lumbares y aspirado de médula ósea.

En el tercer nivel encontramos la sala de internación con capacidad para quince pacientes, es en este nivel que encontramos la sala de juegos de una superficie no mayor a los dos metros por cuatro, que se encuentra equipado con sillas y mesas adecuadas para niños pequeños, casilleros y juguetes que provienen de donaciones, en su mayoría peluches, muñecos, piezas de encaje, rompecabezas de madera, pelotas, etc.

En el cuarto nivel del bloque de Oncohematología se encuentra la sala de aislados, con capacidad para quince pacientes, una sala de restricción para pacientes neutropénicos que necesitan de cuidados excesivos y deben estar separados de los demás por encontrarse en situación de vulnerabilidad frente a cualquier medio de contagio o infección.

## 2.8. PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN LA LUDOTERAPIA

Las familias juegan un papel importante en los procesos de curación de los niños. La interacción entre los problemas de los niños y sus familias siempre es compleja. Algunas veces los niños desarrollan problemas como una forma de indicar que algo anda mal dentro de la familia. Otras veces la familia entera es afectada debido a lo disruptivo de los problemas del niño. En todos los casos, niños y familia se curan más rápido cuando trabajan juntos. El terapeuta lúdico tomará algunas decisiones sobre cómo y cuándo incorporar a alguno o a todos los miembros de la familia. Es importante comunicarse regularmente con quien cuida del niño para desarrollar un plan para resolver los problemas a medida que éstos vayan siendo identificados, como así también para monitorear el progreso del tratamiento. Otras opciones pueden incluir la participación de los padres o tutores, directamente en el tratamiento, lo que es llamado de terapia lúdica filial, y la familia entera, en una terapia lúdica familiar. Cualquiera sea el grado de participación que los miembros de la familia elijan, ésta es una parte esencial en la recuperación del niño.

## 2.9. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO PARA PADRES

Cuando se diagnostica una enfermedad oncológica infantil, la situación es compleja. Los padres, hermanos y demás familiares implicados se enfrentan a un amplio espectro de emociones, como ira, miedo, soledad, depresión o ansiedad; por ello, su diagnóstico está asociado con considerables grados de malestar en la familia. Deben asumir nuevas responsabilidades, como enfrentarse al diagnóstico, la administración del tratamiento y a la explicación de la enfermedad al niño.

Los progenitores no siempre responden del mismo modo ante la amenaza de la integridad del niño. Sus respuestas están determinadas por distintos factores, como rasgos de personalidad, actitudes, valores, creencias y redes de apoyo social. Así como la estructura familiar, estilos de afrontamiento, experiencias previas, relación con el paciente y demás miembros de la familia. Sin olvidar la historia previa de pérdidas, recursos socioeconómicos, nivel educativo, factores sociodemográficos y la condición de minoría étnica. Dichos factores mediatizan las reacciones emocionales referidas al dolor, culpa, negación, duelo anticipado, temor, soledad y esperanza. Todo ello puede llegar a afectar la salud física y el bienestar psicológico de la pareja y de más familiares (Rodríguez et al., 2012).

Hay que tener en cuenta, como ya se ha señalado, que los niños que viven en un ambiente familiar positivo con alta expresividad de emociones, cohesión y bajo conflicto tienen mayor probabilidad de adaptarse adecuadamente a la situación de enfermedad. Se ha observado que la cohesión y las expresiones de afectividad pueden asegurar el ajuste en cada miembro de la familia y, por consiguiente, neutralizar el estrés. No obstante, en los niños que viven en condiciones hostiles, con baja cohesión familiar y altos niveles de conflicto, el malestar puede exacerbar los problemas en la familia y dificultar que el niño se ajuste (Robinson et al., 2007).

Los padres también pueden ser vulnerables a desarrollar problemas psicosociales y/o manifestaciones de orden psiquiátrico. No obstante, se ha mostrado que la mayoría de ellos desarrollan adaptación al diagnóstico y se convierten en el principal apoyo social para su hijo enfermo. Los padres desempeñan un rol difícil, al enfrentar los cuidados de

la enfermedad, la aceptación del tratamiento en el niño y el intento de mantener, en lo posible, la normalidad en el hogar. Por ello el ajuste adecuado en los padres es imprescindible para el bienestar del niño (Robinson et al., 2007).

Las estrategias de afrontamiento son las herramientas que dispone el paciente y la familia para manejar la enfermedad y los efectos colaterales de la internación y el tratamiento quimioterápico al que es sometido el paciente oncológico (Espada y col. 2012).

- Resolución de problemas con entereza y adecuación a la acción y calma en diferentes momentos de la enfermedad: diagnóstico, tratamientos, cuidados, secuelas, recidivas, muerte, etc.
- Regulación afectiva: los padres intentan controlar su miedo y emociones negativas manteniendo y aparentando normalidad ante las situaciones estresantes.
- Búsqueda de información: los padres buscan y quieren información sobre todos los aspectos de la enfermedad. Los médicos son la principal fuente de información de los padres.
- Búsqueda de apoyo social: los padres buscan apoyo instrumental y consejo fundamentalmente en los médicos y suelen seguir sus consejos. También buscan apoyo emocional y consuelo en los amigos, familia y apoyo espiritual.
- Reevaluación o reestructuración cognitiva: los padres intentan un enfoque más positivo a la enfermedad del hijo, desarrollando pensamientos positivos y reestructurando sus propios valores.
- Distracción: los padres y los niños realizan actividades alternativas agradables para disminuir la ansiedad (*payasos en el hospital, logoterapia, terapia ocupacional, compartir con los amigos...*) (Navar 2010).

## 2.10. INVESTIGACIONES SOBRE LUDOTERAPIA EN PACIENTES CON CÁNCER

Para conocer la realidad sobre las investigaciones que hicieron uso de la ludoterapia en ambientes hospitalarios, se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura publicada sobre el juego aplicado en pacientes oncológico pediátricos, encontrándose varios artículos y propuestas para tesis de grado, las que utilizan el juego como instrumento de intervención

y de apoyo para implementar en muchos de los casos programas o modelos de intervención, según la situación y el diagnóstico institucional lo requiera. Entre las investigaciones revisadas encontramos las siguientes:

- *Sala 404. El juego educativo en niños preescolares con leucemia hospitalizados, Revista Científica UNIBE, 2014.* Este artículo menciona claramente que la leucemia obliga a largos periodos de hospitalización que interrumpen su escolarización, de ahí que se han previsto dispositivos educativos alternativos. Las actividades educativas que se desarrollan en el contexto hospitalario pueden ser un elemento significativo en el proceso de hospitalización infantil. Este trabajo de investigación describe la experiencia educativa desarrollada en el hospital de Niños “Baca Ortiz” de Quito Ecuador, donde la muestra utilizada son nueve niños en edad preescolar, los que participaron en un programa de actividades lúdicas durante su estancia hospitalaria, con objetivos terapéuticos y educativos.

La metodología utilizada menciona que la población estudiada fueron niños en tratamiento de oncología pediátrica con un periodo de internación mayor a los cuatro días, la muestra tomada es de nueve niños con edad entre uno a cinco años, que han experimentado por primera vez una situación de aprendizaje.

Entre los resultados obtenidos de esta investigación mencionan que la mejora de la salud psicológica y la recuperación física se obtiene en forma más rápida y los niños resultan más colaboradores luego de la aplicación de los programas lúdicos, se observa que las familias se sienten satisfechas al sentirse consolados al saber que las necesidades emocionales de sus hijos han sido satisfechas.

- *La ludoterapia como estrategia psicoterapéutica para disminuir las manifestaciones de ansiedad en niños y niñas de 6 a 11 años hospitalizados en el servicio de oncohematología, Santos Karina, Quito 2015.* En el presente proyecto, se ha decidido estudiar “La ludoterapia como estrategia psicoterapéutica para disminuir las manifestaciones de ansiedad en niños y niñas de 6 a 11 años hospitalizados en el servicio de oncohematología”. La muestra seleccionada es de veinte y un niños y niñas que encajan dentro de la tipología a estudiar, que se encuentran hospitalizados

en la unidad de oncohematología del Hospital pediátrico Baca Ortiz. Contiene un marco teórico donde se encuentran desarrollados de manera amplia los siguientes temas: el cáncer infantil, la ansiedad, la ludoterapia en centros hospitalarios y el Programa de Técnicas Lúdicas de los Centros Infantiles del Municipio de Quito Adaptado. En cuanto a la metodología fue recogida con el instrumento CMAS-R, una vez recogida la información fue procesada y se encuentra expresada de manera amplia y detallada en los acápites de análisis de discusión de los resultados. La ludoterapia es un recurso eficaz para el tratamiento psicológico en los niños y niñas que se encuentran hospitalizados bajo tratamiento oncológico. En el análisis pre y post del diagnóstico de la presencia de ansiedad aplicando el test CMAS-R se observa que en principio la totalidad de los niños y niñas hospitalizados por tratamiento oncológico presentan ansiedad total grave. Subsecuente a la aplicación de la ludoterapia, se obtienen valores significativos de disminución de los niveles de ansiedad, es decir se logró mejoramiento en distintos grados respecto del estado inicial en la mayoría de los participantes, confirmando que la aplicación de las Técnicas lúdicas a través del programa de los Centros Infantiles del Municipio de Quito permitieron un eficaz control y disminución de las manifestaciones de ansiedad en los niños y niñas hospitalizados en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz.

- *El juego como un recurso psicológico para construir estrategias de afrontamiento en niños con cáncer, Rocha María, Bogotá, 2017.* El objetivo general planteado es comprender cuál es el papel que cumple el juego en la construcción de estrategias de afrontamiento frente a la hospitalización pediátrica oncológica. Los tres ejes principales de esta investigación son el afrontamiento, los recursos psicológicos y el juego. En cuanto a la metodología, esta investigación corresponde a un estudio descriptivo de corte cualitativo, el trabajo fue realizado en una fundación tipo albergue ubicado en la ciudad de Bogotá, donde llegan niños de escasos recursos que provienen de otros lugares de Colombia y que por diversos motivos deben ir a Bogotá para realizarse el tratamiento correspondiente a su enfermedad. En total se trabajó con tres participantes, a quienes se les modifico el nombre para mantener el anonimato y asegurar la confidencialidad.

- *Manejo del dolor a través del juego, Martin del Cañizo, Salamanca, 2015.* Para conocer la realidad actual sobre el uso de estas terapias, se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura publicada sobre el tema “Manejo del dolor a través del juego” durante los últimos 10 años, siguiendo el formato PICO, se utilizaron las siguientes palabras claves: niños, oncología pediátrica, control, dolor, terapia de juego y su conversión en DECs y MESH. La lectura crítica de los artículos encontrados se realizó con la plantilla CASPe para revisiones sistemáticas y AGREE para guías clínicas. La investigación demuestra que este tipo de terapias parece ser muy beneficiosas, principalmente para disminuir experiencias de dolor, ansiedad y depresión en oncología pediátrica, pero por el momento no hay muchos estudios científicos que confirmen su eficacia. Se concluye que sería conveniente llevar a cabo más estudios sobre estas terapias y protocolos de intervención estructurados para esta población.

En este punto es importante mencionar que, de la revisión realizada a las investigaciones afines a la presente investigación, se pudo observar que todas contribuyen de alguna manera con sus investigaciones a comprender mejor la situación física, emocional y comportamental que atraviesan los pacientes oncológico pediátricos que reciben tratamiento para el cáncer de los diferentes hospitales donde se realizaron las intervenciones, sin embargo un aporte que se puede rescatar como el más próximo a la realidad psicosocial de nuestro medio y principalmente por que utiliza un instrumento de medición que cuentan con validez y confiabilidad reconocidos, el CMAR-R que al igual que el instrumento de medición utilizado en esta investigación, La Escala de Ansiedad Infantil de SPENCE (SCAS), son los instrumentos más usados para la medición de la ansiedad infantil, debido a que realizan la medición de los trastornos de ansiedad más frecuentes en los niños y adolescentes según el DSM-V, es la investigación titulada: La ludoterapia como estrategia psicoterapéutica para disminuir las manifestaciones de ansiedad en niños y niñas de 6 a 11 años hospitalizados en el servicio de oncohematología, de Karina Santos, realizado en Quito 2017. realizando un aporte teórico importante en la presente investigación desarrollada en la sala de Oncohematología del Hospital del Niño Ovidio Aliaga Uría.



### Capítulo III.

## MARCO METODOLÓGICO

### I. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

La presente investigación asume un estudio correlacional en pacientes oncológicos pediátricos internos de la unidad de Oncohematología del Hospital del Niño y la implementación de un programa de apoyo ludoterapéutico orientado a disminuir los síntomas de estrés hospitalario que causa la enfermedad oncológica y su tratamiento. Los factores que intervienen en esta investigación son la enfermedad oncológica pediátrica, los trastornos psicológicos a causa de la enfermedad en este caso la ansiedad y estrés hospitalario y el impacto en el paciente oncológico pediátrico.

Los estudios correlacionales, tienen como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto particular. En ocasiones solo se analiza la relación entre dos variables, pero con frecuencia se ubican en el estudio vínculos entre tres, cuatro o más variables. Para evaluar el grado de asociación entre dos o más variables, en los estudios correlacionales primero se mide cada una de éstas y después se cuantifican, analizan y establecen las vinculaciones. (Hernández S., 2014).

### DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación asume un diseño de tipo cuasi experimental, más propiamente, se utilizó el diseño reversible AB múltiple (ABAB), que es otra extensión del diseño básico AB, cuya ventaja principal es la posibilidad de efectuar demostraciones repartidas de la variable de tratamiento (variable independiente), y cuyo principal propósito es demostrar que se logra alcanzar un alto grado de control sobre la conducta de un determinado organismo (Campbell y Stanley, 2002).

### II. VARIABLES.

Para hacer un reconocimiento de las variables que intervienen en esta investigación: pacientes pediátricos, enfermedad oncológica, las manifestaciones de ansiedad, el impacto de la enfermedad en el paciente oncológico pediátrico (variables dependientes) y el programa

de intervención ludo terapéutica para disminuir los niveles de ansiedad basadas en técnicas lúdicas (variable independiente), y la reacción de estas de acuerdo al control de variables propuestas en el diseño a ser implementado, que serán analizadas luego de dos mediciones: una previa a la aplicación del programa ludo terapéutico (pretest) y otra posterior correspondiente a los resultados obtenidos (pos test), realizando un minucioso registro de técnicas de observación, entrevistas, aplicación de pruebas psicométricas, dinámicas grupales, y por último análisis de resultados antes de después de la aplicación del programa.

### III. POBLACIÓN Y MUESTRA

La presente investigación está centrada en la Unidad de Onco-hematología del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, que brinda atención a los pacientes pediátricos siendo un hospital pediátrico de tercer nivel de referencia nacional en atención de patologías clínico quirúrgicas complejas para la población menor a quince años, con personal capacitado y programas de docencia e investigación permanente. Pretende ser el 2020 un hospital acreditado con enfoque de red líder en la resolución de patologías complejas pediátricas en Bolivia, con equidad y respeto a la interculturalidad. pacientes de 0 a 14 años y 11 meses de edad. Específicamente la población a ser estudiada, son los pacientes internos del bloque de Oncohematología del Hospital del Niño, comprendidos entre las edades de seis a diez años de edad.

La muestra a ser estudiada son quince pacientes que generalmente se encuentran internos en la sala, de una población de sesenta sujetos aproximadamente que se encuentran en tratamiento quimioterápico.

La muestra utilizada es de tipo no probabilística, debido a las características de la población de la sala de Oncohematología del Hospital del Niño, que cuenta con una población fija, por lo tanto, el muestreo es no es aleatorio.

#### IV. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

- Técnicas de observación, donde se realiza una observación intencionada previamente estructurada para el comportamiento de la persona o de los eventos presentes. Grados de sistematización de la observación:
  - 1) No sistematizada o no controlada, aquí no se intenta utilizar instrumentos de precisión, ni tampoco se quiere comprobar la exactitud de los fenómenos observados. Es no estructurada, estos fenómenos y se suele utilizar cuando conocemos poco del hecho a observar o en situaciones poco conocidas.
  - 2) Sistematizada o controlada: esta es una de las más utilizadas en psicología. Tiene como propósito descubrir y precisar de forma exacta aquellos elementos de conducta que poseen algún valor predictivo.
  - 3) Observación muy sistemática: consiste en que las variables que se desean observar están basadas en una teoría explicativa. Por lo que no se debe registrar nada que no esté dentro de la categoría ya preestablecida.
- Entrevista clínica, la entrevista es un instrumento para obtener información relacionada con algún objetivo general o específico, desde una perspectiva teórica o práctica y desde un ámbito de acción y disciplina que produce por sí mismo un tipo de información y comunicación. Es una técnica de evaluación que utiliza la comunicación verbal, escrita y gestual para obtener información, analizarla e interpretarla con fines de asesoramiento diagnóstico e intervención terapéutica. En la entrevista se establece una relación directa con el paciente.
- Técnicas de desensibilización sistemática, la desensibilización sistemática es una técnica usada para reducir las respuestas de ansiedad, por lo que resulta de gran utilidad como terapia para las fobias. Esta técnica tiene en cuenta que lo mismo que hay estímulos que desencadenan de forma automática respuestas de ansiedad, se pueden aprender también de forma automática repuestas incompatibles con la ansiedad. La respuesta incompatible que intenta enseñarse es la relajación.

## INSTRUMENTOS

Varios instrumentos en español, válidos y confiables, miden la ansiedad en general para este grupo de edad. Son, en algunos casos, traducciones y adaptaciones para población hispanohablante de escalas construidas originalmente en inglés. Por ejemplo, la Escala Multidimensional de Ansiedad para Niños, MASC, (March, Parker, Sullivan, Stallings, & Conners, 1997), validada por García-Villamizar y Yenes (2002), mide síntomas físicos, evitación, ansiedad social y ansiedad de separación, y la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños-Revisada. RCMAS (Reynolds & Richmond, 1997) validada por Sosa, Capafons y López (1990), mide preocupación/sensibilidad en exceso, preocupaciones sociales y concentración. Otras escalas se han dirigido a aspectos específicos de la ansiedad, como la ansiedad social (Escala de Ansiedad Social para Niños-Revisada, SASC-R; Sandín et al., 1999), la sensibilidad a la ansiedad (Índice de Sensibilidad a la Ansiedad para Niños; Sandín et al., 2002), así como indicadores fisiológicos en respuesta a la ansiedad (Escala Magallanes de Ansiedad; García-Pérez & Magaz-Lago, 1995), ansiedad estado-rasgo (Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños, STAIC; Spielberger, 1973), este último validado por Castrillón y Borrero (2005), entre otros. Sin embargo, de acuerdo con la revisión realizada, se encontró un instrumento que mide en niños españoles los trastornos de ansiedad más comunes de acuerdo con el DSM-IVTR: la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS) (Spence, 1997) validada por Hernández, 2010, SCAS (Servera, Balle, Tortella & García, 2005).

- *Escala de ansiedad infantil de Spence (SCAS)*, esta escala ha mostrado poseer validez factorial para evaluar los seis tipos de ansiedad más frecuentes en niños y adolescentes. La SCAS mide los trastornos de ansiedad en la niñez y en la adolescencia y ha generado mucha investigación. Esta escala ofrece ventajas sobre las demás como, sensibilidad a los cambios ejercidos por el tratamiento, capacidad para discriminar entre muestras clínicas y de población general, aplicación transcultural y, muy especialmente, apego a la clasificación diagnóstica de los trastornos de ansiedad más comunes del DSM-IV-TR (APA, 2002).

Construida por Spence (1997) en Australia, la SCAS es un instrumento de autoinforme al que responden los niños, el cual consta de 44 ítems. Se desarrolló con

la intención de investigar una gama amplia de síntomas de ansiedad en niños de población general. Los estudios realizados por su autora han corroborado la coincidencia de su estructura factorial con la clasificación propuesta originalmente por el DSM-IV (APA, 1994) de 7 trastornos de ansiedad. Seis ítems miden ansiedad de separación, 6 trastorno obsesivo-compulsivo, 6 pánico, 3 agorafobia, 6 fobia social, 6 ansiedad generalizada, y 5 miedo al daño físico. Contiene, además, 6 ítems de relleno que no se califican, ya que tiene el objeto de disminuir el impacto del sesgo negativo que produzca el listado de problemas. Se califica en una escala de 4 opciones que fluctúan entre 0 para nunca y 3 para siempre (Hernández et al., 2010).

Mediante análisis factorial confirmatorio, Spence (1997) ha demostrado que, en efecto, los síntomas de ansiedad que presentan los niños se agrupan de manera coherente en 6 escalas que se corresponden con la clasificación del DSM-IV (APA, 1994) de 7 de los trastornos más comunes en la niñez, pues pánico y agorafobia caen en un solo factor. Además, los trastornos de ansiedad infantil cargan, de manera importante, en un factor de orden superior de ansiedad en general. La réplica de estos resultados, en una segunda cohorte y en un segundo estudio (Spence, 1998), ha confirmado esta estructura factorial. Asimismo, ha sido posible explicar la intercorrelación entre los factores latentes que representan a los trastornos de ansiedad, mediante un factor de orden superior de ansiedad general, que es congruente con la concepción de la ansiedad propuesta por el DSM-IV-TR (APA, 2002).

Debido a que proporciona información sobre los síntomas descritos para los trastornos de ansiedad, la SCAS es útil también en la clínica. La SCAS, al centrarse en los síntomas específicos de los trastornos descritos por el DSM-IV (APA, 1994) para la ansiedad, Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto y Francis (2000) han concluido que podría llegar a convertirse en el estándar de oro para la identificación de niños con estos problemas.

- Ludoterapia, es una técnica de tratamiento que utiliza el juego como medio de expresión y comunicación entre paciente y terapeuta, para ayudar al niño a comprender mejor su propio comportamiento y para resolver sus problemas de

adaptación. El juego es de gran importancia en la vida de los niños, pues representa su principal ocupación, (Moro et. Al, 2010).

- Dinámicas grupales, son un conjunto de conocimientos teóricos y de herramientas en forma de técnicas grupales que permiten conocer al grupo, la forma de manejarlo y de afianzar las relaciones internas y aumentar la satisfacción de los que componen el grupo. También puede definirse como las actitudes y sentimientos que presentan los componentes de un grupo ante la presentación de un problema o actividad al que deben dar solución. (Sepúlveda, 2012).
- Cuestionario de Modos de Afrontamiento del Stress COPE, Carver et. col, el cuestionario pretende conocer como las personas reaccionan o responden cuando enfrentan situaciones difíciles o estresantes. El afrontamiento es un mecanismo ante todo de orden psicológico que influye en las respuestas del sistema nervioso y del sistema endocrino. Puede perfeccionarse con el aprendizaje. (Carver y col. 2006.)

#### VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

- Escala de ansiedad infantil Spence, aquí se presentan las características psicométricas del modelo original de 38 ítems. La consistencia interna, Alfa de Cronbach, de la SCAS fue de .88; de .81 para el factor Ataque de Pánico/Agorafobia; de .74 para ansiedad de separación; para el factor de Fobia Social, fue de .71; en el factor Miedo al Daño Físico, de .75; para el factor Trastorno Obsesivo-Compulsivo, fue de .77, y finalmente, el factor Ansiedad Generalizada, tuvo una confiabilidad de .72.
- Cuestionario de modos de afrontamiento del stress COPE, Salazar y Sánchez, (1993) han hallado niveles significativos en el Coeficiente de Confiabilidad Alfa en las 13 sub escalas, con un rasgo de posibles valores para las escalas de 4-16. Mientras que el Coeficiente de Correlación entre las escalas disposicionales del COPE tiene correlaciones mayores a .26 significativas a un nivel  $p < 0.01$ .

## V. PROCEDIMIENTOS

- El paciente es remitido a la unidad de psicología para valoración y conductas, en visita médica por presencia de algunos indicadores como ser estados depresivos, conductas de retraimiento, trastornos adaptativos reactivos a un suceso estresante, ansiedad, etc.
- El psicólogo realiza la valoración del paciente y sugiere realizar entrevista, evaluación psicológica y diagnóstico.
- Antes de la interconsulta se procede a la revisión de la historia clínica, para conocer los antecedentes de hospitalización, tratamiento que proporciona la unidad de oncohematología, etiología de la patología y procedencia.
- Se realiza observación y acercamiento al paciente para iniciar con la entrevista clínica psiquiátrica y crear un buen rapport.
- Se desarrolla la entrevista al paciente y a los padres o familiares, la entrevista es importante para brindar un panorama general del estado general del paciente, estado mental, contexto familiar y escolar, antecedentes psicológicos o patológicos.
- Se debe considerar aplicar diferentes instrumentos psicodiagnósticos como ser cuestionarios, pruebas proyectivas: anamnesis, test proyectivos (DFH, dibujo de la familia, persona bajo la lluvia), inventario de depresión de Beck, inventario de Ansiedad de Beck, Inventario de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS), test de Rosita y Roberto, CAT h, TAT, Raven, Bender, figura compleja de Rey). De acuerdo a la edad y las necesidades del paciente.
- Se establece el diagnóstico presuntivo y la sugerencia de tratamiento a seguir, realizando la devolución informativa a los padres o familiares del paciente y al paciente dependiendo la edad.
- Técnicas lúdicas, en situaciones como la hospitalización, el juego se convierte en una herramienta terapéutica para el niño, pues minimiza sus niveles de estrés, disminuye la ansiedad, maneja mejor sus preocupaciones y temores relacionados con la patología y los procedimientos y hace la estancia hospitalaria más agradable. Además, el juego es una variable importante para el personal de psicología, se convierte en una herramienta favorecedora del crecimiento y desarrollo de la

estimulación del paciente y ayuda a disminuir los síntomas provocados por la hospitalización.

## PROGRAMA

La presente investigación cuenta con un programa de intervención psicoterapéutica que va dirigida a los pacientes oncológico pediátricos hospitalizados en la Unidad de Oncohematología del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, que requieren apoyo para manejar las alteraciones físicas y psicológicas provocadas por el cáncer, basado en técnicas lúdicas.

Basándonos en los programas: “*La alfombra mágica: técnicas terapéuticas y actividades lúdicas para niños y niñas*” elaborado por (Fuentes Opplieger Valeria, 2013), psicóloga Universidad de Chile, manual para terapeutas de Chile que contribuye a los derechos de niños y niñas, con el fin de rescatar los recursos y la capacidad natural de niños y niñas de jugar y a través del placer y la alegría del juego, apoyar la re-significación de las experiencias traumáticas vividas. y “*Tiempo para mí*” un libro de actividades para cuando alguien de la familia tiene cáncer, de Slakov June (1999), Vancouver, Canada, traducido por Navarro Mariana (2004), impreso en México D.F. (2013), usado por la Unidad de Oncohematología y Psicología del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, ambos adaptados a nuestra realidad psicosocial tomando en cuenta la edad y diagnóstico del paciente oncológico pediátrico.

El programa es una elaboración del Plan de Trabajo como propuesta de intervención dirigido a cubrir el apoyo que requiere la Unidad de Psicología del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría a pacientes de la Unidad de Oncohematología en el marco del convenio interinstitucional entre el Hospital del Niño y la Carrera de Psicología de la Universidad Mayor de San Andrés y dando continuidad al plan de trabajo presentado en las practicas pre-profesionales, se aplica un modelo sistematizado de trabajo, que sirve como guía para la práctica hospitalaria y ejecución del programa de intervención ludoterapéutica, este proceso de atención al paciente pretende dar cumplimiento a la propuesta presentada de la siguiente forma:



La metodología utilizada se basa en el diseño cuasi experimental, ya que se han observado los fenómenos a estudiar tal y como se presentan en su contexto natural para después analizarlos. En tal sentido, se han considerado los tipos de patologías, el rango de edad de los pacientes a ser evaluados, el tiempo de hospitalización, el estrés hospitalario, las manifestaciones de ansiedad, a partir de la aplicación de instrumentos de evaluación, en este caso el Inventario de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS), con el objeto de comprender y proponer soluciones ante situaciones que se han presentado.

FASES	DESCRIPCIÓN
I. Introducción	El cáncer infantil tiene cada vez más importancia en el ámbito de la pediatría; entre otras razones por ser la segunda causa de mortalidad en la infancia. Por esta razón requiere un manejo multidisciplinario, en este contexto interviene la psicooncología.
II. Diagnóstico institucional	Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, un hospital pediátrico de tercer nivel de referencia nacional en atención de patologías clínico quirúrgicas complejas para la población menor a 15 años, con personal capacitado y programas de docencia e investigación permanente.
III. Necesidades de apoyo psicológico	Después del diagnóstico institucional se pudo concluir que las necesidades psicológicas de la unidad son las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervención psicoterapéutica a los pacientes oncológicos pediátricos en el diagnóstico y tratamiento de quimioterapia.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración y diagnóstico para la implementación de un plan de intervención.</li> <li>• Seguimiento a pacientes oncológicos en fase de intensificación, mantenimiento y vigilancia de consulta ambulatoria.</li> <li>• Seguimiento a pacientes de cuidados paliativos de consulta externa.</li> <li>• Programas psico-educativos con enfoque orientativo a las familias de los pacientes (grupos de autoayuda para padres de pacientes oncológicos).</li> </ul>
IV. Propuesta de intervención	<p>Realizar un programa de intervención psicoterapéutica durante la fase de diagnóstico y tratamiento, con el que se pretende dotar a los niños y sus familias de información y estrategias adecuadas para afrontar y manejar la enfermedad. El programa está centrado en el abordaje de temas como: oncología pediátrica, ansiedad, ludoterapia, estrategias de afrontamiento para padres.</p>
V. Plan de aplicación	<p>El programa de intervención ludo terapéutico, se divide en cuatro etapas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etapa de diagnóstico a los pacientes y los padres hospitalizados, previo a la aplicación del programa.</li> <li>- Aplicación del programa: que consta de veinte sesiones</li> </ul>

	individuales y cinco sesiones grupales. - Aplicación de grupos de autoayuda para padres de pacientes oncológico pediátrico.
VI. Cronograma de actividades	Tiempo aproximado de duración del programa de intervención tres meses. Se describe los pasos a seguir a continuación.

El programa está dividido en cuatro partes que requieren un manejo sistemático y estructurado:

- ❖ Primera parte, dirigida a la recolección de datos y diagnóstico (entrevistas, anamnesis, aplicación de pruebas psicodiagnósticas) de la percepción de la enfermedad de parte del paciente y su familia, y la valoración psicológica para descartar posibles trastornos psicológicos a causa de la enfermedad y el tratamiento. El tiempo estimado para la aplicación es de una semana.
- ❖ La segunda parte está dirigida a la aplicación de un programa de intervención psicoterapéutica centrada en la ludoterapia como técnica de intervención, para ello nos centramos en la aplicación de veinte sesiones individuales y cinco grupales para lo cual utilizaremos diferentes tipos de preparación según los distintos niveles de ansiedad que presenten los pacientes, por ejemplo: Niños que muestren una baja defensa a la hospitalización, juegan con juguetes relacionados con la experiencia hospitalaria y por lo tanto muestran poco estrés y ansiedad. Niños que manifiestan una alta defensa anterior a la cirugía, son los que evitan jugar con aquellos objetos relacionados con la experiencia hospitalaria y manifiestan más ansiedad después de la cirugía. A medida que se van conociendo mejor las necesidades del niño hospitalizado y se toma conciencia de la importancia de los padres en el cuidado infantil, se pueden desarrollar esfuerzos que tengan como objetivo principal el crear un ambiente pediátrico en el cual los pacientes se sientan libres para explorar, investigar, experimentar, elegir

actividades y expresarse. Se realizan trabajos con los niños oncológicos llevando a la cama hospitalaria diversos juegos didácticos para que los niños puedan entretenerse y pasar tiempo recreándose mientras se someten al tratamiento oncológico. Se ha visto las necesidades de los mismos, por lo que se trata que utilicen su creatividad mientras desarrollan actividades lúdicas. (Hetzer, 1978).

Estas actividades son:

- ✓ Juegos con muñecos, títeres, a través de los cuales se exteriorizan pensamientos o sentimientos difíciles de expresar, se trata de muñecos con personalidad propia y que no resultan atemorizantes para el niño que se utilizan con distintas finalidades: explicarles las enfermedades, recibir a los que van a ser ingresados, etc.
- ✓ Juguetes médicos, ayudan a representar escenas que se repiten en el hospital como poner una inyección o realizar un procedimiento quirúrgico, incluyen jeringas, barbijos, gorros, vendajes, etc. El juego médico se puede utilizar para representar papeles: el paciente se puede comportar como un médico o enfermero, lo cual le ayuda a familiarizarse con la situación; como juego de fantasía, en este caso la representación se lleva a cabo sin materiales médicos; como juego indirecto, a través en este caso de juegos, cuentos o actividades cuyo tema es la hospitalización; y como juego artístico, que es más activo y ofrece la posibilidad de crear dibujos, cuentos, dramatizaciones, etc.
- ✓ Los videojuegos en el hospital pueden informar acerca de cómo se utiliza distinto instrumental médico, o cómo se puede sentir el paciente durante los procedimientos médicos, normalmente son bien aceptados por los niños puesto que los utilizan en su vida cotidiana.
- ✓ Actividades con pintura, crayones y plastilina, que son materiales agradables y relajantes, que permiten descargar la agresividad y el estrés hospitalario.
- ✓ Dramatizaciones, que sirven a estas funciones: imitar roles adultos, invertir roles habitualmente asumidos, elaborar problemas y buscar soluciones. En ellos se pueden utilizar juguetes médicos que incluyen

maletines de primeros auxilios, gorros o barbijos, para que el niño se familiarice con ellos. Las dramatizaciones se diferencian del juego médico en que son representaciones organizadas, donde cada niño representa un papel cuyo tema puede o no ser médico.

- ✓ Collage o composición, realizada utilizando diversos materiales sobre el tema de la hospitalización, realizadas de forma individual o en grupo.
- ❖ La tercera parte del programa está dirigida a la familia y padres de los pacientes oncológico pediátricos del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, consiste en implementar Grupos de Autoayuda para padres de pacientes oncológicos, realizando previamente un diagnóstico sobre las estrategias de afrontamiento con las que cuentan, aplicando el Cuestionario de modos de afrontamiento del stress COPE, posteriormente y de acuerdo a los resultados obtenidos; en ocho sesiones, en dos sesiones por semana, donde a través de talleres informativos se implementa el desarrollo de estrategias de afrontamiento para comprender la problemática del paciente con cáncer, los tipos de cáncer, la afectación física y emocional del enfermo con cáncer, las alteraciones que puede presentar el paciente en las dimensiones biológica, social y psicológica que conlleva el pre diagnóstico, diagnóstico, tratamiento, pos tratamiento, recidiva y fase terminal o paliativa. Orientar a los padres para apoyar a sus hijos y hacer de su estancia hospitalaria más llevadera mientras dura el tratamiento y lograr la interacción con sus hijos en el programa de intervención ludoterapéutica.
- ❖ La cuarta parte está dirigida a realizar seguimiento y evaluación, es decir realizar el pos test de las técnicas e instrumentos aplicados en pacientes internos, para evaluar los resultados, si se necesita aplicar nuevas pruebas psicológicas para realizar la comparación de resultados. El tiempo estimado de la evaluación de resultados es de aproximadamente un mes.

## FICHA DE ACTIVIDADES LÚDICAS

## ACTIVIDAD N° 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Mi nombre es...
TIPO DE JUEGO:	Juego de reglas
OBJETIVO:	Impulsar a que los pacientes pierdan el miedo de hablar en público, interactuar con otras personas, presentarse y conocer a los demás niños de la sala.
TIEMPO:	30 minutos.
EDAD:	Niños de 5 años en adelante.
MATERIALES:	Material de escritorio, hojas de cartulina, crayones, colores, tijeras escolares, pegamento, etc.
ACTIVIDAD REALIZADA:	Los niños realizaron sus nombres en pedazos de cartulina y se presentaron frente a todos los niños de la sala y al personal.
OBSERVACIONES:	Aquellos niños que se encontraban con vía intravenosa, al igual que los pacientes que no podían escribir su nombre contaron con ayuda de la terapeuta para realizar la tarjeta con su nombre.

## DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD.

Los pacientes reciben la consigna de realizar una tarjeta con sus nombres de la forma que les resulte más creativa y fácil de realizar, utilizando los materiales que más les llame la atención y de la forma que más les agrade. Posteriormente finalizando cada tarjeta nos reunimos en círculo y cada uno menciona su nombre, posteriormente cuando todos terminaron de hacer su presentación hacemos una retroalimentación pidiendo a cada niño que indique el nombre de un niño que escoja al azar. Cerramos la actividad dando las gracias a cada niño por su participación y aplaudimos sus logros alcanzados en esta sesión.

## ACTIVIDAD N° 2

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Adivina que siento
TIPO DE JUEGO:	Juego que apoya el establecimiento de un marco relacional seguro y confiable.
OBJETIVO:	Apoyan la regulación emocional, buscando que los pacientes identifiquen sus emociones y sentimientos a través del reconocimiento de dibujos de caritas de emociones.
TIEMPO:	30 minutos.
EDAD:	Niños de 5 años en adelante.
MATERIALES:	Un set de la familia y emociones, este set cuenta con 54 tarjetas, repartidas en dos grupos: primer grupo personas de la familia (niños, padres, abuelas y hermanos), el segundo, un grupo de 12 tarjetas de emociones desde enojo felicidad y tristeza.
ACTIVIDAD REALIZADA:	Los pacientes por medio del uso de las tarjetas de emociones, demuestran las emociones del niño, así como de la representación emocional de las personas que constituyen su familia.
OBSERVACIONES:	Aquellos niños que se encontraban con vía intravenosa y les resultaba difícil realizar la actividad contaron con apoyo para realizar la actividad.

## DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD.

Los pacientes sentados sobre la alfombra mágica, el terapeuta toma el set de caritas de emociones, promoviendo que el niño discrimine la emoción presente en cada figura. A continuación, despliegan al azar y boca abajo las diferentes láminas del set de caritas de

emociones. El terapeuta invita al niño a levantar al azar una carta a reconocer la emoción y a proponer al terapeuta que adivine que carita le tocó. El terapeuta ejemplifica diciendo, “cuando te toque una carita, debes ver de qué emoción se trata. Si yo adivino, tú ganas. Si no adivino, gano yo. El que se queda con más caritas se merece un aplauso”.

## ACTIVIDAD N°3

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Jugar al “como si fuera Doctor”
TIPO DE JUEGO:	Juego simbólico
OBJETIVO:	Introducir al niño en los procedimientos médicos a través del juego.
TIEMPO:	30 minutos.
EDAD:	Niños de 5 años en adelante.
MATERIALES:	Juguetes médicos, jeringas, barbijo, torundas, pinzas, gasas, estetoscopio de juguete, etc.
ACTIVIDAD REALIZADA:	El niño asume el papel del médico o personal de enfermería, para realizar los procedimientos médicos que se aplican a cada paciente, desde la consulta médica, la revisión, hasta una cirugía.
OBSERVACIONES:	

## DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD.

La exploración de diversas perspectivas a través de los roles de distintas personas y jugar al “como si...” facilita al niño el encontrar y ensayar múltiples soluciones que enfrenta en su entorno. El terapeuta puede invitar al niño a reflexionar en torno a la situación, “como si fuéramos un doctor...” ¿Qué pensaría un doctor de esta situación?, usando los roles



correspondientes. Podemos invitarlo a la flexibilidad cambiando de rol. “Y ahora, ¿qué pensará una enfermera de esta situación? De esta forma se pueden utilizar los roles que el niño desee representar.

## ACTIVIDAD N°4

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Jugamos a ser constructor
TIPO DE JUEGO:	Juego de ensamblaje
OBJETIVO:	Proporcionar a los niños materiales de construcción para desarrollar sus capacidades cognitivas.
TIEMPO:	30 minutos.
EDAD:	Para niños de 5 años en adelante
MATERIALES:	Bloques de construcción, legos, fichas de encaje, rompecabezas, etc.
ACTIVIDAD REALIZADA:	Los niños realizaron la construcción de torres, trenes, rompecabezas, casas, armado de rompecabezas para motivar el desarrollo de sus capacidades cognitivas.
OBSERVACIONES:	Los niños que se encontraban con vía intravenosa contaron con ayuda de sus padres o del personal de salud para realizar la actividad.

## DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD.

El paciente es conducido a la sala de juegos, como la actividad es de construcción y ensamblaje pedimos construir lo que más les agrade con los materiales con los que cuenta la sala.

## ACTIVIDAD N° 5

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Soy especial
TIPO DE JUEGO:	Juego de reglas
OBJETIVO:	Identificar las características de cada niño mostrando sus cualidades.
TIEMPO:	30 minutos.
EDAD:	Niños de 5 años en adelante.
MATERIALES:	Papelógrafos, hojas de colores marcadores, pintura al dedo, colores.
ACTIVIDAD REALIZADA:	Los niños realizan el dibujo de su cuerpo, luego escriben en las hojas de colores las cualidades que los identifican pegando estas cualidades sobre el dibujo realizado en el papelógrafo.
OBSERVACIONES:	Aquellos niños que se encuentran con vía intravenosa y les resulta difícil realizar la actividad cuentan con apoyo para realizar la actividad.

## DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD.

Se puede iniciar la actividad mencionando a los niños estas palabras: “Cuando un familiar tiene cáncer, es importante recordar que cada persona en la familia es especial. A veces puede ser difícil recordar que tú también lo eres”. Se invita a los niños a realizar un dibujo de su cuerpo y escribir las cualidades con las que cuenta cada uno de ellos, el dibujo puede ser una copia de ellos mismos o pueden realizar otra figura, se sugiere que destaquen sus cualidades físicas, intelectuales, emocionales, aficiones, gustos, etc.

## ACTIVIDAD N°6

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Mi familia
TIPO DE JUEGO:	Juego simbólico
OBJETIVO:	Reconocer los roles familiares.
TIEMPO:	30 minutos
EDAD:	Niños de 5 años en adelante.
MATERIALES:	Un set de la familia de 54 tarjetas, las cuales están repartidas en dos grupos: primer grupo, personajes de la familia hijos (as), padres, abuelos, hermanos (as). En el segundo: 12 tarjetas de emociones desde el enojo, felicidad y tristeza, muñecos.
ACTIVIDAD REALIZADA:	Los niños recrearan una historia familiar, en la que ellos formen parte.
OBSERVACIONES:	

## DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Tomando las figuras humanas, se solicita al niño: “Mira estas figuras, con ellas puedes armar tu familia sobre la alfombra”. A continuación, se solicita que busque entre las figuras de las fichas, algo que pueda ser lo más parecido a cada uno de los miembros. El terapeuta acompaña al niño indagando por los objetos simbólicos atribuidos a cada persona y su significado. “Tu papá es un león” ¿“como hace un león”? cuando el león se enoja... Cuando el león esta triste...etc. ¿con quién conversa el león? ¿con quién juega? Luego de abordar a todos los miembros de la familia, se podría preguntar al niño por algo que les falte a esos personajes y que le gustaría regalarles, tomando alguna otra figura del set. ¿“Si tu papá es un león, que le falta? ¿Qué te gustaría regalarle? Puedes escoger alguna figura que sería como ese regalo. El terapeuta, igual que en la vez anterior, puede acompañar al niño interesándose y preguntándole por sus elecciones. Esta variación, permite centrarse en uno o varios nudos

críticos, ya sea con uno o varios miembros de la familia, en este caso, ayuda a dimensionar las percepciones de cada uno de los integrantes respecto así mismo, la enfermedad, y la percepción de los demás miembros y favorecer una mayor empatía y comprensión de las emociones y pensamientos de cada uno.

## ACTIVIDAD N°7

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Mi súper héroe favorito me acompaña en el hospital
TIPO DE JUEGO:	Juego simbólico.
OBJETIVO:	Identificar una figura de acción con la cual los niños se sientan identificados y puedan utilizarlo en diferentes procedimientos médicos durante la hospitalización.
TIEMPO:	30 minutos.
EDAD:	Niños de 5 años en adelante.
MATERIALES:	Muñecos.
ACTIVIDAD REALIZADA:	Los niños muestran a su súper héroe favorito con el que se sienten identificados
OBSERVACIONES:	

## DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD.

Iniciamos la actividad solicitando al niño que lleve a la sala de juegos de la sala de Oncohematología del Hospital del Niño su muñeco favorito, de preferencia un súper héroe, invitamos a que cuente que tipo de muñeco escogieron para que lo acompañe mientras se encuentra hospitalizado, que valor sentimental tiene, como se identifica con él, y a donde le gustaría que le acompañe, etc.

## ACTIVIDAD N°8

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Porque Charly Brown...
TIPO DE JUEGO:	Video educativo
OBJETIVO:	Facilitar el conocimiento, comprensión e información de diagnóstico, tratamiento, causas y efectos de la leucemia.
TIEMPO:	30 minutos.
EDAD:	Niños de 6 años en adelante.
MATERIALES:	Medios audiovisuales, monitor, video: “porque Charly Brown”.
ACTIVIDAD REALIZADA:	Sensibilización de las enfermedades oncológicas y el proceso de hospitalización para recibir el tratamiento.
OBSERVACIONES:	

## DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD.

Invitamos a los niños a ver un video, dejamos que los niños vean el video, si manifiestan alguna duda la resolvemos en ese momento o también al finalizar la proyección, al finalizar el video se realiza la explicación de lo que se vio, de forma clara y sencilla, explicando el proceso de la leucemia, desde el diagnóstico, la hospitalización y el tratamiento que requiere para dicha enfermedad. Esta actividad se la puede realizar de forma individual o en grupo de dos personas.

## ACTIVIDAD N°9

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Las Estaciones del Tren
TIPO DE JUEGO:	Juegos de expresión plástica y narrativa.
OBJETIVO:	Basada en la técnica de construcción de líneas de vida, las Estaciones del Tren, permite reconstruir la historia pasada, presente y futura del niño y su familia, explorar los eventos significativos en las historias de los participantes, identificar las afectos asociados a los hitos históricos, identificar dentro de la historia individual y/o familiar, aquellos eventos significativos como traumáticos, identificar dentro de la historia individual y/o familiar recursos asociados a experiencias de vida y movilizar y amplificar los factores y elementos resilientes presentes en la historia vital y favorecer la integración de nuevas perspectivas, incorporando nuevos aprendizajes.
TIEMPO:	40 minutos.
EDAD:	Niños de 5 años en adelante.
MATERIALES:	Un set de construcción de caminos, que cuenta con 54 tarjetas, que se pueden trabajar de manera modular, con ellas, los niños podrán crear diversos caminos tanto para automóviles como para trenes.
ACTIVIDAD REALIZADA:	Los niños construyen rutas de trenes para representar diferentes momentos que expresen sus vivencias.
OBSERVACIONES:	En esta actividad participaron los padres de los pacientes.

## DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD.

Se solicita al niño o niña que construya una vía férrea que represente los años que ha vivido. En esta vía se le pide que incluya diferentes momentos, escogiendo un paisaje y los elementos que mejor exprese la vivencia. Una buena introducción al juego para niños y niñas, puede ser la siguiente: “te invito a que entremos a la alfombra mágica y con las figuras armes una vía y estaciones de un tren. Este es un tren especial. Es el tren de tu vida y las estaciones serán momentos importantes para ti, los que tú quieras”. Al finalizar las diferentes estaciones del tren con sus respectivos paisajes y elementos, el niño asume el papel de ferroviario para comenzar a recorrer las diferentes estaciones del tren, “serás el maquinista de la alfombra mágica y recorreremos la línea del tren que has construido deteniéndote en la estación que tú quieras”. Es importante que, en esta etapa, el terapeuta en este recorrido, estimule el relato de la historia de los diferentes paisajes que recreó, preguntando por el momento de su vida que representa, así como el motivo por el cual ese episodio está asociado a ese paisaje y a esos objetos. A partir de la aceptación incondicional de los contenidos expresados, se facilita que el niño o niña pueda ir identificando la experiencia emocional asociada a cada episodio, las dificultades experimentadas y los facilitadores de cada una de ellas. Así mismo el terapeuta apoya la incorporación de elementos y significados que amplíen la comprensión del momento vital.

## ACTIVIDAD N°10

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Cuento: El monito miedoso
TIPO DE JUEGO:	Juego de visualización imaginativa.
OBJETIVO:	Desensibilizar a los niños sobre la situación hospitalaria y los procedimientos médicos.
TIEMPO:	30 minutos.
EDAD:	Niños de 5 años en adelante

MATERIALES:	Cuento de “el monito miedoso”, títeres.
ACTIVIDAD REALIZADA:	Los niños escucharon el cuento narrado por la terapeuta, prestando mucha atención a la historia del monito, que es muy parecida a la de ellos.
OBSERVACIONES:	

## DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD.

Se invita a los niños a pasar a la sala de juegos para escuchar un cuento, se inicia con la narración del cuento del “monito miedoso” que trata sobre un monito que se enfermó y sus papás lo hospitalizaron porque se encontraba muy delicado, el monito se sentía muy triste por haberse alejado de sus hermanos y amigos, pero se sentía temeroso de que lo pinchen con agujas para tomar muestras de sangre o para colocarle medicamentos, todas las veces que lo hacían se ponía a llorar, se sentía temeroso y no quería hablar con nadie solo con su mamá, entonces la enfermera se colocó una nariz de payaso y con voz muy graciosa comenzó a jugar con el monito miedoso y convencerlo de ponerse el medicamento, así el monito esperaba todos los días a la enfermera de la nariz de payaso y colaboraba con la administración de sus medicamentos, hasta que un día llegó otro monito más pequeño que él y también se puso a llorar con los pinchazos y entonces le tocó a nuestro querido amiguito miedoso contarle sobre la enfermera de la nariz de payaso, para que este pequeño monito también la conozca y colabore con los pinchazos.

## ACTIVIDAD N°11

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Respira y vuela
TIPO DE JUEGO:	Juego de visualización imaginativa.



OBJETIVO:	El juego está dirigido a apoyar el establecimiento de un marco relacional seguro y confiable.
TIEMPO:	40 minutos.
EDAD:	Niños de 5 años en adelante.
MATERIALES:	Una alfombra reversible: por un lado azul y por el otro verde.
ACTIVIDAD REALIZADA:	Dentro de la alfombra mágica podemos imaginarnos elevándonos, flotando y moviéndonos suavemente.
OBSERVACIONES:	Aquellos niños que se encontraban con vía intravenosa y les resultaba difícil realizar la actividad contaron con apoyo.

#### DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD.

Podemos invitar a los niños y niñas a controlar la alfombra con la respiración. Si la respiración es rápida y entrecortada, la Alfombra se mueve para todos lados y estamos muy agitados arriba. Si logramos inspirar y expirar profundo, la Alfombra se moverá suavemente y lograremos experimentar la suavidad de su vuelo. Esto ayuda a los niños a tomar conciencia del ritmo de la respiración y a regularla para acompañarla a un “vuelo más tranquilo”. El terapeuta puede ejemplificar como respirar. Como están los dos en la alfombra, las respiraciones de ambos deben ser suaves y profundas. Si el niño lo logra, puede a su vez apoyar al terapeuta a que alcance el ritmo esperado, enseñándole cómo hacerlo. La respiración pausada facilitará en el niño contactarse con las sensaciones corporales y adquirir mayor dominio de las respuestas automáticas, siendo un paso inicial para la discriminación de las emociones a nivel fisiológico.

## ACTIVIDAD N°12

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	¿Quién de tu familia tiene cáncer?
TIPO DE JUEGO:	Juego de reglas
OBJETIVO:	Impulsar al niño a identificar la enfermedad que padece, aceptarla y ver la enfermedad de forma positiva.
TIEMPO:	20 minutos.
EDAD:	Niños de 5 años en adelante.
MATERIALES:	Hojas de papel, lápices de colores, pegamento, figuras de caritas de emociones.
ACTIVIDAD REALIZADA:	Los niños se dibujan a ellos mismos en la hoja de papel, decoran la hoja simulando ser un portarretratos, y alrededor del dibujo pegan las caritas de emociones.
OBSERVACIONES:	Los niños que se encuentran con vía intravenosa o con bomba para quimioterapia reciben ayuda para realizar la actividad.

## DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD.

Si inicia la actividad invitando al niño a realizar un dibujo de la persona que conocen que tiene cáncer, en este caso es el mismo, se indica que la hoja es un portarretratos y debemos decorar el marco con hojas de colores, pintar con lápices de colores y adornar con caritas de emociones, alrededor del dibujo el terapeuta solicita que escriba mensajes positivos, de esperanza para esa persona que el niño conoce.

## ACTIVIDAD N°13

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Viaje al futuro
TIPO DE JUEGO:	Juego proyectivo simbólico
OBJETIVO:	Juego que apoya la construcción de un proyecto vital y sentido de futuro.
TIEMPO:	20 minutos.
EDAD:	Niños de toda edad.
MATERIALES:	Una alfombra reversible: un lado color azul y al otro color verde.
ACTIVIDAD REALIZADA:	A través de esta actividad, invitamos al niño a proyectar sus recursos a futuro.
OBSERVACIONES:	Los niños que se encontraban con vía intravenosa o les dificultaba realizar la actividad son apoyados por sus padres.

## DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD.

Mediante los sets o fichas de elementos, le proponemos imaginar sus cualidades en un tiempo distante. Para ello, le pedimos escoger que aspectos de sí mismo debe llevar en este viaje y, por lo tanto, nos obliga a recorrer el presente, haciendo énfasis en los recursos actuales. Introducimos el juego señalando: “Tenemos que viajar en la Alfombra mágica al futuro y necesitaremos todos nuestros tesoros personales para divertirnos cómodos en un lugar que no conocemos y que esta muchos años más adelante. Escoge en las figuras, los elementos que te describen hoy día y después pensaremos cuales tenemos que llevar en este viaje”. Apoyamos al niño con la frase “yo soy...y me quiero llevar...” Estas preguntas amplifican la autoestima y un concepto positivo de sí mismo. El terapeuta apoya al niño a proyectar cada recurso con afirmaciones como: “¡excelente ¡” nos llevamos el cariño y nos será muy útil. ¿Te imaginas en que situaciones? Cada aspecto que se lleva al futuro supone un recurso en

el presente y que se proyecta al futuro. La alfombra sirve para construir los recursos del presente y luego de escoger los que nos llevaremos, aliviarnos la carga de lo que sobra y levantamos vuelo.

ACTIVIDAD N°14

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Viaje al espacio
TIPO DE JUEGO:	Juego de reglas.
OBJETIVO:	Juego que promueve la expresión y construcción de narrativas de la historia estresante.
TIEMPO:	30 minutos.
EDAD:	Niños de 6 años en adelante.
MATERIALES:	Un set que consta de 24 tarjetas en las cuales se representan diversos elementos del espacio exterior, como planetas, naves espaciales, extraterrestres y satélites.
ACTIVIDAD REALIZADA:	En este juego, los niños realizan una representación gráfica de las relaciones que establecen con su medio más cercano e íntimo, este medio es en el que el niño se siente partícipe, mantiene su identidad social e intercambia apoyo afectivo, ayuda material, etc.
OBSERVACIONES:	Los niños que se encuentran con vía intravenosa reciben ayuda para realizar la actividad.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD.

Se solicita al niño que escoja para si un planeta y luego escoja a los diferentes planetas que representan a las personas cercanas a él. Luego se le pide que sobre la alfombra los ubique

en relación a su planeta, recreando un sistema planetario, identificándolos con sus respectivos nombres. “Estos son planetas que forman parte de un sistema planetario, unos más cerca y otros más lejos. Escoge un lugar de la alfombra para poner tu planeta, imagina ahora que cada planeta representa a las personas importantes para ti, ahora debes ponerlos en el sistema planetario en diferentes distancias, dependiendo cuan cercanos o lejanos sean para ti”.

Se puede acompañar al niño preguntándole por la cercanía o lejanía de cada uno de los planetas y las emociones asociadas. Se puede preguntar por características de los planetas, se podría señalar de modo adicional “¿Qué podría hacer ese planeta para estar más cerca?”, una variante es aquella en la cual el niño se ubica al centro de la alfombra y ubica las figuras alrededor suyo.

## ACTIVIDAD N°15

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Coloreo mi cuento favorito
TIPO DE JUEGO:	Juego de reglas.
OBJETIVO:	Facilitar la expresión de sentimientos positivos.
TIEMPO:	40 minutos.
EDAD:	Niños de 5 años en adelante.
MATERIALES:	Cuentos para colorear que fueron donados por voluntarios, lápices de colores.
ACTIVIDAD REALIZADA:	Los niños escogen el cuento de su agrado y colorean el cuento.
OBSERVACIONES:	Los niños que se encuentran con vía intravenosa o con bomba para quimioterapia reciben apoyo para realizar la actividad.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD.

Si invita al niño a realizar la actividad mostrándole los cuentos para colorear y pidiendo que elija el cuento que más le guste, se proporciona lápices de colores y comienzan la actividad. Posteriormente leemos el cuento y preguntamos cual es la parte que más le gusto, cuál es su personaje favorito y si le gusto realizar esta actividad.

ACTIVIDAD N°16

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Llevo a mi muñeco (a) al hospital
TIPO DE JUEGO:	Juego simbólico
OBJETIVO:	Desensibilizar estados emocionales.
TIEMPO:	30 minutos
EDAD:	Niños de 5 años en adelante.
MATERIALES:	Muñecos, maleta médica.
ACTIVIDAD REALIZADA:	Los niños juegan a distintos roles simulando una situación de enfermedad.
OBSERVACIONES:	Los niños que se encuentran con vía intravenosa reciben colaboración de sus padres.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD.

Invitamos al niño a escoger un muñeco, luego se explica la actividad, el niño juega a ser papá o mamá del muñeco que se encuentra enfermo y debe quedarse en el hospital, posteriormente se solicita al niño que cuente como se sintió con esta actividad. Para finalizar se realiza la retroalimentación del proceso de internación hospitalaria que es similar a la situación que está atravesando el niño.

## ACTIVIDAD N°17

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Creamos cofres de palitos de helado
TIPO DE JUEGO:	Juego de construcción
OBJETIVO:	Crear un ambiente ameno y recreativo.
TIEMPO:	45 minutos.
EDAD:	Niños de 6 años en adelante.
MATERIALES:	Palitos de helado, pegamento, pintura al dedo.
ACTIVIDAD REALIZADA:	Los niños realizan la construcción de cofres de colores con palitos de helado.
OBSERVACIONES:	Los niños que se encuentran con vía intravenosa reciben apoyo para realizar la actividad.

## DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD.

Se invita al niño a realizar una actividad divertida, se proporciona palitos de helado y pegamento, se muestra la forma en la que se debe formar el cofre y se dan las instrucciones para iniciar la actividad, posteriormente se solicita que pinte del color que más le guste, para finalizar la actividad se pide al niño que muestre su trabajo a sus padres y personal de salud, finalizamos agradeciendo su participación.

## ACTIVIDAD N°18

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Cuento: “El patito enfermo”
TIPO DE JUEGO:	Juego simbólico (psicoeducativo)

OBJETIVO:	Facilitar el conocimiento, comprensión de diagnóstico, tratamiento, causas y efectos de una enfermedad oncológica.
TIEMPO:	40 minutos.
EDAD:	Niños de 6 años en adelante.
MATERIALES:	Títere de pato, cuento de “El patito enfermo”.
ACTIVIDAD REALIZADA:	El niño escucha con atención el cuento narrado por el títere y se informa sobre su estado de salud.
OBSERVACIONES:	Esta actividad se la puede realizar en la sala de juegos de la sala de Oncohematología del Hospital del Niño, si el niño se encuentra imposibilitado de poder movilizarse puede escuchar el cuento desde su cama.

#### DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD.

Se invita al niño a escuchar un cuento muy divertido, se presenta al personaje de esta historia “el patito enfermo”, pedimos prestar mucha atención y comenzamos a contar el cuento, que trata sobre un patito que se encuentra muy enfermo y debe quedarse hospitalizado por un periodo prolongado hasta lograr su recuperación, durante el proceso de hospitalización el “patito” conocerá algunos amigos que al igual que él recibirán tratamiento y serán sus compañeros de sala por este tiempo, con ellos podrá compartir nuevas experiencias de juego, convivencia y amistad, ya que ellos al igual que el “patito” se alejarán de su familia, amigos y escuela mientras dure la hospitalización. También conocerán a muchos doctores, enfermeras y voluntarios con quienes pasará momentos amenos aprendiendo a cuidar su cuerpo mientras recibe tratamiento hasta que se encuentre en las mejores condiciones para volver a casa y a la escuela.



## ACTIVIDAD N°19

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Cuido mi cuerpo
TIPO DE JUEGO:	Juego simbólico.
OBJETIVO:	Practicar el autocuidado.
TIEMPO:	40 minutos.
EDAD:	Niños de 5 años en adelante.
MATERIALES:	Hojas de papel, hojas para recortar con figuras de diferentes actividades cotidianas, marcadores, colores, tijeras, pegamento.
ACTIVIDAD REALIZADA:	Los niños se informan sobre la importancia del auto cuidado, para mejorar su salud física y emocional.
OBSERVACIONES:	Los niños que se encuentren con vía intravenosa reciben ayuda para realizar la actividad.

## DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD.

Se explica a los niños la actividad, se indica que en las hojas deben recortar y pegar las figuras que reflejen actividades de autocuidado, es decir cepillado de dientes, aseo, alimentación saludable, visita periódica al médico, dentista, tomar los medicamentos a la hora indicada por los médicos (seguir las instrucciones del personal de salud al momento del alta hospitalaria), uso de barbijo en lugares abiertos, etc.; colorear las figuras recortadas y para finalizar se pide al niño que haga una pequeña explicación sobre las actividades que escogió relacionadas al auto cuidado. Para reforzar y conseguir la comprensión del cuidado que debe tener todo paciente oncológico explicamos todos los cuidados que debe tener en casa, en la escuela, antes y después de cada quimioterapia, la buena alimentación y la asistencia periódica a los controles médicos.

## ACTIVIDAD N° 20

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Antes/ ahora / después
TIPO DE JUEGO:	Juego que apoya la construcción de un proyecto vital y sentido de futuro
OBJETIVO:	Para asentar los logros obtenidos durante el proceso, apoyar al niño en la visualización de los cambios alcanzados y proyectarlos hacia el futuro.
TIEMPO:	40 minutos.
EDAD:	Niños de todas las edades.
MATERIALES:	Set de 24 tarjetas, que representan diversos elementos que pueden ser usados para complementar el resto de los sets: celulares, juguetes herramientas, juguetes, muebles, libros, etc.
ACTIVIDAD REALIZADA:	El niño se proyecta en relación a su pasado, presente y futuro, rescatando los momentos más relevantes de su vida.
OBSERVACIONES:	Los niños que se encuentran con vía intravenosa y les dificultaba participar en el juego contaron con el acompañamiento de sus padres.

## DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD.

Invitamos al niño a simbolizar sus emociones, pensamientos y actividades en el ahora al centro de la alfombra. Preguntas apropiadas pueden ser ¿cómo se siente tu corazón ahora? ¿qué ideas te preocupan ahora? ¿qué cosas haces ahora que te gustan? ¿Qué te hace sentir cómodo ahora?, preguntas específicas pueden agregarse en relación a su visión de la familia, del colegio, de los amigos, entre otros. Cada respuesta puede simbolizarse mediante algún elemento del set disponible. A partir del presente podemos repasar las mismas preguntas

orientadas al pasado y simbolizar las respuestas en el lado izquierdo de la alfombra. La misma invitación podemos orientarla hacia el futuro, con preguntas del tipo ¿cómo te imaginas que te sentirás cuando tengas más años? ¿qué ideas te imaginas que te imaginaras que pensarás? Una vez que el niño ha avanzado en sus propios contenidos, el terapeuta puede apoyar en la construcción de los tres momentos, mediante preguntas como ¿te acuerdas cuando...? O ¿te acuerdas que tu corazón...? ¿crees que en el futuro...? El terapeuta apoya la posibilidad de darse cuenta y establecer relaciones centradas en lo que el niño ha logrado gracias a su compromiso y valentía. La modalidad familiar amplifica este juego a toda la familia y fortalece la integración de la experiencia, la visualización de los recursos y la proyección en el futuro.

ACTIVIDADES GRUPALES

ACTIVIDAD N° 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	La telaraña
TIPO DE JUEGO:	Juego de reglas.
OBJETIVO:	Incentivar al reconocimiento grupal de manera entretenida.
TIEMPO:	20 minutos.
EDAD:	Niños de 5 años en adelante.
MATERIALES:	Lanas de colores.
ACTIVIDAD REALIZADA:	Los niños se presentan y logran conocerse mutuamente con la dinámica rompehielos.
OBSERVACIONES:	Los niños que se encuentran con vía intravenosa realizan la actividad en compañía de sus padres.

## DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD.

Esta actividad la realizamos con el objetivo crear un ambiente en el cual los pacientes puedan conocerse y pierdan el temor a conversar con otros niños.

## ACTIVIDAD N° 2

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	El objeto escondido en mi bolsillo
TIPO DE JUEGO:	Juego de reglas
OBJETIVO:	Incentivar a la interacción entre los niños de la sala a través de dinámicas grupales.
TIEMPO:	20 minutos
EDAD:	Niños de 5 años en adelante.
MATERIALES:	Cualquier objeto que se encuentre en sus bolsillos.
ACTIVIDAD REALIZADA:	Los niños muestran el objeto oculto en sus bolsillos mencionando el uso y la importancia para ellos.
OBSERVACIONES:	Los niños que se encontraban con vía intravenosa contaron con la colaboración de sus padres para realizar la actividad.

## DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Reunidos los niños en la sala de juegos, se explica la actividad invitándoles a compartir la importancia de algún objeto que consideren importante en sus bolsillos con todas las personas que se encuentren en la sala, de esta forma motivamos a comunicarse con los demás.

## ACTIVIDAD N°3

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Soy asertivo: tortuga, dragón y persona.
TIPO DE JUEGO:	Juego de reglas
OBJETIVO:	Educar para una comunicación positiva e inteligente además enseñar a los niños y niñas a ser asertivos: capaces de expresarse sin dañar a los demás.
TIEMPO:	30 minutos
EDAD:	Niños de 7 años en adelante.
MATERIALES:	Ficha estilos comunicativos: Tortuga, Dragón, Persona.
ACTIVIDAD REALIZADA:	Los niños se comunican con los demás y reconocen la importancia de poder decir su opinión, expresar sus ideas y defenderse de los ataques y al mismo tiempo no atacar a los demás, no hacerles daño con su forma de comunicación.
OBSERVACIONES:	Los niños que se encuentren con vía intravenosa reciben colaboración de sus padres para realizar la actividad.

## DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Esta dinámica educativa, permite enseñar a los niños y niñas los tres estilos comunicativos: pasivo (tortuga), agresivo (dragón) y asertivo (persona). A través de una divertida dinámica podrán conocer los tres estilos mencionados, reflexionar sobre ellos y descubrir la importancia de comunicarse de forma asertiva, lo que les permitirá defenderse sin ser agresivos. Asertividad es una habilidad de la inteligencia emocional que resulta clave para comunicarnos y relacionarnos, por ello es fundamental desarrollar en los más pequeños desde el principio un estilo asertivo.

## ACTIVIDAD N°4

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Juego de las estatuas
TIPO DE JUEGO:	Juego de reglas
OBJETIVO:	Promover la expresión de emociones.
TIEMPO:	30 minutos
EDAD:	Niños de 5 años en adelante.
MATERIALES:	Música y ambiente amplio.
ACTIVIDAD REALIZADA:	Al ritmo de la música los niños construyen un espacio de dispersión y entretenimiento.
OBSERVACIONES:	Los niños que se encontraban con vía intravenosa contaron con la colaboración de sus padres para realizar la actividad.

## DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Se invita a los niños a participar de la actividad en la sala de juegos, se indican las reglas del juego, mientras suena la música los niños deben bailar, cuando para cada uno debe quedarse quieto, reflejando una emoción en su rostro, y sus compañeros de sala deben adivinar de que emoción se trata, de esta manera crear un espacio divertido para los niños internos.

## ACTIVIDAD N°5

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	El día del no cumpleaños
TIPO DE JUEGO:	Juego libre

OBJETIVO:	Promover la convivencia y socialización con los niños y padres de la sala.
TIEMPO:	30 minutos
EDAD:	Niños de todas las edades.
MATERIALES:	Globos, premios, torta, golosinas, gelatina, música, etc.
ACTIVIDAD REALIZADA:	Los niños y padres de la sala de Oncohematología celebran el día del no cumpleaños una vez cada mes.
OBSERVACIONES:	

#### DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Los voluntarios realizan un festejo de cumpleaños cada mes, esta actividad es coordinada con la unidad de Psicología de la sala de Oncohematología. Los pacientes acompañados de sus padres celebran una vez al mes el festejo de cumpleaños de la sala, todos comparten un momento recreativo y de convivencia amena.

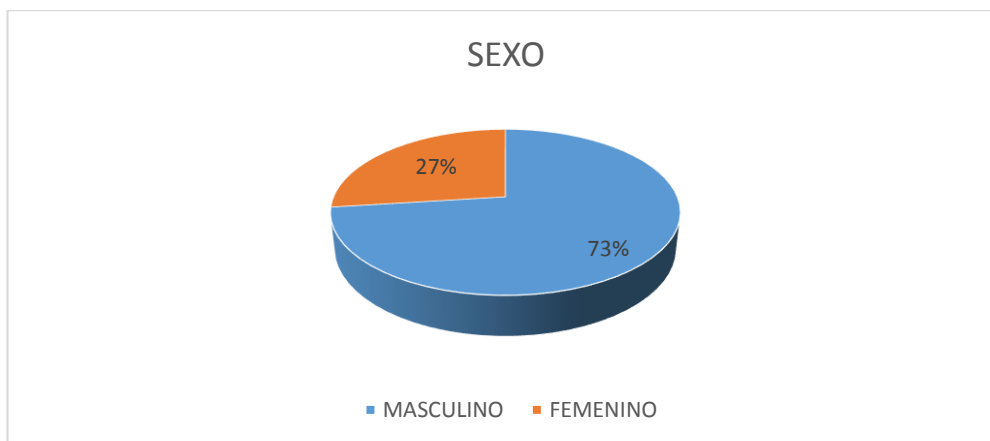
## Capítulo IV.

## PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

**Tabla 1. Resultados totales de la muestra con relación a sexo**

		SEXO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MASCULI	11	73.3	73.3	73.3
	NO				
	FEMENINO	4	26.7	26.7	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

En la tabla 1, la muestra se tomó de una población aproximada de 60 niños y niñas atendidos en la Unidad de Oncohematología del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría. La muestra elegida es de 15 niños y niñas hospitalizados de los cuales se observa que se presentan con más recurrencia el género masculino, con 11 niños sobre 4 niñas.

**Gráfico 1. Análisis total de la muestra en porcentaje con relación a sexo**

En el gráfico 2, observamos que de la muestra tomada 15 niños y niñas de la población de pacientes hospitalizados en el bloque de Oncohematología del Hospital del Niño, existe una prevalencia del sexo masculino con un 73% a un 27% del sexo femenino.



**Tabla 2. Resultados totales de la muestra en relación a Edad**

<b>EDAD DE LOS PACIENTES</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	6	4	26.7	26.7	26.7
	7	4	26.7	26.7	53.3
	8	1	6.7	6.7	60.0
	9	1	6.7	6.7	66.7
	10	5	33.3	33.3	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

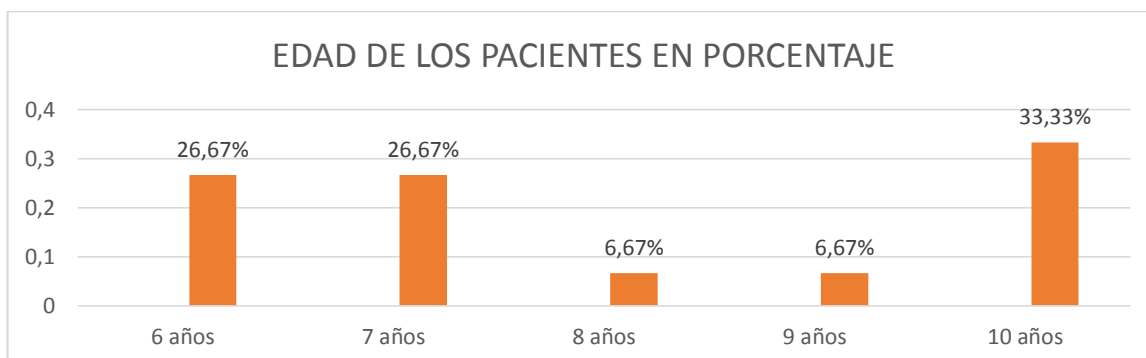
La tabla 2, del total de 15 de niños y niñas de la muestra tomada, el valor medio es 7.93 años. Las edades con mayor frecuencia del grupo de niños y niñas estudiado de la unidad de Oncohematología que tienen 10 años (5 niños/as), 6 años (4 niños/as), 7 años (4 niños/as), 8 años (1 niño/a) y 9 años (1 niño/a).

### **Estadísticos**

#### **EDAD DE LOS PACIENTES**

N	Válido	15
	Perdidos	0
Media		7.93
Mediana		7.00
Desviación		1.710
Rango		4
Mínimo		6
Máximo		10

**Gráfico 2. Análisis total de la muestra en porcentaje con relación a edad**

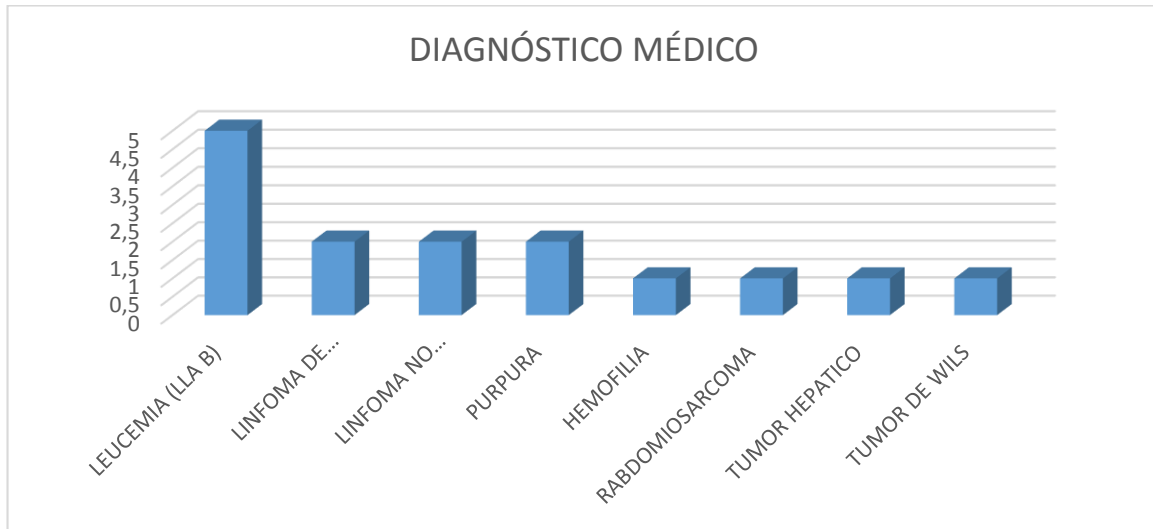


De la totalidad de 15 niñas y niños de la muestra tomada de la unidad de Oncohematología del Hospital del Niño, el porcentaje más alto encontrado, es de niños de 10 años con un 33.33%, niños/as de 6 años con un 26.67%, niños/as 7 años con 26.67%, niños/as de 8 años con 6.67% y niños/as de 9 años con 6.67% siendo estos dos últimos el porcentaje de edad más bajo de la muestra.

**Tabla 3. Resultados totales de la muestra con relación a diagnóstico médico**

**DIAGNOSTICO MÉDICO DE CADA PACIENTE**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido leucemia	5	33.3	33.3	33.3
linfoma no hodwking	2	13.3	13.3	46.7
linfoma de hodwking	2	13.3	13.3	60.0
purpura	2	13.3	13.3	73.3
tumor hepático	1	6.7	6.7	80.0
tumor de wills	1	6.7	6.7	86.7
hemofilia	1	6.7	6.7	93.3
rabdomiosarcoma	1	6.7	6.7	100.0
Total	15	100.0	100.0	

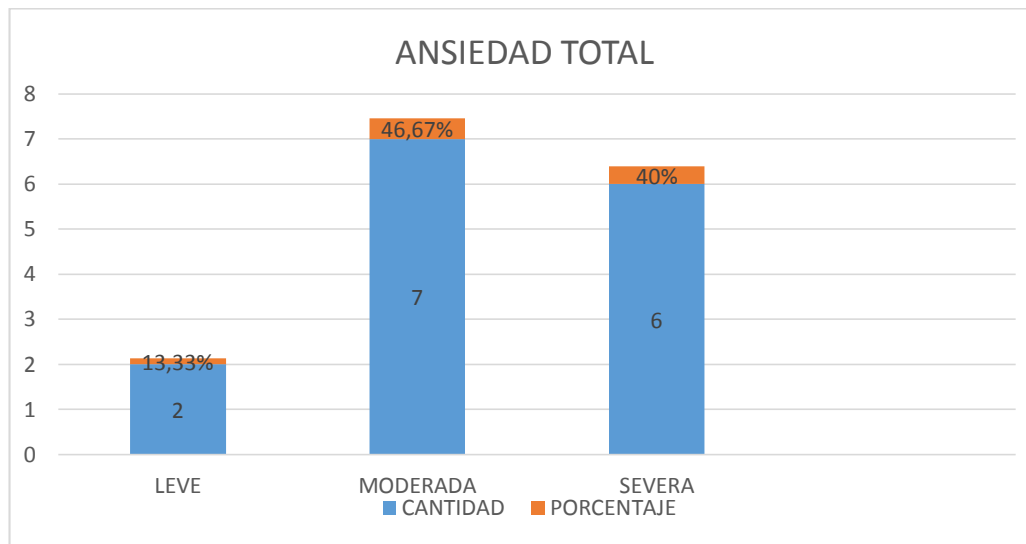
**Gráfico 3. Análisis total de la muestra en porcentaje con relación a diagnóstico médico**

En el gráfico 3 de la muestra tomada a los pacientes de la Unidad de Oncohematología del Hospital del Niño, se observa mayor prevalencia de 5 casos de Leucemia linfoblástica aguda de células B (LLA) con un porcentaje de 33.3%, seguido 2 casos de Linfoma de Hodwiking con un porcentaje de 13.3%, 2 casos de Linfoma no Hodwiking con un porcentaje de 13.3%, también 2 casos de Purpura con un porcentaje de 13.3%, seguido de 1 caso de hemofilia con un porcentaje de 6.7%, 1 caso de Rabdomiosarcoma con un porcentaje de 6.7%, 1 caso de Tumor Hepático con un porcentaje de 6.7% y por ultimo 1 caso de Tumor de Wills con un porcentaje de 6.7%.

**Tabla 4. Resultados totales de la escala de ansiedad infantil de Spence antes de la aplicación del programa de ludoterapia**

Isujetos		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	TOTAL
I.	ATAQUE DE PANICO AGAROFOBIA (27)	9	13	10	16	6	8	9	9	9	9	11	9	9	5	10	5
II.	TRAS. ANSIED POR SEPARACION (18)	16	17	17	17	14	16	14	17	17	16	17	15	12	10	15	11
III.	FOBIA SOCIAL(18)	14	14	12	14	12	12	12	16	10	12	14	9	8	7	13	6
IV.	MIEDOS (15)	15	15	14	14	14	14	15	14	15	14	14	12	10	9	12	11
V.	TRAST OBSESIVO COM (18)	8	7	7	7	4	6	6	8	7	6	7	7	9	7	10	1
VI.	TRAS D ANSIEDAD GRAL (18)	16	16	15	13	11	14	14	12	12	10	14	12	8	7	11	6
Puntuación +114 57 -0		<b>78</b>	<b>82</b>	<b>75</b>	<b>81</b>	61	70	70	<b>76</b>	70	67	<b>77</b>	64	56	45	71	

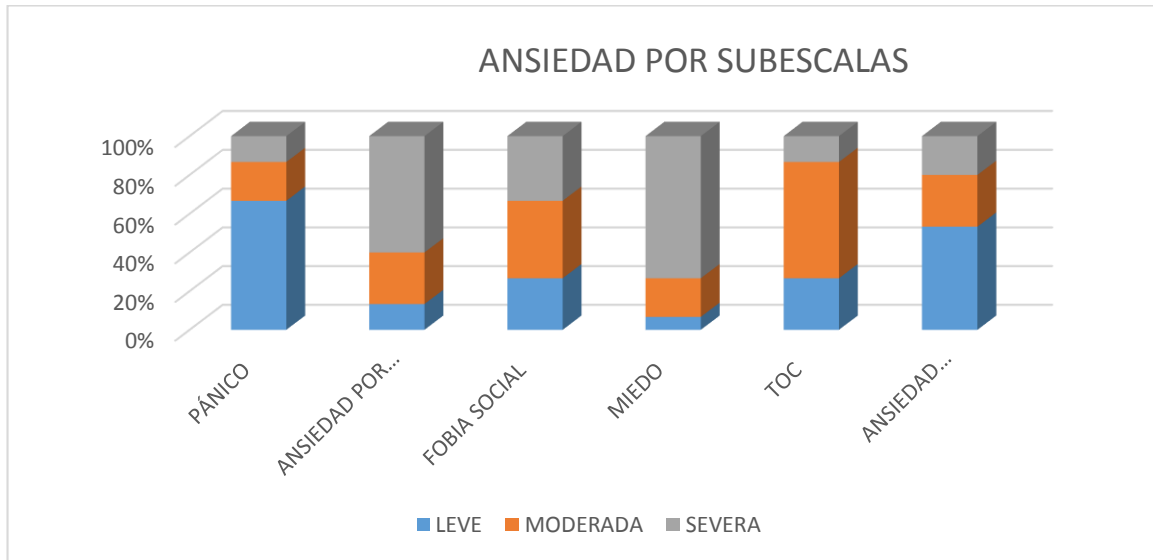
**Gráfico 4. escala de ansiedad infantil de Spence**



Los resultados que se obtuvieron de la aplicación de la Escala de Ansiedad Infantil de Spence, de la muestra observada, indican que se encuentran el 40% de los pacientes con un grado de ansiedad severa, seguido de un 46.67% de ansiedad moderada, y un 13.33% de ansiedad leve.

**Tabla 5. Resultados por sub-escalas de ansiedad infantil de Spence antes de la aplicación del programa de ludoterapia**

Ansiedad Infantil de Spence	Leve	Moderada	Severa
Ataque de pánico	10	3	2
Ansiedad por separación	2	4	9
Fobia social	4	6	5
Miedos	1	3	11
TOC	4	9	2
Ansiedad generalizada	8	4	3
Número de pacientes			15

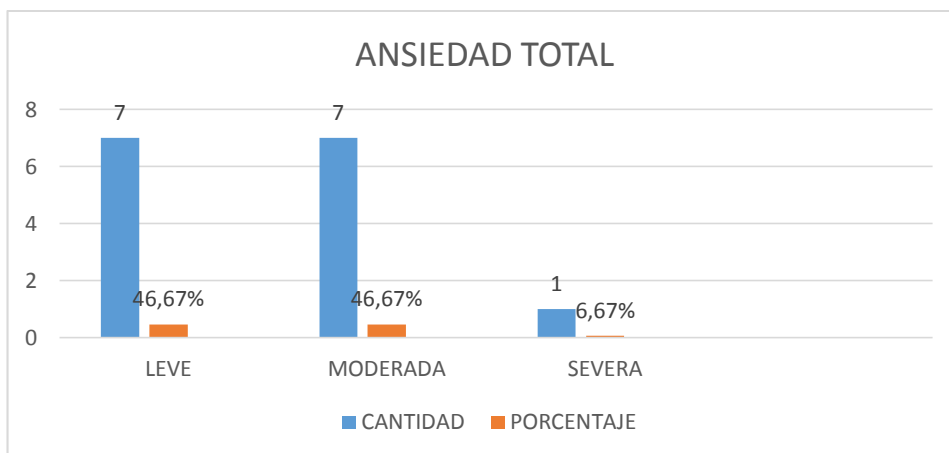
**Gráfico 5. Sub-escalas de ansiedad antes de la aplicación del programa de ludoterapia**

Los resultados obtenidos de la aplicación de la Escala de ansiedad infantil de Spence a los pacientes internados de la Unidad de Oncohematología del Hospital del Niño, muestran mayor prevalencia en las siguientes sub-escalas: miedos, ansiedad por separación y fobia social.

**Tabla 6. Resultados de la escala de ansiedad infantil de Spence (SACS) después de aplicar el programa de ludoterapia**

Isujetos		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	TOTAL
I.	ATAQUE DE PANICO AGAROFOBIA (27)	8	6	7	9	3	6	7	6	7	9	9	7	8	5	8	3
II.	TRAS. ANSIED POR SEPARACION (18)	14	15	12	11	13	14	13	10	12	13	11	11	10	9	12	3
III.	FOBIA SOCIAL(18)	6	7	6	7	7	9	8	9	6	9	11	7	7	7	9	1
IV.	MIEDOS (15)	13	11	11	10	11	11	10	9	11	13	11	12	8	8	8	
V.	TRAST OBSESIVO COM (18)	3	3	2	3	4	2	5	5	5	4	6	5	8	5	5	3
VI.	TRAS D ANSIEDAD GRAL (18)	9	10	8	9	9	10	9	10	8	10	8	8	6	5	8	1
+114	57 -0	53	52	46	49	47	52	52	48	49	58	56	50	47	39	50	

**Gráfico 6. Sub-escalas de ansiedad Infantil de Spence después de la aplicación del programa de ludoterapia**

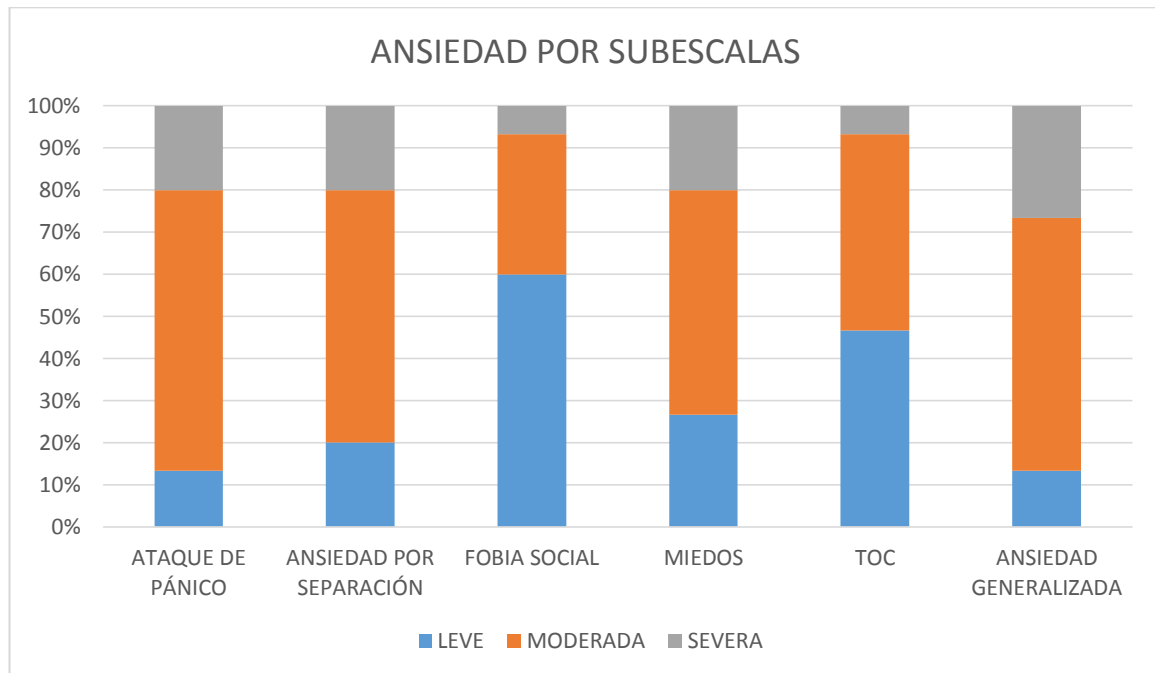


Los resultados obtenidos luego de la aplicación del programa de ludoterapia, muestran un descenso considerable sobre los casos de ansiedad severa a un 46.67% y moderada a un 46.67% que se encontraron en la aplicación de la Escala de Ansiedad infantil de Spence en la muestra observada en los pacientes de la Unidad de Oncohematología del Hospital del Niño, los cambios se observan con mayor precisión en la disminución de los grados de ansiedad severa hasta un 6.67% y moderada a un 46.67%.

**Tabla 7. Resultados por sub-escalas de ansiedad infantil de Spence después de la aplicación del programa de ludoterapia**

Ansiedad de Spence	Leve	Moderada	Severa
Ataque de pánico	2	10	3
Ansiedad por separación	3	9	3
Fobia social	9	5	1
Miedos	4	8	3
TOC	7	7	1
Ansiedad generalizada	2	9	4
Número de pacientes			15

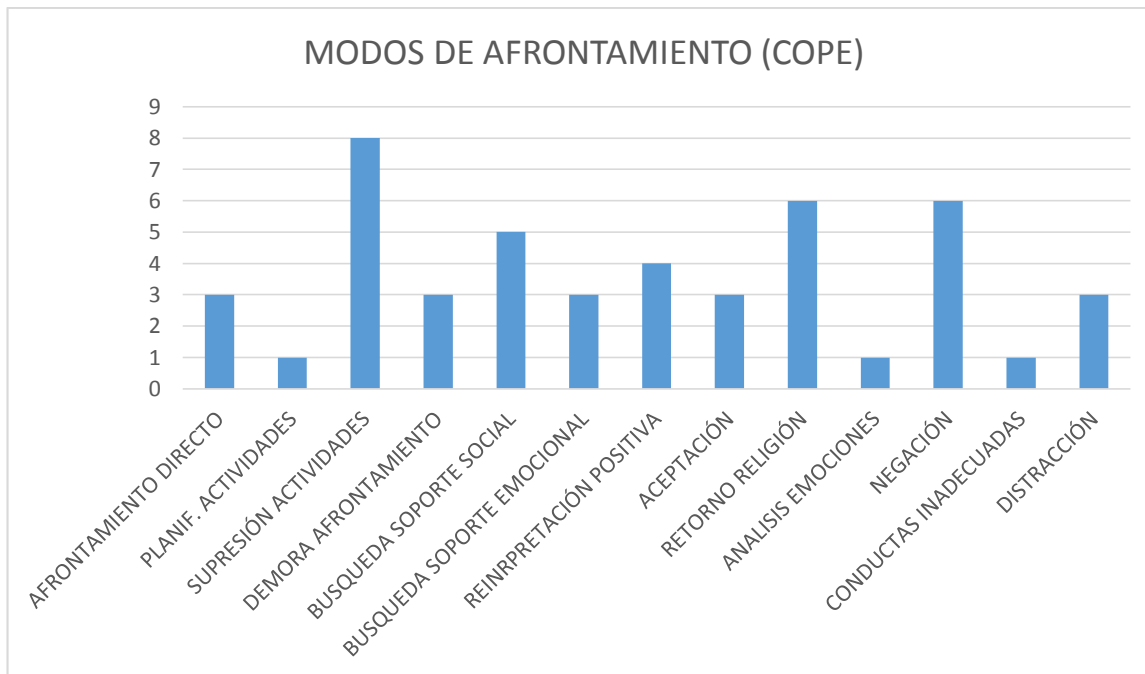


**Gráfico 7. Sub-escalas de Ansiedad después del programa de Ludoterapia**

Los resultados que muestra el gráfico, indican un descenso en las sub-escalas antes registradas con mayor puntuación en ansiedad severa (ansiedad por separación, fobia social y miedos), en la única sub-escala que se registra mayor puntuación es en ansiedad generalizada. En las demás sub-escalas se observa un descenso significativo.



**Gráfico 8. Análisis de los resultados del Cuestionario de Modos de Afrontamiento del Stress (COPE) a padres y madres de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Oncohematología del Hospital del Niño.**



Los resultados del gráfico 8, muestran que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los padres y madres de los niños hospitalizados son: la supresión de actividades, retorno a la religión y la negación. Y las menos usadas o las que tienen menor preferencia son: el análisis de emociones, la planificación de actividades y conductas inadecuadas.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Por medio de la aplicación del Programa de ludoterapia aplicado a quince pacientes hospitalizados en la Unidad de Oncohematología del Hospital del Niño, dicho programa está compuesto de veinte sesiones individuales y cinco grupales donde se obtuvieron los siguientes resultados de la aplicación de la Escala de Ansiedad Infantil de Spence:

- El 40% de los pacientes presentaban ansiedad severa al momento de la aplicación de la escala de Ansiedad Infantil de Spence, y 46.67% ansiedad moderada de la muestra

total observada, mostrando mayor puntuación en las sub-escalas de ansiedad por separación, miedos y fobia social.

- Se encontraron puntajes altos en las sub-escalas de miedo con un 73.33% de respuestas, la sub-escala de ansiedad por separación con un 60% del total de las respuestas y un 33.33% de la sub-escala de fobia social.

Al finalizar el programa de ludoterapia, se observa diferencias significativas en los resultados del postest, demostrando que el programa de terapia lúdica tiene avances significativos en la disminución de las manifestaciones de ansiedad en la población de internos de la Unidad de Oncohematología. A continuación, se detalla los resultados obtenidos después de la aplicación del programa de ludoterapia:

- El 6.67% de la población estudiada registro ansiedad severa luego de la aplicación de la Escala de Ansiedad Infantil de Spence, el 46.67% de la población estudiada registro ansiedad moderada y el 46.67% de la población total mostró ansiedad leve.
- Los registros de las sub-escalas de ansiedad por separación, miedos y fobia social, registraron descensos significativos.

Las puntuaciones finales, brindan datos importantes de disminución de los niveles totales de ansiedad en los niños y niñas, con lo cual se comprueba que la ludoterapia es eficaz para la disminución de ansiedad en los niños con cáncer que se encuentran hospitalizados.

Con respecto a la relación existente entre edad, sexo y diagnóstico médico de los pacientes y ansiedad, es importante mencionar los siguientes resultados:

- Con relación a edad, los niveles de ansiedad más elevados, se presentan en pacientes menores a los diez años, y con internación inicial, que son los que muestran mayores dificultades para adaptarse al contexto hospitalario, los procedimientos médico-quirúrgicos y el tratamiento oncológico.
- Con relación a sexo, en la muestra tomada de quince pacientes hospitalizados, once son varones y cuatro mujeres, contamos con una población importante de niños, y considerablemente disminuida de niñas, entonces es importante precisar que los niveles de ansiedad son los más elevados en el género masculino. Sin embargo, es

importante mencionar que, según la teoría, la mayoría de las neoplasias y ciertos tumores tienen mayor prevalencia en varones que en mujeres.

- Con relación al diagnóstico médico, en los resultados obtenidos de la muestra estudiada, se considera los diagnósticos médicos con mayores niveles de ansiedad en primer lugar a la Leucemia Linfoblástica Aguda LLA de células B, por que esta tiene un tiempo de tratamiento muy largo, de aproximadamente cinco años y los procedimientos en el tratamiento requieren internación prolongada en las primeras fases, vigilancia y controles permanentes en laboratorios, toma de muestras, punciones lumbares, etc., entonces todo este proceso causa mayor ansiedad para el paciente oncológico pediátrico y también para sus padres genera incertidumbre de un buen pronóstico; posteriormente encontramos a los linfomas y los tumores, ambos generan niveles de ansiedad elevados ya que de forma paralela al tratamiento quimioterápico están acompañados de cirugías que en algunos casos pueden presentarse ablaciones o amputaciones, extirpaciones, etc.

De forma paralela se realizó la aplicación del cuestionario de modos de afrontamiento del stress COPE de Carvel, a los padres y madres de los niños con cáncer hospitalizados. Obteniéndose los siguientes resultados:

- Muestran que las estrategias de afrontamiento que utilizan con mayor frecuencia los padres y madres de los niños hospitalizados son: la supresión de actividades, retorno a la religión y la negación. Observándose que, al momento de enterarse del diagnóstico de sus hijos, los padres dejan todas sus actividades cotidianas para dedicarse al cuidado de sus hijos, también se observó que frente a la noticia de la enfermedad de sus niños los padres buscan refugio en la religión y en algunos casos los padres se niegan a aceptar la realidad de la situación del estado de salud de sus hijos. Siendo esta una fase natural del proceso de duelo.
- Y las menos usadas o las que tienen menor preferencia son: el análisis de emociones, la planificación de actividades y conductas inadecuadas. Al momento de enterarse del diagnóstico de sus hijos, los padres dejan de planificar actividades a futuro, por encontrarse centrados en la situación actual que atraviesan sus hijos, también dejan de lado el análisis de sus sentimientos y emociones.

## Capítulo V.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Después de la revisión de los resultados obtenidos de la aplicación del programa ludo terapéutico en los pacientes internos y sus familias en la sala de Oncohematología del Hospital del Niño, podemos llegar a las siguientes conclusiones:

- **Se acepta la hipótesis planteada:** La ludoterapia como técnica de intervención reduce los niveles de ansiedad en pacientes hospitalizados en la Unidad de Oncohematología del Hospital del Niño.
- La implementación de la ludoterapia o terapia del juego resulta un recurso favorable en el tratamiento de la ansiedad en los pacientes internos en la Unidad de Oncohematología del Hospital del Niño.
- Después de la verificación de los resultados obtenidos de la aplicación de La Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS) antes y después de la aplicación del programa de intervención ludoterapéutica, se observa que de la totalidad de los pacientes evaluados la mayoría de los niños presentaba niveles de ansiedad grave y moderada, luego de la aplicación del programa de ludoterapia estos resultados disminuyeron significativamente en las puntuaciones de ansiedad severa y moderada, logrando de esta manera un importante avance con el tratamiento psicológico, una permanencia más llevadera durante la hospitalización y la adherencia al tratamiento oncológico.
- En base al diagnóstico institucional realizado en las prácticas pre-profesionales, en el marco del convenio interinstitucional entre el Hospital del Niño y la Carrera de Psicología de la Universidad Mayor de San Andrés, el programa de intervención ludoterapéutica surge como respuesta a una demanda real y específica de la población de pacientes internos de la Unidad de Oncohematología, que logró demostrar que la terapia lúdica es un instrumento válido para atender las principales alteraciones de ansiedad que causan la enfermedad oncológica, la internación y el tratamiento quimioterápico en niños de seis a diez años internos en ésta Unidad, el programa no solo se limitó a investigar variables, sino a intervenir para atender la ansiedad que atravesaban los pacientes, con el reconocimiento del Director y la Jefa de la Unidad de Oncohematología de este nosocomio con la predisposición de ampliar el programa

ludoterapéutico a otros grupos etarios de pacientes, vale decir infantes, pacientes ambulatorios, pacientes aislados, pacientes terminales, así como también en otras afecciones pediátricas y otras salas del Hospital en las que hubo requerimiento.

- Con respecto a la relación existente entre edad, sexo, diagnóstico médico y ansiedad, se concluye que a menor edad mayores niveles de ansiedad; con respecto a sexo existe mayor prevalencia de casos registrados en ésta investigación de varones con relación a mujeres y en relación al diagnóstico médico, los mayores registros de casos de Leucemia Linfoblástica Aguda de células B es la que tiene más incidencia de casos atendidos y por las características del proceso del tratamiento es que genera más ansiedad en los pacientes pediátricos con cáncer..
- De igual manera, tras la aplicación del Cuestionario de Modos de Afrontamiento del Estrés de COPE aplicado a los padres de los pacientes, se obtuvieron resultados importantes para determinar si ellos contaban con estrategias de afrontamiento frente a la enfermedad de sus hijos, observando que la mayoría de los padres deja todas las actividades que realizaba para dedicarse por completo al cuidado de sus hijos, busca refugio en la religión y utilizan la negación como mecanismo de defensa frente a esta situación como las estrategias más utilizadas por los padres. Es importante destacar que a través de la implementación de los Grupos de Autoayuda para Padres de Pacientes Oncológicos se impulsó a la creación de la Asociación de padres de Niños con Cáncer, beneficio que se dio para empoderar el pilar fundamental para los niños enfermos con cáncer: la familia
- Se rescata la importancia del trabajo multidisciplinario de los profesionales en salud que atienden en la Unidad de Oncohematología para logran la adherencia al tratamiento.
- Se corrobora el planteamiento de la psicología de enlace cuyo pilar principal es la alianza paciente-familia-equipo de salud.
- Resulta de gran importancia la inclusión de la familia en las terapias de juego con sus hijos, para reforzar los vínculos fraternos y brindar apoyo durante su estancia en el hospital, así los niños muestran mayor seguridad y confianza para colaborar en los procedimientos médicos y el tratamiento.

Es un importante el avance logrado en la investigación sobre la aplicación de la ludo terapia para la disminución de las manifestaciones de ansiedad que presentan los pacientes internos en la Unidad de Oncohematología del Hospital del Niño, más aún se debe continuar con la investigación en otras áreas y poblaciones menores y adolescentes, y elaborar protocolos para el manejo adecuado de este tipo de pacientes.

#### RECOMENDACIONES.

Se recomienda continuar con el programa de ludeterapia para todos los pacientes internados y para los que reciben quimioterapia ambulatoria en la Unidad de Oncohematología del Hospital del Niño, ya que se ha convertido en un instrumento valioso en la disminución de manifestaciones de ansiedad, y puede ser útil en pacientes que presenten trastornos depresivos, trastornos adaptativos y de la misma manera es conveniente aplicar este instrumento en los padres de los pacientes para contribuir a que la internación prolongada sea más confortable para los niños y sus familias.

Es importante mantener a los padres informados sobre los protocolos que debe seguir el paciente oncológico pediátrico y hacerlos partícipes de todos los procedimientos médicos para que se sientan comprometidos con el tratamiento y se pueda obtener la adherencia al tratamiento que es importante para cualquier pronóstico de la enfermedad oncológica.

La investigación demuestra que este tipo de terapias es beneficioso, principalmente para disminuir experiencias de dolor, ansiedad y depresión en oncología pediátrica.



## BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA.

- Aquino, H. Joya, K., (2009), Programa de terapia lúdica orientado a la disminución de las alteraciones del estado de ánimo en niños/niñas de la tercera infancia que adolecen de enfermedad médica y que tienen un periodo mayor de cuatro días en el hospital nacional de niños Benjamín Bloom, Tesis (Universidad “Dr. José Matías delgado), antiguo Cuscatlan, El Salvador.
- Arcos, M. y col. (2014), El juego educativo en niños preescolares con leucemia hospitalizados, *Revista científica UNIBE*, Bogotá.
- Bragado, C. y Fernández, A. (1996), Tratamiento psicológico del dolor y la ansiedad evocados por procedimientos invasivos en oncología pediátrica, *Red de Revistas científicas de América latina y el Caribe, España y Portugal*, Vol. 8, n°3, pp.625-656, Madrid.
- Cabrera, P., y col. (2005), Ansiedad y depresión en niños diagnosticados con cáncer, *Revista de psicopatología y psicología clínica*, Vol. 10, n°2.
- Cárdenas, M. (2010), Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes, Instituto nacional de psiquiatría: Ramón De la Fuente Muñiz, México.
- CIE-10-ES, Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Revisión Modificación Clínica, 2ª Edición, Tomo I diagnósticos, 2018, España.
- Crau C., (2002), *Impacto psicosocial del cáncer infantil en la familia, educación, desarrollo y diversidad*, Vol. 5, n° 2, pp. 67-87.
- Del Cañizo, M., (2017), Manejo del dolor a través de terapia de juego: revisión sistémica, *TOG (A Coruña)*, revista en internet, Vol. 14, Londres.
- Evaluación del Inventario BDI-II, inventario de depresión de Beck.
- Escobar, M. Segura, B., (2013), Intervención psicológica en familias de niños con diagnóstico de cáncer, Universidad de San Buena Ventura, Santiago Cali.
- Fontanella, Schaefer C, O’Connor K. (1972), *Psicología del juego infantil*. 1ª ed. Ed. Barcelona: pp. 11-19, 35-93.
- Foucault, M., (2004), El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica, ed. Siglo XXI, 21ª Edición, México.
- García, Q. Martínez, S., Cáceres, O., (2001), Implementación de un programa de intervención cognoscitiva-conductual en el afrontamiento de la crisis generada por

el diagnóstico y el tratamiento médico del cáncer, Universidad Pontificia Bolivariana.

- Gryzbowski, S, Álvarez H, (2011), *Psicoendocrinología: Práctica Clínica e Investigación*, Bolivia.
- Hernández, A. M., (2012), *El juego como herramienta y apoyo psicológico en la adherencia terapéutica. El caso de una población hemato-oncológica del instituto nacional de pediatría*, Tesis (UNAM), México.
- Hernández, M, G, (2014), *La función del juego en el ambiente hospitalario*, *Acta pediátrica de México*, vol.35, n°2.
- Hernández Sampieri R., (2014), *Metodología de la Investigación 6ª ed.* Ed. Mac Graw Hill, México.
- Huizinga, J., Homo,L.,(2012), *El juego como herramienta y apoyo psicológico en la adherencia terapéutica. El caso de una población hemato-oncológica del Instituto Nacional de Pediatría*. México: Tesis (UNAM); 2012. pp. 26-41, 109-125. 4. 1ª ed. 2000, 6ª reimpresión 2007. Madrid: Alianza Editorial/Emecé Editores. pp. 11-117. 5.
- Hernández, M. G., y col. (2009), *Indicadores de alteraciones emocionales y conductuales en menores oncológicos*, *Psiconcología*, Vol. 6, n°2-3. México.
- Lazarus, R., Folkman, S., (1986), *estrés y procesos cognitivos*, ed. Martínez Roca, Barcelona.
- *Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*, 5ª edición, editorial médica panamericana.
- *Manual de la entrevista Psicológica*, (2012), ediciones Pirámide.
- Méndez, Orgiles, López, Espada, (2004), *Atención psicológica en el cáncer infantil*, *Psicooncología*, Vol.1, n°1, México.
- Moro, G, L., Domingos V. S, Fernández-Conde M, Villares M. A. (2010), *Una experiencia de terapia ocupacional con pacientes oncológicos*, *TOG (A Coruña)*, *Revista en internet*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (2002), *Calidad de vida en programas nacionales de lucha contra el cáncer: directrices sobre política y gestión*, Ginebra.

- Pérez, G, (2013), Desarrollo de estrategias psicosociales en equipos de salud para promover la calidad de vida en pacientes con cáncer, *Revista de Investigación Psicológica* N°9, La Paz.
- Rocha, M, (2017), El juego como recurso psicológico para construir estrategias de afrontamiento en niños con cáncer, Bogotá.
- Santos, K, (2017), La ludoterapia como estrategia psicoterapéutica para disminuir las manifestaciones de ansiedad en niños y niñas de 6 a 11 años hospitalizados en el servicio de oncohematología, Quito.
- Schaefer, Ch, E, (2012), Fundamentos de terapia del juego, segunda edición, editorial el Manual Moderno, Madrid.
- Sepúlveda M.G, Ramírez, M., Alcaíno M. C., García A. G., (2012) Psicoterapia Evolutiva constructivista en niños y adolescentes, Universidad de Chile, Santiago.
- Sosa, C., Prieto, (1988), Intervención psicológica con pacientes oncológicos, Universidad de Laguna, Tenerife, España.
- Uriel, Fabiana, Scheinsohn, María Josefina, Becerra, Luciana, Danna, Ana y Pérez, Marcelo Antonio (2016). diseño y construcción de la entrevista para la evaluación diagnóstica infantil (EED-I). VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

ANEXOS.