



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"LA APERCEPCION DE LA INTEGRACION FAMILIAR DEL  
NIÑO CON LEUCEMIA".

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A N :**

**GARCIA SANCHEZ/ DELFINO E.  
RAMIREZ GONZALEZ IRMA MAGNOLIA**

DIRECTORA: L. C. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO  
PRIMERA REVISORA: DRA. BERTHA BLUM GRYNBERG



FACULTAD  
DE PSICOLOGIA

MEXICO

2003.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS.**

En primer lugar deseo agradecer profundamente a la **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**, a la que llamo mi segundo hogar, por la formación personal y profesional que he recibido de ella desde el bachillerato, en la inolvidable **Escuela Nacional Preparatoria #5**, donde día a día aprendí el orgullo de ser llamado: **UNIVERSITARIO**.

A la **H. Facultad de Psicología**, desde el primer día hasta el último día de estancia en sus aulas y por la segunda oportunidad de formación que me brindó para ser alguien que sirva para servir a sus semejantes.

A mis **Maestros** de quienes aprendí una gran ciencia llamada **Psicología** y la gran responsabilidad de ejercerla con amor y destreza, en especial a la **Lic. Patricia Meraz**, **Dr. Armando Nava**, **Lic. Germán Alvarez**, **Lic. Ericka Muriilo**, **Dr. David Aurón**, **Dr. David Velázquez**, **Dr. Víctor Ramírez**, **Mtra. Enedina Villegas**, **Lic. Alicia Migoni**, **Dra. Marcela López**, **Dr. Marco Rigo Lemini**, **Mtra. Martina Jurado**, **Dr. Mario Cicero**, **Mtra. Berenice Mejía**... en fin a todos ellos; que compartieron sus conocimientos y experiencias a lo largo de nueve semestres, sus enseñanzas las guardaré en mi memoria siempre que ejerza mi profesión.

A la **Dra. Bertha Blum Grynberg** y a la **Lic. Eva Esparza Meza**, coordinadoras del **Proyecto para optimizar la enseñanza y profesionalización del Psicólogo Clínico**; la oportunidad de aprender a través de su apoyo, guía y consejo. También por ser la primera revisora y sinodal de este trabajo... por revisar y corregir el mismo con mucha paciencia.

A la **Lic. Guadalupe Santaella Hidalgo**, sus enseñanzas y por poder dirigir esta tesis... con gran paciencia.

A la **Lic. Rosario Muñoz Cebada**, por sus clases y su tiempo para leer y revisar esta tesis.

A la **Mtra. Martha Cuevas Abad**, por su gran ayuda para ponerle ciencia a esta idea que concebí hace mucho tiempo.

A la **Mtra. Paloma García**, por su supervisión, guía y consejo siempre atinados y oportunos, por prepararme a dar el paso de estudiante teórico a profesional práctico con los pacientes...a partir de mis fallas y errores.

A la **Dra. Noemi Mundo**, por ser guía y testigo de un proceso terapéutico personal y por su ayuda a darme cuenta de mi saber no sabido.

Al **Centro Médico Nacional Siglo XXI**, al **Hospital de Pediatría (Servicio de Hematología)** y al **Hospital de Cardiología**, en especial al **Servicio de Cardiopatías Congénitas**. A la **E.J.S. Elizabeth Barutieta Paz** y a la **Lic. Rosa María González Ramírez**, por su valioso trabajo que día a día desempeñan en dicho servicio.

Al Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" en el Servicio de Hematología, mi segunda Universidad, donde aprendí lo que los pacientes de leucemia me enseñaron, en la Sección 2-3 de adultos y en la Sección 5-2 de pediatría.

Dra. Jefe de Servicio de Hematología Elvira Trueba Christy, por el cordial recibimiento que tuvo hacia mi persona y profesión...después de un doloroso exilio. Todo mi reconocimiento hacia alguien tan preparado y capaz como usted.

Con respeto y admiración al Dr. José de Diego Flores Chapa la confianza de alguien tan eminente como usted, para dirigir las sesiones de los grupos de auto-ayuda de los padres y familiares de los pacientes con leucemia.

A los Médicos residentes de Hematología de la Generación 1999 -2002; en especial al Dr. Jesús Castellanos por su amistad, confianza y conocimientos de hematología que compartió conmigo; Dr. Alejandro Nájera su ayuda, estima y amistad, Dra. Javiela Tejada su compañerismo y amistad.

A las enfermeras del Servicio de Pediatría de la sección 5-2 del Turno Matutino E.J.S. María Martha Cruz y su equipo de trabajo Jacqueline, Natalia y Patricia. Del Turno Vespertino, a la E.J.S Leonor Flores Reyes. A todas ellas por su confianza, apoyo, nobleza y recibimiento en el servicio.

A la sección 2-3 del Turno Vespertino, a la Lic. E.J.S. María Teresa Sofía Medina Martínez por su gran amistad, ejemplo, consejo, guía y apoyo, que perdura hasta la fecha y espero siempre.

A su gran equipo de trabajo, mi profundo reconocimiento a su capacidad, nobleza y desempeño, las enfermeras, Pili, Sarita, Bety, Lupita, Eli y Gisela, gracias por su amistad, compañerismo y confianza.

D

Este trabajo esta dedicado a Dios, por darme fuerza y vida cada día que estuve con los pacientes y dame aliento para decirles una palabra que les ayudara a vivir... ó a partir.

A mi Padre, Delfino García Gaona, por todo su apoyo y confianza incondicional que me ha brindado desde que me enseñó mis primeras letras, siguiendo su ejemplo de disciplina y entrega al trabajo.

A mi Madre, Dora Sánchez Hernández, quien desde que antes de yo naciera siempre me ha dado, amor, comprensión, cariño y ternura en mis alegrías, enojos, tristezas, lágrimas, aciertos y errores... sobre todo cuando algún paciente del hospital partía.

A mis hermanos Edith y Víctor, gracias por hacerme cómplices de sus risas, sueños, ilusiones, travesuras y juegos...pero sobre todo por estar siempre ahí.

A mi pequeño sobrino, Aarón, que siempre ha tenido un lugar muy presente en mi corazón.

Al resto de mi familia, mis tíos, en especial mis tíos Aurora y Cornelio; a todos mis primos.

En recuerdo de mi abuelita Leonor Hernández, de mis tíos Olivia Sánchez y Margarito Sánchez...

A mi padrino, el Dr. Efraín Machado Bahena, por su ejemplo e influencia que he recibido de él desde mi niñez... por la calidad de profesionista que aspiro llegar a ser.

A mi gran maestra y amiga, Dra. Irma Rosas de Alva, sus enseñanzas, confianza y amistad, y quién de ella aprendí el manejo psicológico del paciente hospitalizado mi más profundo agradecimiento y admiración hacia ti.

A la Profa. Luz María Alquicira y familia; su amistad, confianza y apoyo que me ha brindado desde que los conocí.

Al Dr. Juan Gabriel Martínez Flores, con quién he vivido desde los años del bachillerato hasta la fecha, una gran confianza y amistad, sobre todo por que hemos crecido juntos en las buenas y en las malas.

A la Psic. Irma Magnolia Ramírez González, por el tiempo que compartimos juntos... en la escuela, el hospital y el trabajo que trabajamos con los pacientes incluido el presente.

A mis amigos y compañeros de la Facultad, Roberto, Brenda, Nancy, Nadia, Vicky, Carolina, Alejandra, Vanessa, Nubia por los semestres que pasamos juntos.

A mis amigos y hermanos de Tuna, Kristian, Arturo, Miguel, Salvador, Erick, Edgar, Enrique, Marco, José Luis, Dante, Héctor, José Luis y Víctor.

Al Lic. Hilario Saavedra Pérez quién la vida me permitió conocerlo en una situación muy particular pero que permitió forjar una gran amistad.

E

A los genios que inspiraron este trabajo, S. Freud, A. Freud, D.W. Winnicott, E. Erikson, M. Bekéi, J. Lacan, M. Mahler, R. Spitz, L. LeShan, M. Klein, L. Bellak, N. Ackerman, N. Carlson, C. Cooper, W. Greene., F. Doto, J. Piaget, S. Minuchin, L. Freedman.

A los que participaron en este estudio... el cuál se ha convertido en testimonio de los que ya partieron; Jesús, Osiris, Ramón, Tere, Roberto, Martha, Ulises, Marisol, Nadia, Lorena, Guadalupe, Lutú, Luis, Alejandro, Ángel, Sebastián, Betzaida, Emanuel, Eva, Saúl, Adán, Emanuel, Candelaria, Hermelinda, ...

Muy en especial a la memoria de Alexis.

A todos aquellos que en algún momento recurrieron a mí como alumnos ó pacientes.

*A los sarmientos que no florecieron y que no han florecido.*

**Delfino.**

A

Este Trabajo es el resultado del apoyo de muchas personas a quienes deseo agradecer de esta humilde manera su contribución...

A la Universidad Nacional Autónoma de México, de quien puedo decir realmente mi casa, a las Instituciones que creyeron en el trabajo profesional que el psicólogo puede desarrollar, al Centro Médico Nacional Siglo XXI del I.M.S.S., y especialmente al centro Médico Nacional 20 de Noviembre del I.S.S.S.T.E.

Agradezco enormemente el apoyo brindado por las profesoras que revisaron este trabajo y realizaban las correcciones necesarias, mil gracias Dra. Bertha Blum, Lic. Guadalupe Santaella, Lic. Eva Esparza, Lic. Rosario Muñoz, Mtra. Martha Cuevas.

Evidentemente este trabajo deseo dedicarlo a todos y cada uno de los pacientes de quienes aprendí, mucho más que Psicología, a todos y en su memoria el esfuerzo realizado.

A mis padres por creer en mí, por haberme dado las alas y el impulso para buscar mi camino, a mis hermanos por el sólo hecho de serlo. A mi familia en general.

A mis amigos, Paco, Luis y Luz María, por ser eso AMIGOS.

Sin embargo este trabajo lo dedico especialmente a un ser que cambio mi existir y modificó el brillo de mis ojos, a quien sin conocerlo del todo aún, es ya el eje y motor de mi futuro, deseando que un día al leer estas letras, puedas sentir orgullo de tus padres, a ti y por todo mi trabajo y corazón, a ti, mi bebé.

**Magnolia.**

**Índice.**

<b>Resumen.</b>	<b>I</b>
<b>Introducción.</b>	<b>II</b>
<b>Capítulo 1. - El desarrollo del niño de 6 a 10 años.</b>	<b>1</b>
- <b>Teorías psicológicas del desarrollo infantil de 6 a 10 años.</b>	<b>2</b>
Teoría Psicoanalítica. (Freud, S.)	2
Teoría Psicosocial. (Erickson, E.)	4
Teoría Cognoscitiva (Piaget, J.)	6
- <b>El mundo interno del niño.</b>	<b>9</b>
Temperamento.	9
Motivación.	11
Inteligencia.	12
Talento ó Aptitudes.	13
Fantasía	14
Desarrollo del concepto de si mismo entre los 6 y los 10 años de edad.	16
<b>Capítulo 2. - El niño dentro de su contexto familiar.</b>	<b>18</b>
<b>La familia como contexto del desarrollo.</b>	<b>19</b>
Papel de los padres.	19
Relación entre padres e hijos.	21
Hermanos y Relación entre los hermanos.	23
<b>El desarrollo de los procesos emocionales y sociales en la familia.</b>	<b>24</b>
Desarrollo de la confianza.	25
Desarrollo Moral.	
<b>La influencia del ambiente en el desarrollo social y emocional.</b>	<b>26</b>
<b>Relaciones entre el proceso cognoscitivo y el proceso social y emocional.</b>	<b>27</b>
<b>Estrategias de afrontamiento en el niño.</b>	<b>28</b>
Estrategias Activas y planificadas para manejar el medio.	28
Respuestas emocionales.	28
Respuestas activas y de reacción a la tensión.	29
<b>Interacción Familiar.</b>	<b>29</b>
<b>Enfoque Sistémico (Minuchin, S.)</b>	<b>31</b>
<b>Apercepción Familiar del niño.</b>	<b>32</b>

<b>Capítulo 3. — Impacto del cáncer en el niño y su familia.</b>	<b>34</b>
<b>Antecedentes en las consideraciones psicológicas del cáncer.</b>	<b>35</b>
<b>Impacto psicológico del cáncer.</b>	<b>40</b>
<b>Problemas psicológicos en el momento del diagnóstico de cáncer en los niños.</b>	<b>42</b>
<b>Familia y enfermedad.</b>	<b>42</b>
<b>Alteraciones en el desarrollo del niño por enfermedad crónica.</b>	<b>47</b>
<b>Tratamiento psicológico para el paciente con cáncer.</b>	<b>49</b>
<b>Capítulo 4. — La Leucemia Aguda Infantil.</b>	<b>51</b>
<b>Definición de leucemia.</b>	<b>52</b>
<b>Epidemiología.</b>	<b>52</b>
<b>Clasificación.</b>	<b>53</b>
<b>Etiología.</b>	<b>53</b>
<b>Fisiopatología.</b>	<b>54</b>
<b>Cuadro Clínico.</b>	<b>54</b>
<b>Diagnóstico.</b>	<b>55</b>
<b>Tratamiento.</b>	<b>55</b>
<b>Capítulo 5. — Método.</b>	<b>59</b>
<b>Planteamiento del Problema.</b>	<b>59</b>
<b>Pregunta de Investigación.</b>	<b>60</b>
<b>Objetivos.</b>	<b>60</b>
<b>Hipótesis.</b>	<b>60</b>
<b>VARIABLES.</b>	<b>62</b>
<b>Definiciones.</b>	<b>62</b>

<b>Población.</b>	<b>62</b>
<b>Técnica de Muestreo.</b>	<b>62</b>
<b>Muestra.</b>	<b>62</b>
<b>Tipo de Estudio y Diseño.</b>	<b>63</b>
<b>Materiales.</b>	<b>63</b>
<b>Instrumento.</b>	<b>63</b>
<b>Forma de Calificación del Instrumento.</b>	<b>65</b>
<b>Procedimiento.</b>	<b>68</b>
<b>Tipo de Análisis y Resultados.</b>	<b>68</b>
<b>Capítulo 6. — Resultados.</b>	<b>69</b>
<b>Capítulo 7. — Análisis de Resultados.</b>	<b>80</b>
<b>Capítulo 8. - Conclusiones, limitaciones y sugerencias.</b>	<b>82</b>
<b>Bibliografía.</b>	<b>92</b>
<b>Apéndice.</b>	<b>98</b>

## Resumen.

El presente estudio se realizó en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, en 25 niños con leucemia linfoblástica aguda L1 y L2 entre 6 y 10 años, 8 de ellos de diagnóstico reciente, 9 en fase de mantenimiento y 8 en recaída dentro del tratamiento. Por lo que se dividieron en tres grupos que se denominaron para fines de esta investigación en Grupo A, Grupo B y Grupo C, respectivamente.

Se aplicó a los niños la prueba de apercepción FIAT (Family Interaction Aperception Test) que evalúa la interacción familiar, en tanto que a sus padres se les realizó una entrevista estructurada a través de la cuál se obtuvieron los datos clínicos sobre el paciente, la estructura familiar y algunas reacciones de la familia frente a la enfermedad.

La respuesta a la pregunta de investigación fué afirmativa, ya que por medio del análisis de los resultados, podemos concluir que efectivamente la apercepción de la interacción familiar del niño con leucemia es diferente en cada una de las fases del tratamiento

Los resultados se procesaron con la prueba de ANOVA Kruskal- Wallis no paramétrica y un nivel de significancia de .05.

*De acuerdo con las áreas evaluadas del FIAT, los resultados muestran diferencias significativas en crianza, cooperación y aceptación de responsabilidad.*

Por otra parte, de acuerdo a los objetivos específicos del presente estudio, se cumplió con el de analizar las posibles diferencias de apercepción familiar, se detectaron las características del ambiente familiar en niños en fase de diagnóstico reciente, mantenimiento y de recaídas en el tratamiento de la leucemia linfoblástica aguda.

Se aceptaron las siguientes hipótesis:

H1.- Si existen diferencias significativas entre los tres grupos de niños con leucemia en tratamiento en cuanto a apercepción de la interacción familiar.

H1<sub>1</sub>.- Si existen diferencias significativas entre los tres grupos de niños con leucemia en tratamiento en cuanto a los aspectos de apercepción de crianza.

H1<sub>5</sub>.- Si existen diferencias significativas entre los tres grupos de niños con leucemia en tratamiento en los aspectos de apercepción de cooperación.

H1<sub>6</sub>.- Si existen diferencias significativas entre los tres grupos de niños con leucemia en tratamiento en los aspectos de apercepción de aceptación de responsabilidad.

## Introducción.

Por años el hombre se ha preocupado por su salud y el mantenimiento de ésta, la enfermedad representa la pérdida de la salud y reduce en gran parte las capacidades físicas de quién la padece, sobre todo si se trata de un padecimiento crónico. Este tipo de enfermedades, independientemente de la etapa de la vida en la que se presente, trae en sí, una serie de pérdidas, ocasionando una depresión que suele invadir al paciente e incluso permanecer a lo largo de su tratamiento. En las personas adultas la enfermedad crónica representa la pérdida de su independencia, de sus capacidades, abandono de las actividades que realizaba, es decir, hacer a un lado las cosas que más le producían bienestar y satisfacción, que van desde los pasatiempos hasta el empleo, y el paso por estas experiencias es abrumador. (Shuman, R., 1999)

En el niño puede ser más abrumador el significado de una enfermedad crónica, ya que interrumpe de manera abrupta su desarrollo físico y emocional; ahora bien, esta interrupción varía según el desarrollo psicológico alcanzado por el niño al comienzo de la enfermedad, el tipo y la localización de la enfermedad, la relación madre-hijo y las condiciones familiares y socioeconómicas del niño. (Bekei, M., 1981)

En lo que corresponde a la familia, ante el diagnóstico atraviesa por un impacto emocional que la confunde y al mismo tiempo trata de negar la enfermedad, atribuyéndolo a un error médico ó inmediatamente se remite a pensamientos en dónde el evento aparece como inexplicable, no pueden creer que esto les este pasando a ellos, que no es posible que su hijo se enfermara, ya que siempre lo han cuidado mucho y lo han alimentado bien, etc., y es precisamente en esta fase de recién diagnóstico, cuando el niño y su familia muestran una gran demanda emocional hacia el médico tratante, personal de enfermería y la institución.

Hasta hace poco, la Psicología ha cobrado una gran relevancia en lo que se refiere a la atención psicológica en pacientes crónicos, en los hospitales, en sus hogares a manera de acompañamiento e incluso en no pocas ocasiones en diversos procedimientos médicos dolorosos e invasivos. La investigación en este campo ha avanzado con mayor énfasis en propuestas y modelos terapéuticos que atiendan ciertas demandas en este tipo de pacientes (Taladriz, B., 1993) se han hecho estudios sobre el Impacto de la enfermedad en el paciente y en su familia (Schavelzon, J. et al; 1965; 1978) Alteraciones en el desarrollo psicológico (Eiser, C., 1990) Imagen corporal (Bekei, M., 1981) etc.

No cabe duda de que la enfermedad en el niño causa un gran impacto en la familia, generando desde el diagnóstico, un caos emocional presente entre los distintos miembros que la constituyen. Existen algunas posturas teóricas que indican incluso como las emociones predisponen ó contribuyen de alguna forma en el desarrollo de una enfermedad como sería el cáncer; la literatura reporta cómo en determinadas dinámicas familiares se desarrollan enfermedades, que si se analizan a fondo, pudieran tener un matiz psicossomático, suponiendo en la dinámica de ciertas estructuras familiares, factores tales como graves pérdidas, rechazos, desilusiones, así como una forma de desesperación persistente y silenciosa, una excesiva moderación, además de una idealizada adaptación; elementos que se ven depositados en el miembro de la familia que enferma. (Onnis, L. 1997)

Los procesos psicodinámicos familiares varían según el tipo de organización de la familia; si a esta organización, añadimos las características anteriores y una dinámica que se ha encontrado en las familias psicósomáticas - tal como las denominó Minuchin en 1981- cuyo muy particular rasgo es la evitación o la negación de conflictos tanto internos como externos a la familia; podríamos decir entonces que algunos aspectos ambientales y emocionales, influyen en la evolución de ciertos padecimientos, sobre todo si existen conflictos que afectan a todo el sistema familiar durante largo tiempo, como sería el caso de los niños, a quienes parece afectar desde las etapas más tempranas del desarrollo.

Dentro del marco conceptual del enfoque sistémico, Minuchin describe en sus hallazgos, que en las familias con niños con enfermedades psicósomáticas, existen "enredos" entre los miembros de la familia, padres sobreprotectores, rigidez entre los subsistemas familiares, por ejemplo conflictos entre los padres, baja capacidad para enfrentar y resolver dichos conflictos, y sobre todo límites muy débiles entre los subsistemas parental, conyugal y fraterno. Minuchin considera que la familia centra el conflicto en el paciente identificado, negando otros conflictos en las demás áreas. (Johnson, J.H., et al. 1992)

Para explorar estos probables conflictos que acompañan a un niño desde las etapas más tempranas de su desarrollo, hay que tomar en cuenta que el niño se identifica con sus padres e inicia la formación de sus objetos internos y establece un vínculo con ellos, paulatinamente el niño va percibiendo el ambiente familiar en el que está creciendo, y comienza su adaptación a la dinámica familiar. La percepción es una de las funciones cognitivas que permiten al niño adaptarse a su entorno familiar. A medida que el niño crece, la percepción se va desarrollando, centrándose un poco más en su familia. De acuerdo a esto, surgen una serie de preguntas obligadas que se verán un poco más adelante.

En el presente estudio se hará énfasis en un tipo de padecimiento crónico en particular, la leucemia, y la exploración de cómo la interacción familiar podría influir en la evolución del padecimiento en una población de niños con leucemia. La literatura especializada en trastornos psicósomáticos, alude que la leucemia tiene un trasfondo psicológico digno de tomarse en cuenta, en donde existen antecedentes de pérdida afectiva ya sea por muerte o separación de un ser querido, desesperanza, depresión profunda y estrés. (Greene, W., 1962.)

Se ha partido de la suposición - basada en observaciones - de que el niño enfermo de leucemia tendrá mayores posibilidades de éxito en su tratamiento, si las condiciones emocionales del ambiente familiar se modifican para hacer un afrontamiento positivo de la enfermedad del niño. A diferencia de los niños que sufren recaídas en el tratamiento, donde se ha observado que los conflictos familiares permanecen o incluso se agudizan más; generando así un círculo vicioso entre conflictos y enfermedad.

Dentro de los conflictos que surgen en el "enredo" familiar y que se acentúan con la enfermedad; se ha detectado que los miembros de la familia sobreprotegen de manera abrumadora al niño, alterando su desarrollo y su capacidad de resolver conflictos por el mismo, el impacto original de la enfermedad no se elabora y los conflictos entre los padres se agudizan, llegando incluso a culparse mutuamente de la enfermedad del niño, aumentando los conflictos en el ámbito familiar, que muy probablemente permanezcan e interfieren con una adecuada evolución y tratamiento del padecimiento.

Como se ha dejado entrever de manera muy breve, cuando una enfermedad con alta probabilidad de muerte se presenta en un miembro de la familia, y más aún, en uno de los hijos; se plantea la urgente necesidad de una atención profesional especializada, a fin de apoyar en los aspectos psicológicos al niño enfermo y a su familia. Tal es el caso de la leucemia.

Las exigencias del tratamiento son muchas y prolongadas, requieren atenciones especiales en el cuidado de los pacientes, asistencia periódica a consultas, a análisis médicos y sesiones de quimioterapia en forma regular.

De acuerdo con la bibliografía consultada, la leucemia en remisión por espacio de dos a tres años, se considera como curación de la enfermedad. Resulta entonces interesante plantear el estudio de las relaciones familiares en los niños con leucemia, ya que habría que tratar de establecer algunas diferencias familiares e individuales entre los niños que se curan y aquellos que recaen y probablemente fallezcan, a pesar de padecer el mismo tipo de leucemia y el mismo tratamiento, incluso en ocasiones el mismo médico. La respuesta podría ser que son organismos diferentes, organismos que difieren en el ambiente en el que están inmersos y que implica una historia personal, una familia con interacciones diferentes, y que a su vez adoptan dinámicas distintas que pueden propiciar la salud y el desarrollo ó bien que generen la enfermedad.

Sin embargo, la revisión bibliográfica no reporta información suficiente sobre la aperccepción de la interacción familiar del niño con leucemia ó de una dinámica familiar peculiar que surge desde el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, de ahí que resulte necesario investigar más sobre este tema.

## CAPÍTULO I

### EL DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO DE 6 A 10 AÑOS.

" Entre la inocencia de la infancia y la dignidad de la madurez, encontramos una encantadora criatura llamada, niño."

*Alan Beck.*

El desarrollo psicológico ha sido considerado como el resultado de la interacción dinámica entre los niños y sus ambientes físico y social. Esto se demuestra en la forma en que dicha interacción contribuye al desarrollo y crecimiento del niño, en la manera en que expresan sus capacidades, energía, adaptabilidad, una habilidad creciente para percibir e interpretar los eventos y la forma en que expresa sus estados de ánimo. Los diversos tipos de ambientes en los que puede desarrollarse un niño, le proporcionan recursos y oportunidades para la interacción social, expectativas culturales y patrones de conducta. (Newman, B., Newman, P., 1994)

Después de las etapas tempranas, en las que el niño establece relaciones objetales, identificándose con sus padres, logra desarrollar diversas aptitudes sociales, resuelve conflictos acordes a su edad, se comunica dentro de su entorno, juega con otros niños etc., viene una etapa denominada niñez media ó edad escolar la cuál abarca el periodo de los 6 a los 12 años de edad.

Para diversos autores dicha etapa es un periodo donde se consolidan las pautas ya establecidas, donde se adquieren nuevas habilidades tanto cognitivas como motoras, se inicia una nueva serie de retos que el niño enfrenta. Si el niño cumple exitosamente dichos retos se volverá un niño seguro de sí mismo, el que fracasará desarrollará sentimientos de inferioridad.

Es en estos años, cuando en el niño maduran muchas de las aptitudes cognoscitivas, lingüísticas, perceptuales y motoras e interactúan entre sí, lo cuál permite que el niño siga instrucciones de manera más fácil y eficiente, así como el descubrimiento de los principios lógicos y el manejo de símbolos. (Craig, G. 1996)

Por otra parte, cuando la psicología surgió como una nueva disciplina científica, en especial el psicoanálisis, uno de los campos inmediatos de estudio fue el de tratar de explicar los orígenes de la histeria, pero poco a poco Freud encontró la importancia que tienen las primeras etapas en el desarrollo de dicha patología. Por lo que postuló el desarrollo sexual de la niñez dentro de su teoría. Posteriormente a Freud surgieron otras teorías que también a continuación se describirán.

- **Teorías Psicológicas del desarrollo infantil de 6 a 10 años.**

***Teoría Psicoanalítica.***

SIGMUND FREUD.

Freud denominó etapas psicosexuales a las primeras fases del desarrollo, al considerar que las pulsiones sexuales jugaban un papel predominante en el desarrollo de la personalidad. Freud, también tomó en cuenta que la formación de la misma estaba estrechamente ligada al desenvolvimiento de los instintos sexuales, que en un principio, están separados pero que gradualmente se van integrando en actos sexuales maduros.

También observó que en la niñez, ciertas partes del cuerpo asumen un significado psicológico importante, en base a que estas zonas se vuelven focos de placer sexual. Dichas partes del cuerpo, Freud las tomó para ir nombrando una a una las etapas psicosexuales, que son: oral, anal, fálica y genital.

Las zonas mencionadas vienen a ser el origen de nuevos placeres y conflictos que van a ir moldeando la personalidad, hasta llegar a la última etapa que da lugar a la adolescencia y continúa hasta la vida adulta, donde la madurez de la personalidad se marca con una genitalidad completa como Freud la denominó. El periodo de edad que Freud estableció para la etapa oral es el primer año y medio, para la etapa anal desde el año y medio a los tres años, la etapa fálica tiene lugar entre los 3 a 5 ó 6 años. Mientras que la etapa genital tiene lugar en el comienzo de la adolescencia. (Dicaprio, N.S., 1989)

Freud postuló que entre los 6 a 12 años de edad, no existe una **etapa psicosexual** como tal, ya que creyó que durante este lapso de edad se dan los "preparativos" para la siguiente etapa que es el comienzo de la sexualidad a un nivel genital. Freud denominó a dicho lapso de edad como **período de latencia**, donde se consolida lo hasta entonces aprendido en el niño y comienza una fase de desarrollo físico y cognitivo acelerado con los patrones establecidos en las etapas anteriores.

Una definición del periodo de latencia podría ser la siguiente: *Se sitúa en el apaciguamiento de la sexualidad infantil (5 ó 6 años al inicio de la pubertad), se caracteriza por la disminución de las actividades sexuales, así como la aparición de aspiraciones morales y estéticas. El periodo de latencia se debe a una declinación del complejo de Edipo. En la práctica clínica se ha observado que el periodo de latencia no es constante.* (Warren, H. 1970)

Como nos dice la definición de latencia, no existe totalmente ya que se interrumpe constantemente por excitaciones, prueba que el desarrollo sexual no se detiene, continúa debajo de la superficie, sin muchas manifestaciones.

De acuerdo a lo anterior, Freud postuló que las pulsiones sexuales pierden su objetivo inmediato de satisfacción genital y se dirigen hacia un objetivo diferente por medio de la sublimación ante dichos instintos, él yo se expande intelectualmente, aumentan los conocimientos y se prepara para la socialización en un medio cultural. Freud denominó a la formación reactiva y la sublimación como los diques que regulan y desvían los impulsos a otros fines de los cuales dependía toda la vida normal social y cultural posterior del sujeto. (Freud, S., 1905)

Posteriormente, Freud profundiza más sobre la culminación del Complejo de Edipo y la entrada al período de latencia, donde enunció que después de que el deseo hacia la madre sucumbe ante la amenaza de castración, el niño comienza a reprimir dichas pulsiones sexuales, por lo que después las abandona, las desexualiza y se subliman; lo que permite que sus objetos se incorporen al yo, donde forman el superyó.

Paulatinamente, por la identificación que se da con el padre se forma el ideal del yo, en donde el niño proyecta un devenir posible de sí mismo donde la realización de sus deseos se difiere a otros objetos, por ejemplo, cuando el niño comienza a decir frases como "Cuando sea grande quiero ser como mi papá".

Van predominando los procesos secundarios sobre los procesos primarios. Brusset considera que esto permite que las identificaciones se reestructuren y determinen nuevos sistemas de investiduras objetales y narcisistas. A la par, aparece la inhibición de fantasías y mecanismos de defensa del tipo obsesivo, por ejemplo, aislamiento, formaciones reactivas y ritualización. (Brusset, B., 1992)

Este mismo autor nos describe que los mecanismos de defensa que se forman durante el período de latencia, se distinguen por ser mecanismos defensivos y/o elaborativos y señala la importancia de que en esta etapa se adquiere la inhibición de meta y del placer del funcionamiento, sobre el valor que tienen para reforzar el narcisismo secundario y el desarrollo de la autonomía (Kestemberg, citado en Brusset, 1992).

Dentro del período de latencia se presentan diversas perturbaciones que Bornstein diferenció en dos fases; la primera que abarca de los 5 a los 8 años en donde se presenta la rigidez de las defensas ante la sexualidad y la lucha ante la masturbación, ya que han sido interiorizadas e incorporadas al yo las prohibiciones procedentes del Edipo. También cabe mencionar que el yo que se ha formado hasta el período de latencia, en principio es frágil por lo que es común que se presenten inhibiciones y regresiones pre-genitales, como lo sería la succión del pulgar, voyeurismo, fantasías sadomasoquistas. En la segunda fase que abarca de los 8 a los 10 años, Bornstein considera que hay fuertes contrainvestiduras que mantienen la represión, por lo que se presentan mecanismos obsesivos. Las formaciones reactivas también se presentan y refuerzan las investiduras narcisistas y por el ideal del yo van determinando el carácter y mantienen el desarrollo de las competencias y el aprendizaje, lo cual varía de acuerdo a la estimulación que reciben por parte de su familia, la educación escolar y el sexo. (Bornstein, citada en Brusset, 1992)

El niño desde que es un bebé, le confiere a sus padres un papel principal en donde van a fungir como objetos primarios que van a proveer al niño amor y placeres, simultáneamente también brindarán seguridad, protección y formularán prohibiciones. Tomando en cuenta esto, los procesos de identificación y de autonomía en función de las normas culturales, es lo que más caracteriza al período de latencia.

El período de latencia finaliza cuando aparece la pre-adolescencia, en el niño se comienzan a manifestar las características sexuales secundarias y su comportamiento se vuelve más hacia dicha etapa.

### ***Teoría Psicossocial.***

#### **ERIK ERIKSON**

Erikson de origen alemán fue alumno de Anna Freud y August Eichorn, siendo uno de los primeros psicoanalistas que llegan a trabajar en la psiquiatría infantil. Su teoría abarca un área más extensa que la teoría de Freud, hace énfasis en los determinantes sociales y en la madurez de la personalidad. Esto por explicarlo de alguna manera, a pesar de que Erikson tiene una profunda influencia Psicoanalítica, sostiene que en la infancia, los principales conflictos sólo se deben en parte a la represión de los instintos sexuales, ya que muchos de los conflictos resultan del choque entre las necesidades y los deseos no sexuales del niño y las expectativas y limitaciones impuestas de acuerdo al ambiente cultural que lo rodea, interaccionando con él a lo largo de toda su vida; por lo que Erikson divide su teoría en ocho etapas, cinco abordan los primeros veinte años de vida y tres más para el resto del ciclo vital. (Dicaprio, N. 1989)

Como se puede observar en la teoría de Erikson, los determinantes psicossociales van de la mano con el desarrollo de la personalidad en el niño, pero estos determinantes se viven a través de conflictos ó crisis de cada etapa del ciclo vital algo único y distinto, con problemas y necesidades particulares, así como expectativas y limitaciones culturales. Toda esta serie de determinantes y conflictos psicossociales presenta al individuo una serie de tareas evolutivas que, a fin de cuentas, son aquel conjunto de capacidades y competencias que requiere la persona a medida que va dominando su ambiente ó su entorno social (Havinghurst citado en Newman, P. 1994)

Por ejemplo, una de las tareas evolutivas más trascendentales de la infancia, es la formación de las relaciones con la propia madre; ya que de dicha relación —de acuerdo a su calidad— será la capacidad que tenga el individuo para desarrollar amistades ó un matrimonio bien avenido, depende, en buen grado, de que haya podido desarrollar una buena relación de apego con la figura materna.

Erikson retoma en esta etapa las ideas de Freud, sobre el complejo de Edipo y el complejo de castración, cuando nos dice que el niño se vuelve más cariñoso hacia su madre, haciendo un "cortejo" y desplazando en la fantasía al padre, encontrando placer en la agresividad masculina, siendo curioso, activo e intruso; mientras que en las niñas, estas se interesan más en su padre, su iniciativa sexual se vuelve en formas de "atrapar", ó en formas agresivas de arebatar ó de hacerse atractiva y cariñosa.

De lo anterior el yo se deriva en el sentido de iniciativa, se toma una gran influencia del superyo, que a su vez está formado por la conciencia (reglas, moral, etc.) y el ideal del yo (imágenes y modelos que el niño ha internalizado a través de sus padres, que le transmiten en conductas ó logros aceptables y admirados). Lo anterior es muy importante, ya que el niño al desarrollar este componente de la personalidad, va a ser su "agente" moral, que va a reflejar las normas y valores provenientes de su familia y los tabúes de la cultura en la que vive.

Ahora bien, si el superyo va a tener estas funciones en la personalidad del niño, también será un generador de los sentimientos de culpa, de censura de él mismo ó de sus padres, esto se produce cuando el niño no sigue los dictados de su conciencia ó si no vive acorde con los modelos impuestos por el ideal del yo.

Todo esto el niño lo vive como indignidad, insatisfacción y a menudo depresión. Si un niño vive constantemente con estos sentimientos, puede desarrollar restricciones de él mismo muy severas, limitando también sus potencialidades que le puedan brindar satisfacción y afirmación. Si esto se prolonga hasta la vida adulta, se puede necesitar una terapia muy prolongada, a fin de disminuir la tiranía del superyo.

La etapa que plantea Erikson en el desarrollo del niño, que corresponde de los 6 a los 12 años es la siguiente:

**Cuarta Etapa (6 -12 años) Laboriosidad ó Industria vs Inferioridad.-** En esta etapa el niño viene con sentimientos de confianza y de un sentido adecuado de autonomía y de iniciativa, por lo que está listo para desarrollar la laboriosidad. Aquí el niño va dejando las fantasías y el pensamiento mágico de las etapas anteriores, para poder asimilar un papel aceptable dentro de su medio social y cultural.

Por ejemplo, el niño se va relacionado con el uso de las herramientas para el trabajo ó de aquellas que le sirvan para la escuela, el juego se convierte en un medio extra para aprender cosas y nuevas habilidades, que se espera, sean enfocados al trabajo productivo y al logro real.

En esta etapa es primordial adquirir habilidades y conocimientos, ya sea que se aprendan en un ambiente escolar formal ó en una situación de campo en el que se refleje la cultura del niño.

Este periodo de adiestramiento es el arte de aprender las tareas adultas, en las sociedades avanzadas, este adiestramiento es muy prolongado, ya que los padres depositan demasiadas expectativas en cada individuo. Erikson nos dice que si esta etapa avanza óptimamente el niño comenzará a desarrollar el método y la competencia.

Esto lo vemos, cuando los niños están deseosos de ser como los adultos y si no se reprimen estos esfuerzos, los niños cumplirán las demandas que se les hacen, de lo contrario los niños adquirirán una posición rebelde y poco a poco asumirán posiciones de insuficiencia y de inferioridad, por que se desespera de sus herramientas y habilidades recién adquiridas y se considera condenado a ser mediocre ó inadecuado. Lo anterior se refleja cuando la familia no ha sabido preparar al niño para la etapa escolar ó quizás desde las etapas anteriores, interrumpiendo así el desarrollo del niño. (DiCaprio, 1989).

Erikson considera que el niño debe "olvidar" —por decirlo de alguna manera— las esperanzas y deseos pasados, ya que está preparado para pasar a la entrada a la vida. Dicha entrada debe comenzar por ser trabajador y un proveedor potencial. Esto coincide con el inicio de la etapa de latencia; y es aquí, donde el "olvido" que antes mencionamos no es un olvido como tal, sino más bien el inicio de un proceso en el cual el niño aprende a obtener el reconocimiento del otro, mediante la producción de cosas, esto lo aprende por medio de la sublimación.

A medida que el niño va creciendo y se sitúa más en esta etapa, paulatinamente va desarrollando un sentido de la industria ó de la laboriosidad, esto es en otras palabras, que va aprendiendo el uso y el manejo de las herramientas según el medio social y cultural en el que se encuentre. Posteriormente las situaciones de trabajo y de producción van sustituyendo a los caprichos y deseos del juego.

El conflicto que Erikson consideró para el niño dentro de esta etapa, es que vaya desarrollando sentimientos de inadecuación y/o de inferioridad. Si dichas herramientas representan para el niño una constante fuente de frustración, le traerá desesperación y consecuentemente renunciar a la identificación con sus padres, con su medio social y con el sector de las herramientas que se representa como fuente de trabajo y producción. Si esto persiste, con el tiempo el niño desespera de sus dotes y habilidades y se ve a sí mismo condenado a la mediocridad ó a la desadaptación con el medio.

Para concluir, se trata de una etapa decisiva desde el punto de vista social, puesto que la industria implica hacer cosas junto con los demás en equipo, por lo que se aprende la división del trabajo dentro de una cultura. (Erikson, E. 1993)

### ***Teoría Cognoscitiva.***

JEAN PIAGET.

La teoría de Piaget sobre el desarrollo cognoscitivo de la niñez es extensa y compleja. Describe dicho desarrollo en términos de pensamiento y de percepción, desde que el niño es un bebé hasta su adolescencia, ó como el mismo Piaget menciona la etapa formal operacional ó abstracta. (Newman, B., Newman, P., 1994)

El concepto de etapa nos indica el paso de un nivel de funcionamiento conceptual a otro, es decir, en cada etapa el niño conoce el mundo de distinto modo y usa mecanismos internos diferentes para organizarse; las capacidades que adquirió en las etapas anteriores se retoman para ir desarrollando una estructura de pensamiento cada vez más compleja.

Para el período de edad que corresponde de los 6 a los 12 años de edad, Piaget consideró que el niño se encuentra dentro de la etapa de pensamiento operacional concreto. En esta etapa, el niño comienza a apreciar la relación lógica causal de los eventos, maneja categorías, sistemas de clasificación y jerarquías entre los grupos, logra resolver problemas vinculados con la realidad física, aunque aún no sean capaces de generar hipótesis basadas en conceptos filosóficos ó abstractos. (Craig, G., 1997) En sus seis estudios de psicología, Piaget describió cuatro áreas importantes de avances en el desarrollo en la etapa antes mencionada.

**a) Progresos en la conducta y en la socialización.**

Piaget observó que el niño después de los siete años va adquiriendo cierta capacidad de cooperación, esto se debe a que ya no confunde el punto de vista propio con el de los demás, sino que parece disociarlos para después coordinarlos.

Lo anterior se manifiesta en el lenguaje de los niños, abriendo las posibilidades para discutir, y con esto, todo lo que implica la búsqueda de justificaciones ó más pruebas de apoyo para sus propias afirmaciones. En el comportamiento colectivo, también se observa un cambio en las actitudes sociales, por ejemplo, en las actividades dentro del juego que incluyen reglas.

Las reglas se transmiten de generación en generación, esto comienza cuando el niño imita a sus mayores y aunque no comprende las reglas en su totalidad, lo lleva a un principio de reflexión, en donde lo importante es que el mismo niño vaya llevando una discusión consigo mismo. La reflexión es una conducta social, que va permitiendo que el niño comience a liberarse de su egocentrismo social e intelectual y también adquiera la capacidad de nuevas coordinaciones, que presentarán una mayor importancia para el desarrollo de la inteligencia y la afectividad.

Dentro de este desarrollo de la inteligencia, aparece la construcción lógica, y constituye el sistema de relaciones que el niño hace para que vaya coordinando los puntos de vista de otros con la de sus propias percepciones.

Dentro de la afectividad, este mismo sistema de coordinaciones crea una moral de cooperación y de autonomía personal, estos valores representa en lo afectivo lo que la lógica para la inteligencia. (Piaget, J. 1964)

**b) Progresos en el pensamiento.**

Las coordinaciones que se acaban de explicar, hacen que el egocentrismo de causalidad y de representación del mundo que tiene el niño, vayan declinando para dar lugar a nuevas formas de explicación.

Piaget, entonces, se refiere al término *operaciones*, para dar a entender que las representaciones que se van formando en el niño son una red organizada de actos relacionados; una organización es una forma de reaccionar ante una serie de eventos, que poseen cierto grado de semejanza, por ejemplo, todos los juguetes con ruedas ó alas. (Watson, R., Lindgren, H. 1991)

A medida que el niño utiliza operaciones en cuanto a contenido y materiales más amplios, las operaciones se extienden y la estructura del pensamiento mejora progresivamente en términos de integración y estabilidad.

Piaget, también observó dentro de esta etapa, la manera en que el niño llega a la explicación de un fenómeno a través de procesos de identificación, por ejemplo, deja de considerar a las nubes, a la luna y al sol como formas creadas por otras personas, sino comienza a manejar ideas en las que estos objetos son producidos por otros fenómenos naturales, como sería la formación de rocas con tierra, ó que el agua del mar está salada, etc. (Rice, F. 1997)

Las principales características del pensamiento son flexibilidad, reversibilidad y mayor complejidad en comparación con la etapa anterior, hace uso de las inferencias lógicas, como se demostró en los experimentos de la conservación de los líquidos y en el problema de los cerillos. (Craig, G. 1997)

*c) Operaciones racionales.*

Como acabamos de ver, las operaciones comienzan a predominar en el pensamiento del niño. Estas operaciones se aplican a realidades muy diversas, existen operaciones lógicas que entran en la construcción de conceptos, clases ó relaciones (reunión de individuos), operaciones aritméticas, operaciones geométricas (partes, desplazamientos), temporales (series de acontecimientos y sus intervalos), mecánicas y físicas. Psicológicamente, una operación es, realizar una acción cualquiera cuya fuente es siempre motriz, perceptiva ó intuitiva.

El paso de las intuiciones a operaciones, nos dice Piaget, es en el momento donde las acciones se juntan y pueden formar una tercera que pertenezca al mismo tipo y la acción resultante pueda invertirse. Estos procesos se realizan alrededor de los siete años. Prueba de esto son las operaciones lógicas que Piaget nos describe en sus Seis Estudios de Psicología, por ejemplo, cuando el niño maneja conceptos ó clases lógicas (reunión de individuos) no lo hace de manera aislada, sino que necesariamente tiene que estar dentro de una clasificación, el niño no comprende el valor de un número si está en desorden, pero si se le presentan estos números de manera ordenada el niño los comprenderá como un sistema de sucesión ordenada. ( Piaget, J. 1964)

*d) La afectividad, la voluntad y los sentimientos morales.*

Las profundas transformaciones que sufre la afectividad dentro de la segunda infancia, se deben principalmente a la coordinación entre individuos que aseguran su autonomía y su cohesión. La afectividad dentro de la etapa de operaciones concretas se caracteriza por la aparición de nuevos sentimientos morales y de voluntad, lo que trae como consecuencia una mejor integración del yo y una mejor regulación de la vida afectiva.

Estos nuevos sentimientos tienen su origen en el respeto que existe entre el niño y sus padres. Dicho respeto también forma una moral de obediencia, ya que está en función de la cooperación que existe entre los niños y los adultos y la vida social que se produce entre ellos.

Entre los niños también se desarrolla un respeto mutuo, también aprenden a formar amistades basadas en dicho respeto y en la estima. En las relaciones amistosas el niño comienza a aplicar las reglas, que como vimos anteriormente, es uno de los organizadores que van estructurando su entorno social y su conducta.

Estas relaciones le permiten al niño, conducirse a nuevas forma de sentimientos morales, en las que predomina el respeto mutuo con el uso adecuado de las reglas. Con el paso del tiempo, esto permite que el niño se dé cuenta de que existen conductas prohibidas dentro de su "camaradería" ó de sus juegos, ya que violan sus acuerdos y comienza a entender que las mentiras pueden ser más graves entre sus amigos en comparación con la de los adultos. Esto da lugar a que el niño desarrolle ideas de justicia

y paulatinamente, se percata que existe una igualdad, que toma en cuenta las intenciones y circunstancias en las que actúan cada uno de nosotros.

Piaget consideró que este sentimiento de justicia proviene de la relación del niño con sus padres, desde que éstos le inculcan al niño las ideas de lo justo y de lo injusto, a lo anterior, se concluye que ese respeto mutuo proveniente de las amistades del niño con su respectiva aplicación de reglas y lo que acabamos de mencionar, tiene como consecuencia que el niño establezca una nueva organización de valores morales, en las que destaca una relativa autonomía y el niño toma una conciencia de cooperación, dejando así, la sumisión proveniente de la etapa anterior.

En esta nueva organización de valores morales, sobresale una lógica de los valores ó de las acciones entre los individuos, así como la lógica de pensamiento cuando aplica dichos valores, desarrolla principios como la honradez, sentido de justicia y la reciprocidad, lo cuál constituye una escala de valores personal del niño. (Piaget, J. 1964)

El periodo de operaciones concretas finaliza alrededor de los 11 ó 12 años de edad, y hace su aparición la etapa de las operaciones formales.

#### - El Mundo Interno del Niño.

##### ◆ *Temperamento.*

Gordon Allport nos da la siguiente definición de temperamento; *El temperamento es el conjunto de fenómenos característicos de la naturaleza de un individuo, que incluye su susceptibilidad a la estimulación emocional, su fuerza y rapidez de respuesta habituales, el tipo de su estado de ánimo más constante y todas las peculiaridades que tiene en los cambios y en la intensidad de sus estados de ánimo. Todos estos fenómenos se consideran como constitucionales y de origen hereditario.* (Allport, G. W. 1961)

Según la definición anterior, podemos concluir que el temperamento se refiere a las características biológicas heredadas que sirven como punto de partida para el desarrollo de la personalidad. Dependiendo del ambiente en el que se desarrolle el niño, algunas de sus predisposiciones biológicas se irán transformando en prácticas dominantes que tendrá el sujeto para superar las dificultades ó enfrentarse a ellas. (Newman, B., Newman, P., 1994)

En 1970 se realizó un estudio longitudinal, en donde, los investigadores escogieron al azar una muestra de 141 neonatos y los catalogaron en nueve categorías de temperamento, las cuáles fueron nivel de actividad, ritmo, acercamiento/retramiento, adaptabilidad, intensidad de las reacciones, umbral de respuesta, talante, distracción, intervalos de atención y persistencia. Los resultados que obtuvieron les permitió identificar a tres grupos de bebés, uno de los grupos eran de bebés "fáciles" de poner en actividad, otro de los grupos se clasificó como "lentos" y el último como "difíciles". Después de diez años de seguimiento, los autores concluyeron que estas características de temperamento dependían de la respuesta que daban sus padres a las características de los niños. Por ejemplo, a los niños "difíciles" les resultaba más fácil la adaptación a los cambios y disfrutar de las nuevas experiencias, si sus padres mostraban paciencia y flexibilidad, en comparación con los padres exigentes y rígidos. (Thomas, A., et al. 1970)

Por otra parte, se ha llegado a la conclusión de que el temperamento infantil determina la clase de interacción que tendrá el niño y sus padres, además de que tan satisfactoria resultará dicha interacción. El temperamento infantil se puede evaluar positivamente ó negativamente, de acuerdo a las normas sociales de cada cultura.

Se ha dicho que el temperamento es el regulador de la reacción emocional que da el individuo ante los estímulos que provienen del ambiente. Por ejemplo, Buss y Plomin, proponen tres formas en las que el temperamento influye en la respuesta de otros. En primer lugar, notaron como el temperamento "establece el tono" de la interacción, por ejemplo, los niños sociables y comunicativos con otras personas, se van a comunicar de manera diferente en un ambiente distinto con personas extrañas y su respuesta emocional será similar a la de un niño reservado. En segundo lugar, las diferencias de temperamento determina el tipo de conducta que el niño puede iniciar en su interacción con otros ó con el ambiente. Por ejemplo, un niño activo tiene una serie de actividades que le permiten estar en contacto con otros. Esto da pauta de que más niños y más adultos estén conscientes de su presencia y muy probablemente a establecer relaciones con él. En tercer lugar, las diferentes características del temperamento en el niño pueden reforzar ó desanimar la respuesta de otras personas en la interacción con él. Por ejemplo, si un padre esta satisfecho con las respuestas expresivas de alegría, enojo ó ansiedad que da el niño, probablemente el padre repita las actitudes que estimulan dichas respuestas, pero si es lo contrario, el padre se desconcierta y las expresiones del niño le disgustan, muy probablemente las castigará y tratará de evitar las situaciones que producen este tipo de respuestas. Todo lo anterior ejemplifica como los niños con temperamentos diferentes crean un ambiente diferente. (Buss, A., Plomin, R. 1975)

Debemos tomar en cuenta que el temperamento del niño se desarrolla rápidamente, por lo que sus características, frecuentemente entran en contacto con los componentes del ambiente que los pueden animar castigar e incluso ignorar. Existen por lo menos tres factores que pueden alterar de forma directa las expresiones del temperamento en el niño.

En primera instancia se tiene el temperamento de los padres, de forma particular, su sociabilidad, su nivel de actividad y sus emociones influyen en el tipo de relación padre - hijo que practican y el modo como responden a la conducta del niño. Por ejemplo, los padres activos suelen mostrarse impacientes con un niño inactivo; ó los padres sociales pueden sentirse rechazados por un hijo reservado ó introvertido.

En segunda instancia, se consideran las expectativas de los padres hacia sus hijos, ya que puede reforzar ó desalentar. Kagan y Moss hicieron un estudio en 1962, obtuvieron resultados en que las familias americanas aceptaban la agresividad en los hijos varones como algo normal, por lo que los hombres agresivos recibían mucho reforzamiento en su temperamento, mientras que las niñas agresivas recibían castigos ante esta postura y eran ignoradas. (Kagan y Moss, citados en Newman, B., Newman, P. 1994) En otras situaciones, en muchas escuelas primarias se tiene como norma a los estudiantes tranquilos, atentos y un tanto inactivos, mientras que los niños temperamentalmente más activos son regularmente poco reforzados.

El tercer factor que se toma en cuenta como reforzador del temperamento es el valor cultural que se le da en la interacción. En un estudio realizado en 1975, los autores llegaron a la conclusión de que las culturas que presentan núcleos familiares pequeños se estimula a los integrantes a interaccionar de manera más sociable y cercana con integrantes de otros grupos o familias; mientras que las culturas que presentan una organización familiar extensa en donde hombres y mujeres están separados, los autores encontraron un fuerte reforzamiento de las mujeres hacia los hombres para interaccionar de manera agresiva. Esta es una consecuencia, en donde se demuestra, que los distintos patrones culturales pueden recompensar la conducta apropiada socialmente en los niños de unas culturas y hacer lo contrario en otras. (Whiting & Whiting 1975, citado en Papalia, D. 1997)

Como conclusión, podemos decir que la continua interacción entre las disposiciones temperamentales y las exigencias del medio, se presentan como parte fundamental en el desarrollo del niño, ya que estas se presentan, en el yo interno del niño.



Figura 1.1. – Las formas como el temperamento regula y es regulado por el medio ambiente. (Newman, B., Newman P. 1994)

#### • Motivación.

En 1974, Atkinson y Rainor describieron la motivación como *la tendencia a ocuparse en alguna forma de actividad mental ó de conducta observable.* ( Atkinson y Rainor, citados en Mussen, et al. , 1990) Esto se explica por que las tendencias ó los motivos no son observables en sí mismos, pero se pueden inferir por las conductas manifiestas, los objetivos que se persiguen ó por los cambios que haya en la conducta debido a las diferentes situaciones. Por ejemplo, si un niño se mete su manita a la boca, la chupa y comienza a llorar, la madre por inferencia sabrá que el niño tiene hambre. Si en ese momento lo alimenta y el niño come de manera ansiosa, la madre se dará cuenta que estaba en lo correcto. Entonces, se hacen hipótesis de como los motivos que tiene el niño impulsan y dirigen su conducta. ( Mussen, P.H., Conger, J., Kagan, J., 1990)

En particular, las motivaciones infantiles, se han clasificado de acuerdo a la cultura, a la posibilidad de realización que tienen, dependiendo de los medios de los que dispone la cultura ya que esta misma puede alentar ó rechazar la realización de la motivación. Por ejemplo, los niños desean experimentar eficacia en todas sus acciones y controlar con el éxito esperado todos los eventos. Pero de acuerdo con la cultura, empiezan a conceptualizar sus acciones como éxitos ó fracasos, sintiéndose triunfadores, ó perdedores, buenos ó malos, debido a los terceros que influyen y valoran sus capacidades. (Watson, R., Lindgren, H. 1991)

Por lo anterior, Newman & Newman, describen cuatro ideas principales para entender las motivaciones en los niños. La primera de ellas explica como no se puede entender un mismo motivo para una sola conducta, por ejemplo, el llanto puede ser señal de dolor, de una sobre-estimulación ó de aburrimiento, no solamente de hambre.

La segunda idea indica que el mismo motivo no siempre se expresa con una sola conducta, por ejemplo, los niños pueden llamar la atención de un adulto mostrándose indifensos ó dependientes, pueden mostrar rebeldía o enojo, todo esto depende de la respuesta que den los adultos a estas señales que el niño utilice.

La tercera postura que proporcionan estos autores, indica la importancia que adquieren las motivaciones específicas a medida que el niño va creciendo y se modifican con las expectativas de sus padres. Por ejemplo, la necesidad de alimento del niño, se transforma en el deseo de alimentarse solo y de ser independiente a la hora de comer.

Por último, estos autores consideran que los niños y los adultos pueden mostrar diferentes motivos ante un mismo acontecimiento, esto se debe principalmente a su distinto modo de entenderlo y a sus expectativas. Por ejemplo, cuando las familias cambian de casa, los padres se muestran positivos y optimistas, mientras que los niños se muestran inquietos y renuentes. Esto lo podemos explicar, basándonos, en que el niño se siente más seguro en un vecindario que les es conocido y tienen miedo de un lugar que no les es familiar. ( Newman, B., Newman, P. 1994)

Para concluir con este apartado; podemos mencionar que es necesaria una cuidadosa observación de los niños y del ambiente en el que se desenvuelven, para llegar a tener un conocimiento adecuado de los diferentes motivos que pueden existir a lo largo del desarrollo en la niñez.

#### ◆ *Inteligencia.*

En lo que se refiere a la inteligencia, nos referimos a la capacidad que tienen los individuos para integrar la información de diversas áreas y de formular respuestas. (Newman, B., Newman, P. 1994) Los tres elementos primordiales de la inteligencia dentro de los procesos de la adaptación son el pensamiento, la adquisición de conocimientos y la capacidad de razonamiento.

- A) **Pensamiento.**- Se considera que el pensamiento es una actividad, que a menudo, incluye la creación de imágenes mentales, repetición de pensamientos pasados ó futuros ó en la asociación de experiencias vividas. (Piaget, J., Inhelder, B., 1971) El pensamiento exige la habilidad de representar simbólicamente las percepciones sensoriales y motrices. El pensamiento le permite el niño hacer hipótesis de acontecimientos que probablemente sucedan, unificar el pasado, el presente y el futuro, la posibilidad de que se exprese a un nivel simbólico, a planear su conducta, dirigir su pensamiento a formular estrategias y revisar la información de la que dispone cuando intenta resolver algún problema. (Delval, J. 1994)
- B) **Adquisición de conocimientos.**- Piaget mencionó que la adquisición de conocimientos varía de acuerdo con la edad, por ejemplo, el niño durante su primera infancia adquiere conocimientos en la exploración y manipulación del ambiente físico. (Piaget, J., 1952) Posteriormente, el niño adquiere conocimientos por medio de la comunicación verbal, la lectura y escuchar la experiencia de otros que le enseñan, por ejemplo, sus maestros. Uno de los aspectos más importantes en la adquisición de conocimientos, es que el niño aprenda donde esta almacenada la información y como la puede obtener. Otro criterio que hay que tomar en cuenta, es que el niño determine por sí mismo, la validez de la información que posee, ya que el niño utiliza de inmediato sus experiencias y conocimientos que posee como criterios de validez. Todo lo anterior, estimula al niño a consultar de forma frecuente sus conocimientos con otras personas ó maestros. (Papalia, D., Wendkos, S., 1997)
- C) **Razonamiento.**- Piaget también describió la capacidad que tiene el niño para evaluar la nueva información, dependiendo de la capacidad para identificar las implicaciones lógicas de cada parte de la información (Piaget, J., 1972), este componente de la inteligencia se denomina capacidad de razonamiento, ya sea para la solución de un problema ó para evaluar una nueva información; siempre es necesario el razonamiento utilizando principios lógicos, lo que le permite al niño adquirir estrategias para adquirir conocimientos y evaluar el contenido del mismo, estos principios lógicos se hacen cada vez más complejos y forman la base para que el niño haga cuestionamientos cada vez más complicados. ( Rice, F. 1997)

♦ **Talento ó Aptitudes.**

El talento ó las aptitudes en el niño, es otro componente de los recursos internos del niño. Watson y Lindgren consideran que el talento es cualquier actividad en la que sobresale un individuo. (Watson, R., Lindgren, H., 1991) Estos autores también consideran que para que el niño identifique una actividad como un talento, necesariamente debe experimentar placer y seguridad al realizarla.

La gran diversidad de talentos que se pueden encontrar en una población es muy variada. El niño aprende que sus habilidades ó aptitudes tienen un lugar para desenvolverse ya sea en la familia, en la escuela ó en la comunidad. Estos talentos pueden ser habilidades motoras, por ejemplo, que el niño de muestras de aptitudes deportivas ó hasta habilidades sensoriales, por ejemplo, cantar melodías de manera entonada.

Hay que considerar que el talento en el niño es importante por lo siguiente, cualquier aptitud ó habilidad alienta en él, su sentido de eficacia al realizar las actividades acordes a dichas habilidades, lo que le permite sentirse seguro y al mismo tiempo libre de conflictos, además si el niño recibe el reconocimiento de los demás por dicho talento tendrá un mejor concepto de sí mismo.

Cabe mencionar que el niño con ciertas aptitudes, le pueden brindar sentimientos de realización en su vida adulta. Tal vez no sea necesario que estos niños sigan ó estudien toda la gama de la habilidad que posean, pero en su vida esta aptitud le puede brindar muchos momentos de satisfacción y de alegría.

◆ *Fantasías.*

La fantasía es una muestra de pensamiento que se puede expresar verbalmente, en imágenes sensoriales e incluso en acciones. El contenido de la fantasía no se apega totalmente a la realidad, pero en cambio si puede dirigir a la realidad; tomando en cuenta que, la fantasía es un proceso consciente que se origina a partir de eventos que acontecen en el medio externo como en el interno. Debido a esto, la fantasía puede servir como un estímulo que puede generar "fantasmas" ó incluso es una forma de razonamiento orientado a la realidad. (Klinger, E. 1971)

Para Freud, en cambio, la fantasía puede ser consciente, preconsciente ó inconsciente, menciona las cualidades de los procesos psíquicos secundarios donde éstas pueden inscribirse, concluyendo que un mismo objeto se puede representar de diferentes maneras y que dicha representación puede simbolizar distintos objetos. (Freud, S. 1958)

Newman, B., y Newman, P., proponen seis áreas importantes donde las fantasías del niño se llevan a cabo, dichas áreas son: imágenes mentales, imitación, juego simbólico, temores y fobias, facilidad para crear la fantasía y la función de la misma. (Newman, B., Newman, P. 1994) Por la temática del presente trabajo solo mencionaremos algunas de estas áreas.

**Imitación.-** La imitación es, para Newman y Newman, la forma más compleja de la fantasía, según nos dicen estos autores, al considerar que los niños repiten en ausencia de modelos, algunos indicios de conducta que han visto tanto en niños como en adultos. Los estímulos observados provocan la conducta imitativa, por que la conducta realizada por el modelo se queda retenida en el recuerdo y en la imaginación del niño, para posteriormente poderla reproducir. Por ejemplo, se ha observado que los niños en hospitalización tienden a imitar la conducta del médico ó de las enfermeras, lo que también se incluye dentro del juego.

**Temores y Fobias.-** Debido a lo anterior, podemos suponer que las fantasías también pueden incrementar los temores. Se ha llegado a considerar que las fobias son el caso extremo de una fantasía que causa temor; esto se debe a que el niño piensa constantemente en las situaciones ó en aquellos objetos imaginarios que le causan temor.

**Facilidad para crear fantasías.-** Es un hecho que no a todos los niños les gusta hacer fantasías ni hacer juegos simbólicos. Pero la verdad es que los niños tienen una continua serie de estímulos internos de las que son conscientes; entonces la facilidad que tenga el niño para hacer uso de la fantasía, se deberá en gran parte a otros factores específicos que dan "el material interno" para fantasear, sólo que esto sucede más en unos niños en comparación con otros.

Singer en 1973, propuso cinco circunstancias que hacen favorable el uso de la fantasía:

1. - La posibilidad de estar sólo y en un ambiente protector.
2. - Tener acceso a objetos determinados (cuentos, libros, juguetes, etc.)
3. - No-interferencia de los padres ó adultos que exijan cambios inmediatos.
4. - Modelos que sugieran conducta imitativa.
5. - Aceptación cultural de la privacidad y de las actividades simbólicas.

Estas cinco circunstancias sugieren que el pensamiento fantástico potencial necesita la interacción con el ambiente, para que el niño haga uso de la fantasía en el juego de manera espontánea.

**Función de la fantasía.-** Este mismo autor señala que la fantasía, es una habilidad que conforma las potencialidades de todos los niños. También menciona que la fantasía tiene tres propósitos, el primero se refiere a la forma en que el niño asimila la realidad de su entorno para formar sus propios conceptos; por que el niño es capaz de percibir en partes las experiencias para ordenarlos en secuencia y en esto el niño tiene un control absoluto.

En segundo lugar, coincidiendo parcialmente con Freud, cuando existe represión de una pulsión, se bloquea una expresión directa de una motivación, entonces aparece la fantasía y brinda la oportunidad de expresar dichas motivaciones. Tomando en cuenta, que Freud consideraba a la fantasía del niño como una expresión de sexualidad y agresividad.

La tercera función de la fantasía es brindar la oportunidad de una integración personal, según nos dice este autor, ya que sirve para compensar frustraciones, incorporar nueva información, y como enlace entre el temperamento, las motivaciones, la inteligencia y sus aptitudes; la fantasía le permite el niño obtener posibles respuestas a la pregunta ¿Quién soy yo? (Singer, J.L., 1973)

La fantasía es un camino ó un modo de que el niño encuentre soluciones para problemas complejos, como por ejemplo, el manejo de las frustraciones, ya que le permite integrar nuevos datos en su esquema mental, obteniendo así control y seguridad.

Por otra parte, Bergeret, menciona que la fantasía es una función del yo, así como una representación y defensa en las que se combinan las pulsiones, la realidad y el recuerdo que pueden estar más ó menos elaborados ó integrados al yo. También menciona que en los casos de niños con enfermedades psicósomáticas, el cuerpo reemplaza ó anula a la fantasía. (Bergeret, J., 1981)

Por último, podemos concluir que la fantasía es una mezcla selectiva de estímulos ambientales y de experiencias internas. Además de que es un elemento presente en el pensamiento del niño, si la fantasía es una de sus actividades propias, su desarrollo puede contribuir a las estrategias de afrontamiento que el niño realice. (Newman, B. Newman, P. 1994)

♦ *Desarrollo del concepto de sí mismo entre los 6 y 10 años.*

Mussen et al; describen el concepto de sí mismo como uno de los componentes de mayor influencia en la personalidad del niño, ya que esto forma de manera definitiva el ajuste psicológico, la felicidad personal y establecimiento de buenas relaciones con los adultos. (Mussen, P., Conger, J., Kagan, J., 1990)

Se ha observado que hay niños que pueden tener una gran confianza en sí mismos en muchas áreas, pero que al mismo tiempo pueden ser muy inseguros en otras, por ejemplo, un niño puede tener gran confianza en su rendimiento académico pero sentirse muy inseguro en su popularidad con los demás compañeros.

Podemos señalar que resulta obvio pensar que la fuente del concepto que tenga el niño, consiste en gran parte por las experiencias en casa y la relación con los padres.

Como una prueba de lo anterior, se puede mencionar el estudio de Coopersmith, en donde participaron cuarenta y cinco niños y sus padres; respondieron a cuestionarios donde a los padres se les preguntaba acerca de las características de su propia personalidad, las prácticas de crianza infantil y la felicidad marital. Mientras que a los niños se les preguntó acerca de sus sentimientos, la escuela y sus relaciones personales.

Los resultados obtenidos revelaron que aquellos niños que tuvieron una puntuación elevada en el concepto de sí mismos, tenían a su vez padres con alta autoestima, revelando también que estos padres eran emocionalmente estables, con confianza en sí mismos y efectivos en sus prácticas de crianza, así como en la felicidad marital por la compatibilidad existente entre ellos.

En contraste, los padres de los niños que mostraron una baja puntuación en el concepto de sí mismos, revelaron en sus respuestas que consideraban a sus hijos como una carga, en sus prácticas de crianza existía dureza, falta de respeto y poca orientación proporcionada a los niños. Además de una disciplina inconsistente, en las que a veces no castigaban malas conductas y en otras había castigos con demasiada severidad. (Coopersmith, S., 1967)

Dentro del período de edad que hemos señalado, encontramos que el desarrollo del concepto de sí mismo en el niño evoluciona en diferentes sentidos que van a ser fundamentales para su desarrollo psicosocial adecuado, ya que es una etapa que acarrea cambios que influyen en la maduración, el desarrollo del papel sexual y el pensamiento moral, lo que le permitirá tener nuevas expectativas.

Las habilidades que adquiere el niño en etapa y que mencionamos anteriormente, le permiten al niño entender nociones conceptos ó nociones, tales como familia, parentesco, amistad y asociación, haciendo más clara su relación con los demás y con los grupos en los que se ve involucrado.

Esto a su vez le permite un mejor entendimiento de sí mismo, de los otros grupos y del orden jerárquico de las cosas; para entonces el niño por medio de sus observaciones y de su interacción con sus padres, descubre los aspectos de masculinidad y feminidad que los adultos ejercen de acuerdo a su papel. Forma opiniones sobre ambos sexos y perciben las normas que tienen así como a valorar hasta que punto coincide su temperamento y sus expectativas culturales de acuerdo al sexo que pertenece.

Volviendo a Freud, en esta etapa el yo ideal empieza a formar parte del concepto del yo, ya que es un período en el que también el niño comienza a distinguir las implicaciones morales que tiene su conducta y diferencia entre conductas deseables y no deseables, ya que esta en la disposición de que las indicaciones sociales le señalan de lo que se espera de él.

Este concepto de sí mismo que esta en desarrollo, adquiere mayor énfasis cuando el niño le va dando importancia a sus experiencias físicas y descubriendo los límites del propio cuerpo. Dentro de este mismo período, los niños empiezan a dedicarse a las actividades y habilidades nuevas que exigen destreza manual, autocontrol, cooperación, planeación y concentración prolongada.

Para concluir este apartado, podemos decir que el concepto de sí mismo que desarrolle el niño, será el punto de apoyo interior para organizar los acontecimientos externos y preparar actividades que se planean. (Newman, B., Newman, P. 1994)

En este capítulo, se describieron algunas de las principales teorías del niño de 6 a 10 años de edad, para introducir el presente trabajo y después enmarcar las características de los niños en dicha edad.

Ahora surgen varias preguntas: ¿Cómo influye la familia en el desarrollo de los procesos internos del niño? ¿Qué estímulos recibe el niño por parte de su familia en procesos tan complejos como la percepción? ¿Qué desarrollo tendrá la personalidad del niño dentro de su contexto familiar?

En los capítulos siguientes se responderá a éstas y a otras preguntas que vayan surgiendo de acuerdo al estudio planteado.

## CAPÍTULO II

### EL NIÑO DENTRO DE SU CONTEXTO FAMILIAR.

"La familia es la unidad básica del desarrollo y experiencia, de realización y fracaso...  
Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud."

*Francesco Bartolomeis.*

Desde tiempos antiguos, el grupo ó la unidad social básica ha sido la familia, y lo conforma un grupo de seres humanos de diferente sexo, edad y roles; estrechamente relacionados biológica y psicológicamente. La familia como grupo, desarrolla diversos recursos que utilizan sus miembros para adaptarse a las situaciones psicológicas, sociales y físicas por las que atraviesa.

Algunos autores han propuesto definiciones del concepto de familia, entre las cuales señalamos la propuesta por Adams en 1975, en donde aplica un conjunto de premisas al grupo familiar; en las que destacan las siguientes:

- ❖ Un padre, una madre y sus hijos.
- ❖ Un grupo de personas que viven en una sola casa.
- ❖ Todos los parientes de una persona.

Newman B., y Newman P. (1994) han considerado que cuando se habla de familia también se hace referencia a un grupo de niños y de adultos que viven juntos durante un tiempo prolongado, y proponen otras premisas para el concepto de familia, las cuales son:

- La familia es el sistema fundamental, en donde tienen lugar las experiencias del niño, especialmente cuando es pequeño.
- La familia es un complejo de interrelaciones dinámicas ente los "mundos interiores" de todos los que viven en una relación familiar.
- La conducta, las ideas, los pensamientos y las fantasías de los padres y los hermanos influyen en la vida del niño y viceversa.

A lo anterior cabe señalar, que la familia está inmersa en un contexto cultural. Dentro de la temática del presente estudio, para poder entender la influencia que la familia ejerce en el desarrollo del niño, se debe de comenzar por el análisis profundo de las ideas que los padres tienen acerca del matrimonio, la paternidad, las relaciones ideales entre padres e hijos y de los diferentes roles que los padres también llevan a cabo en el medio cultural y social al que pertenecen.

## - La Familia como Contexto del Desarrollo del Niño.

### EL PAPEL DE LOS PADRES.

Rice, F. (1997) considera que el rol que desempeña una persona que es padre, puede definirse de acuerdo a sus objetivos, experiencias y la idea que tiene acerca de las necesidades del niño. Además de lo anterior, en nuestra cultura el papel de padre no lo define solamente la persona que desempeña ese rol, sino que los otros miembros de la familia también muestran sus expectativas acerca de la conducta del padre y de la madre; en lo que se refiere a la comunidad, la escuela, los medios de comunicación, el sistema legal etc., muestran expectativas específicas acerca de la manera en que los padres deben comportarse y cuáles son sus deberes y obligaciones.

Los adultos que son padres, por regla general asumen el papel de padre según las ideas de paternidad, las reglas que les enseñaron en su propia familia, en la escuela ó simplemente con las ideas que fomentan los medios de comunicación acerca del cuidado y la educación del niño.

En 1955, Parsons es de los primeros autores en mencionar que dentro de la familia; el padre y la madre cumplen diferentes funciones. Una de estas funciones que propone este autor, lo lleva a cabo la madre y se denominan como *funciones de expresión*. Con esta función, la madre lleva a cabo la labor de sostener la moral de la familia y mantener abierta la comunicación entre todos los miembros.

Otra de las funciones enumeradas por este autor son las *instrumentales*; las cuáles corresponden al padre, ya que por medio de trabajo le permite obtener los recursos para el sostén de la familia. En lo que corresponde a las funciones que el padre desempeña dentro del núcleo familiar, es la respuesta a la necesidad de asignar tareas y quehaceres entre los diferentes miembros del grupo familiar.

Esta distinción sobre las funciones de la madre y del padre, es flexible y hace propensa la clara distinción de las funciones ó roles de ambos sexos, ya que también satisface las necesidades emocionales y materiales de la familia.

La teoría de Parsons aún es válida, sólo que, actualmente las funciones asignadas a un padre de un sexo determinado, se llevan a cabo por ambos padres, sobre todo en aquellas familias donde ambos padres trabajan ó cuando existe la situación de divorcios, madres solteras etc.

En lo que corresponde a la protección y al cuidado de los hijos por parte de los padres, se ha visto de sobremanera que es la madre quien recibe la mayor parte de esta responsabilidad, ya que ella es quien se encarga de alimentarlos, bañarlos y vestirlos, así como mantener la casa limpia y en orden, mientras que el padre es quien se encarga de las cosas pesadas, como las reparaciones de la casa, cuidado de los probables riesgos que puedan existir en el hogar para el niño, etc.

Dentro de este mismo punto, cabe mencionar, que es el núcleo familiar donde el niño desarrolla uno de los aspectos más importantes de su personalidad. Freud menciona que una de las funciones más importantes de los padres, es la de fungir como un modelo de identificación para con sus hijos, siendo que los hijos varones se identifican con el padre ya que es la primera imagen que tienen de un hombre adulto, mientras que las niñas se identifican de la misma manera con su madre. El resultado de dicha identificación es la interiorización de los valores, las actitudes y las aspiraciones de sus padres. ( Newman, B. & Newman, P. 1994)

En lo que concierne al desarrollo de la función paterna, los mismos autores señalan, que los papeles de padre y madre son el resultado de relaciones matrimoniales específicas; ya que la pareja aporta al matrimonio sus ideas sobre sus respectivos papeles ó roles y con su propia interpretación de lo que se espera de ellos como padres a un nivel social y cultural. Cuando viven juntos, procrean y crían a sus hijos, las parejas ya dan un contenido concreto a sus funciones como padres.

Los papeles, que antes se mencionaron, cambian de acuerdo a las necesidades de la familia, esto sucede si entre sus miembros existe flexibilidad para que haya una adecuada adaptación, por ejemplo, los papeles de los diferentes miembros de la familia cambian cuando hay más hijos, si alguno de ellos se va de la casa, cuando las necesidades de los hijos cambian, cuando los recursos básicos de la familia aumentan ó disminuyen etc.

Uno de los objetivos principales que llevan a cabo los padres, es cubrir las necesidades de los hijos y buscar el bienestar físico y emocional de ellos, aunque no hay una serie de conductas determinadas para llevar a cabo lo anterior, pero si que el individuo aprenda a comportarse de tal manera que le permita lograr las metas que se ha propuesto, ya que una vez que una pareja se inicia en la paternidad, establece una relación de por vida, en la que debe considerar que es un papel que no es fijo e irá cambiando, pero que debe de ser estable a lo largo de dicha relación.

Un aspecto muy importante de dicha relación, es la calidez, esto se describe como una sensibilidad paterna para con sus hijos; los padres que conocen y responden a las necesidades de afecto de sus hijos, que les comunican su aceptación y que están dispuestos al diálogo, fomentan una identificación más profunda que los padres que son inaccesibles y poco sensibles. (Hatfield, J., et al. Stern, G., et al., citados en Newman, B., Newman, P., 1994)

Hay que tomar en cuenta que la calidez puede ser característica del papel de uno ó ambos padres, generalmente la calidez se comunica en expresiones de encomio ó aprobación y en expresiones no verbales como tocar, acariciar, abrazar, besos y juegos. Todo esto es importante para el desarrollo del niño, pero hay que tomar en cuenta que el rechazo es factor que esta muy presente en muchas familias, sin importar la cultura en la que se desenvuelve.

## RELACIONES ENTRE PADRES E HIJOS.

En el punto anterior, se ha denotado la importancia del papel que llevan a cabo los padres; en nuestra sociedad los hijos están bajo la responsabilidad de los mismos, cubriendo así las necesidades de atención, dando lugar a la intimidad y estrechez de la relación padre – hijo.

Dentro de esta relación se resaltan dos aspectos fundamentales, que son la exigencia de seguridad y la exigencia de autoridad. Symonds (1965) sugiere que estas exigencias están en un continuo conflicto, pero que tienen igual importancia, ya que la primera es básica para el establecimiento de sólidas actitudes emocionales; la segunda ayuda al arraigo del niño en la sociedad adulta.

Este mismo autor, postula que existen elementos principales dentro de las relaciones paterno-filiales; las cuales son:

- A) *Amor y odio.*- En este punto el autor propone que no es raro que en algunos casos existan sentimientos negativos dentro de la relación padre - hijo, ya que los padres llegan a sentirse fastidiados e impacientes con los hijos, si esto sucede muy a menudo puede llegar a constituir un odio ó un rechazo hacia el niño.

El curso que sigan estos sentimientos de los padres hacia los hijos, será decisivo para los sentimientos de seguridad en el niño y el desarrollo de su personalidad. Si el niño crece en medio de una relación donde se fomenta una buena relación con los padres, proporciona al niño seguridad y le ayuda a desarrollar un carácter equilibrado y sociable, en tanto que si está dentro de una relación donde predomina la agresión y el odio el niño crecerá con un carácter inestable y fomenta la conducta antisocial.

- B) *Control y autoridad.*- Es común que los padres varíen el grado y el modo de ejercer la autoridad. Por ejemplo, hay padres que no dirigen y otorgan a sus hijos una libertad absoluta, y otros que por el contrario ejercen una autoridad excesiva, es importante señalar que ninguno de estos extremos es recomendable para el desarrollo del niño, ya que si el niño crece con una autoridad y disciplina muy relajadas, no aprenderá de forma adecuada las normas y conductas que la sociedad exige; mientras que por otro lado el niño que crece dentro de una disciplina muy rígida, es propenso a desarrollar sentimientos de rencor y hostilidad hacia las reglas ó puede hacer extremas sus actitudes de obediencia y sumisión.

- C) *Castigo.*- El castigo también forma parte de las variantes dentro las relaciones padre-hijo; ya que en la educación del niño es inevitable el uso del castigo, este puede ser de manera muy suave, ya que se ha demostrado que con expresiones como: "¡ Eso está mal!", "¡ Eso no se hace!"; el desarrollo se lleva a cabo mejor si se alienta al niño a reconocer sus errores en comparación de castigos físicos que lo inhiben.

- D) *Negligencia.*- Esta variante la constituye una tendencia a prodigar atenciones y cuidados al niño en algunas situaciones y a descuidarlo en otras, sin tomar en cuenta las demandas y necesidades de éste.
- E) *Exaltación ó Depresión del yo infantil.*- En este apartado el autor hace referencia a la tendencia que tienen los padres para encomiar ó rebajar al hijo. Existen padres que alaban en demasía al niño y le demuestran su complacencia y estima por su comportamiento y sus logros. Mientras que también hay padres que lo critican y los desprecian seriamente en las actividades que realiza. Es importante hacer notar que el niño se desarrolla mejor en un ambiente de estímulo y aprecio.
- F) *Ansiedad Paterna.*- La ansiedad por parte de los padres se puede reflejar en los niños de diversas formas. El padre ansioso "contagia" su ansiedad al niño y lo torna miedoso y cohibido.
- G) *Expectativas paternas y su influencia en el niño.*- Muy a menudo los padres realizan expectativas personales ó profesionales sobre sus hijos. Estas van desde las propias ambiciones infantiles ó juveniles ó intentan realizarlas proyectándolas sobre sus hijos. Esto se puede realizar siempre y cuando sea de una forma estimulante para el niño, pero si tratan de forzarlos tendrá como resultado la sofocación de los proyectos de éste.
- H) *Diferentes combinaciones en las relaciones paternas.*- Estas actitudes varían según se expresan abierta ó sutilmente. Es común que los progenitores experimenten disgusto y hostilidad hacia los hijos; por ejemplo, que estos sentimientos se suprimen y se adopta una actitud de sobreprotección ó sobreindulgencia. Estas actitudes y los consiguientes argumentos como el bienestar, seguridad y salud del niño, pueden limitar su libertad y convertirse en una rigurosa disciplina y restricciones. En el caso de la sobreindulgencia lo perjudica en su maduración y puede inducirlo a adoptar conductas antisociales. En otras ocasiones, uno de los padres puede ser muy riguroso y muestra un control muy severo al niño, mientras que el otro padre lo consuela y le muestra cariño. Los niños que viven en un ambiente así, es casi indudable que padezcan de fuertes conflictos internos. (Symonds, P. M., 1965)

Por otra parte, Maccoby citada en Craig (1997) concluye que los niños están mejor adaptados si los padres fomentan en ellos la coregulación. La autora la define como el desarrollo de un sentido de responsabilidad compartida entre padres e hijos; concluye que si los padres inculcan la cooperación y las responsabilidades compartidas, cuando sus hijos lleguen a la adolescencia sea más fácil para ellos tomar sus propias decisiones. Para que esto suceda se da la participación en discusiones y negociaciones con ellos y esto es lo que da la pauta para construir su marco de referencia en la toma de decisiones.

## HERMANOS Y RELACIÓN ENTRE LOS HERMANOS.

En una familia, el número, la diferencia de edad y el sexo de los hermanos da la pauta en el patrón de relaciones y en el desarrollo de las relaciones entre los diferentes miembros de la familia. Hay que tomar en cuenta que cada hijo de la familia tiene una perspectiva diferente de estas relaciones de acuerdo a su lugar en el orden de los hermanos.

Es un hecho que el número de hijos influye en los padres y en los propios hijos. Elder y Bowerman (1963) concluyeron que las familias numerosas parecen funcionar de manera diferente en comparación que las familias pequeñas; esto se debe a que en su estudio encontraron que los padres de familias numerosas son más autoritarios y tienden a usar más castigos físicos y explican menos a sus hijos lo que esperan de ellos, que los padres de familias pequeñas. En los hijos, los efectos del tamaño de la familia, al parecer, se reflejan alrededor de algunos aspectos, como por ejemplo, inteligencia, motivación, éxito escolar y laboral.

Por otra parte, Bossard y Boll ambos citados en Craig (1997) señalan que el primer y más cercano grupo de amigos que afectan el desarrollo de la personalidad infantil es el de los hermanos. Las relaciones entre los hermanos ofrecen experiencias diferentes de acuerdo con las interacciones con los padres. La total franqueza de estas interacciones da a la oportunidad a los hijos de "probar las altas y bajas" de las relaciones humanas. Los hermanos pueden ser incondicionales para el niño ó pueden establecer una intensa relación de amor y odio a lo largo de la vida.

Los hermanos son importantes para que cada cuál identifique conceptos y roles sociales impulsando e inhibiendo de forma recíproca las pautas del comportamiento, ya que las relaciones fraternas pueden ser muy variadas. Lo reportado por Dunn en 1993, nos indica que las relaciones fraternas están conformadas por rivalidad, seguridad de apego, asociación, confidencia y humor, y por último fantasías compartidas.

De acuerdo a lo anterior, Symonds (1965) sugiere que dentro de la relación entre hermanos es común que existan celos entre ellos y lo considera hasta cierto punto como algo natural dentro de esta relación. Los celos entre los hermanos son más comunes en los primogénitos cuando nacen los hermanos siguientes, ya que se acostumbraron a tener la completa atención de los padres.

Symonds también menciona que los celos son más acentuados entre los hermanos del mismo sexo que entre los de diferente sexo; esto sucede cuando los padres demuestran preferencia ó animadversión hacia un niño ó cuando hacen comparaciones capaces de provocar la envidia de los demás hermanos.

- **El Desarrollo de los Procesos Emocionales y Sociales en la Familia.**

**DESARROLLO DE LA CONFIANZA.**

Es un hecho que el desarrollo emocional se inicia con la confianza, esta se adquiere desde etapas más tempranas; desde que el niño es un bebé debe sentir que se satisfacen sus necesidades físicas fundamentales como son hambre, sed, cariño y calor.

Erickson en Rice (1997) define lo anterior como: el estado general de confianza no implica solamente haber aprendido que es posible confiar en la uniformidad y la continuidad de los proveedores externos, si no que también es posible estar seguro de sí mismo y de la capacidad de los propios órganos y recursos para satisfacer las propias necesidades.

Los estudios que se han realizado sobre el desarrollo de la confianza, se han centrado en el análisis del apego que el niño desarrolla por los que lo cuidan. La confianza es la principal característica de las relaciones sociales que establece el niño y su familia.

Cabe señalar que la confianza es también lo que le da la pauta al niño de establecer sus relaciones sociales. Stormen et al; proponen tres circunstancias en las que el niño establece relaciones sociales por medio de la confianza.

- a) Cuando el niño se basa en su propia confianza.- Cuando conoce a personas nuevas, puede establecer relaciones amistosas si el niño se siente seguro de su propia confiabilidad.
- b) El Ambiente.- Cuando el niño descubre que un ambiente puede satisfacer sus necesidades, los niños podrán enfrentarse a estos nuevos ambientes con la seguridad de que todo va a funcionar muy bien. Esto a su vez, va a permitir que se comience a mover en ambientes cada vez más complejos y alejados de su casa y les permitirá, con toda certeza, enfrentarse cada vez más a la realidad.
- c) La confianza induce al niño establecer relaciones profundas.- Esto le permite al niño, basado en su propia confianza tomar los "riesgos" para que una relación sea íntima, esto les permitirá expresar abiertamente lo que sienten y lo que piensan. Los niños que tienen más confianza son más abiertos y fáciles de tratar en sus relaciones con los demás. (Stormen, et al; 1982)

Es indudable que la constelación familiar influye de manera determinante en el desarrollo de la confianza en el niño. Esto varía de acuerdo a los recursos personales existentes dentro de la familia. El desarrollo de la confianza en el núcleo familiar depende de las oportunidades que se tienen de interrelacionarse entre sus diferentes miembros.

En el caso del presente estudio, esta circunstancia se observa frecuentemente, ya que el niño solamente puede estar con un familiar en el hospital, mientras que el otro padre está en casa con el resto de la familia y trabajando.

Lo anterior, repercute de forma inmediata en el estado de ánimo del niño ya que se encuentra en un ambiente desconocido para él. Esta es una experiencia en la que el niño puede ver disminuida su confianza por los periodos de hospitalización prolongada.

Otro aspecto en el desarrollo de la confianza en el niño, es la forma en que se relaciona con sus hermanos; la confianza se fomenta más en el niño y en cada uno de sus hermanos si los padres expresan a cada uno de ellos el cariño y la importancia que tienen. La confianza en un niño se puede alterar si siente que sus hermanos son más queridos e importantes que él.

Para finalizar con este apartado, podemos concluir que el desarrollo de la confianza, depende de muchos aspectos, entre ellos tenemos, las normas culturales que se tienen para la cooperación, la intimidad y la ayuda; ya que el tipo de cuidado paterno que reciben los niños se ve influenciado por los valores culturales de autonomía, generosidad y confianza en las relaciones. La confianza también depende de las características del grupo familiar, de la calidad de las relaciones entre los diferentes miembros; finalmente la historia personal de un niño también influye en la manera en que establece su confianza. ( Rice, F., 1997)

Fuentes de Influencia.	Tipo de Influencia.
Cultura	Causa respuestas sociales a las necesidades de los niños.  Modelos de confianza en las relaciones con los adultos.
La Familia	Oportunidades para interrelacionarse.  Calidad de las relaciones entre los miembros.
Historia Personal.	Estancias frecuentes y prolongadas fuera del hogar . (p. ej., hospitalizaciones) Separación de los padres. Cambios frecuentes en la dinámica familiar.

Tabla 2.1. - Influencias del medio en el desarrollo de la confianza. ( Newman & Newman, 1994)

#### DESARROLLO MORAL.

En el proceso de socialización por la que atraviesa cualquier individuo, uno de los objetivos primordiales es la adecuada transmisión de lo que es "correcto" y lo "incorrecto", con el fin de que estos conceptos regulen la conducta del niño.

La familia es la principal encargada de llevar a cabo dicha tarea, de acuerdo con los valores morales que tiene establecidos. Estos valores morales, según nos dice Papalia y Wendkos (1997) tiene dos dimensiones complementarias entre sí, los cuales son los preceptos morales ó los comúnmente llamados ideales, y las sanciones morales, mejor conocidos como prohibiciones.

El proceso del desarrollo moral en el niño consiste en la comprensión y en la interiorización, tanto de los preceptos morales como de las sanciones. Es sumamente importante que el niño aprenda a realizar actos morales positivos y a evitar hacer los negativos.

Es importante resaltar que durante la infancia el código moral esta estrechamente relacionado a los valores de los adultos que le rodean; ya que aún el niño no es capaz de formar una moral independiente, lo importante es como el niño va introyectando los valores y la forma en que controla y regula su conducta.

Mussen y sus colaboradores (1990) mencionan que la moralidad se compone de cuatro aspectos diferentes, aunque solo mencionaremos dos por la temática del presente estudio, los cuales son:

- A) Los aspectos emocionales de la moralidad.
- B) Aspectos intelectuales de la moralidad.

En lo que concierne a los aspectos emocionales de la moralidad, podemos decir que son la empatía y la culpabilidad.

La empatía es compartir la experiencia emocional con otra persona, por medio de las expresiones, actitud corporal y las palabras. Esta capacidad de sentir empatía, se observa desde las etapas más tempranas.

La culpabilidad es una emoción donde la identificación con los padres es sumamente importante, ya que cuando el niño viola una de las normas morales que ha interiorizado por parte de los padres, le crean sentimientos de desamparo, desagrado e inutilidad.

En lo que corresponde a los aspectos intelectuales de la moralidad, Piaget menciona que la capacidad que tiene el niño para valorar un acto moral, es la misma que tiene para relacionarse con la autoridad (Piaget, citado en Mussen et al, 1990) Dentro del período de los cuatro a los ocho años de edad, los niños están sujetos a la autoridad del adulto y su conducta la regulan de acuerdo a las sanciones del adulto. Es hasta después de los ocho años cuando los niños comienzan a hacer juicios morales más independientes.

Para finalizar con este apartado podemos mencionar que el desarrollo moral del niño es producto de diferentes emociones y juicios morales. Las acciones morales que el niño lleve a cabo, cambiarán a medida que el niño vaya entendiendo el punto de vista de los demás y de considerar los aspectos morales implícitos en una situación determinada. No hay que olvidar que la conducta moral está relacionada a las normas sociales y culturales.

#### - **La Influencia del Ambiente en el Desarrollo Social y Emocional.**

En los últimos apartados que hemos revisado, es necesario recalcar que sobresalen tres factores, que son: **los sentimientos, la cognición y la conducta.** Los dos primeros se combinan para formar el tercero, dependiendo del tipo de situación en la que se encuentre el niño.

Estos factores, también son el resultado de la interacción que existe entre el niño y su familia, aunque hay que tomar en cuenta la influencia social y cultural en la que se desarrolla dicha interacción familiar.

El siguiente cuadro ilustrará las influencias del medio en estos tres factores.

El calor Paterno. Severidad en la disciplina.	Sentimientos.
Nivel de Interacción padre-hijo. Diversidad de la Información.	Cognición.
Premios y reconocimiento de logros al niño por parte de los padres. Expectativas de la familia para con el niño.	Conducta.

Tabla 2. 2. - Influencias del medio en los sentimientos, la cognición y la conducta.  
(Newman, & Newman, 1994)

Por último, el desarrollo emocional varía en cada niño; esto depende de la capacidad del niño para manejar la información ó indicaciones, sus experiencias y emociones. La individualidad de cada niño se refleja con la intensidad con que exprese sus sentimientos, la flexibilidad con la que forme nuevos puntos de vista, y en la creatividad que use para llegar a sus objetivos. Lo más importante, en este punto, es como los factores que componen el desarrollo social y emocional en el niño, tienen su base en la interacción familiar.

#### - La Relación entre el Proceso Cognoscitivo y el Proceso social y emocional.

La primer relación que existe entre el proceso cognoscitivo y un proceso socio-emocional, lo observamos cuando aparece la sonrisa en el niño. Esta sonrisa es un modo de comunicación no verbal que utiliza el niño para expresar alegría, satisfacción ó agrado.

Esta sonrisa es muy importante, ya que da la pauta para que el niño comience a interiorizar nuevos esquemas ó representaciones mentales, a partir de la integración de nuevos estímulos.

A medida que el niño tiene más representaciones, aumenta la capacidad de expresión y manejo de las emociones. Newman, B; y Newman, P; (1994) proponen que el juego simbólico, el lenguaje y el dibujo simbólico, son los recursos que el niño utiliza para expresar percepciones y sentimientos que pueden confundirlo, atemorizarlo ó incluso agrardarle. Así como también expresar sus experiencias íntimas y para poder interpretar los sentimientos de los demás.

Lo anteriormente señalado por Newman & Newman, es muy importante, ya que dan las bases fundamentales para el proceso de apercpección en el niño. Lo cual es básico en el presente estudio. Este tema se abordará más detalladamente más adelante.

#### - Estrategias de Afrontamiento del Niño.

##### ESTRATEGIAS ACTIVAS Y PLANIFICADAS PARA MANEJAR EL MEDIO.

Estas estrategias varían de acuerdo a la edad del niño, los niños pequeños tienen estrategias de afrontamiento muy apegadas a motivos sociales, por ejemplo llamar la atención, ya sea tratando de participar en las conversaciones, gritando ó utilizando sus juguetes, con tal de sentirse cerca de las personas que lo cuidan.

En los niños más grandes, estas estrategias de afrontamiento dependerán de procesos cognitivos más estructurados; por ejemplo, la percepción de tiempo y espacio, capacidad intelectual, mejor manejo y control de conducta. (Murphy, L.B., Moriarty, A.E., 1976)

Dichas estrategias de afrontamiento también dependerán de la respuesta que obtengan y por las características del propio niño, ya que si una estrategia le da resultados por parte de la familia, es muy seguro que el niño repita con frecuencia esta misma estrategia.

En la práctica hospitalaria, en el piso de pediatría tuvimos la oportunidad de observar muchas de estas estrategias en los niños con leucemia. Un niño de cinco años, de diagnóstico reciente, además de mostrar el síndrome de hospitalización, -que se mencionará en el siguiente capítulo- se mostraba muy irritable a la cercanía del personal médico y de enfermería.

Para sentir la cercanía de su madre le apretaba el brazo con fuerza al grado de lastimarla, después de la intervención del personal hospitalario, el niño escupía la comida, la rechazaba y para obtener las cosas que él pedía, con un gran berrinche se tiraba al suelo, se arrastraba y aferraba a la pierna de su madre. Ante dicha conducta la madre terminaba por cumplirle el más mínimo de sus deseos, alegando siempre que era por que el niño estaba enfermo.

##### RESPUESTAS EMOCIONALES.

El ejemplo anterior también se puede considerar como una respuesta emocional de adaptación al medio. El llanto en los niños expresa temor, dolor, tristeza, incomodidad, pero en el caso de la adaptación el niño busca insistentemente a quien lo cuida.

Estas respuestas emocionales también le permiten al niño la capacidad de adaptarse al medio que lo rodea y de enfrentamiento con la realidad. Esto conlleva a que el niño cambie y aprenda al mismo tiempo que trate de imponer ó haga ver cuál es su voluntad.

Esto es sin duda un proceso del cuál se puede lograr ó resulte fallido, ya que el resultado a la adaptación dependerá de la capacidad sensorial del niño, de su nivel de madurez y de la naturaleza del medio al que trata de adaptarse.

#### RESPUESTAS ACTIVAS Y DE REACCIÓN A LA TENSION.

Retomando a Erikson, la tensión es lo que crea los conflictos en cada una de las etapas que él describió. Además de las tensiones del desarrollo, hay muchas situaciones a lo largo de la vida que influyen sobre el niño y que algunos tienen que soportar y otros no. Por ejemplo, la muerte de un padre ó de un hermano, divorcio de los padres, enfermedades graves, accidentes ó problemas económicos fuertes en la familia ú otros.

Los ejemplos anteriores nos hacen pensar que casi ningún niño está exento de sufrir algunas tensiones relacionadas a los problemas anteriormente señalados: Sin embargo, para que el niño enfrente esas situaciones de manera óptima dependerá en gran parte de las siguientes factores:

- a) La forma en que entiende las situaciones
- b) Habilidad de manejar sus emociones
- c) Capacidad de desenvolverse en su medio.
- d) Su propia percepción de los acontecimientos

Emmy Werner era una autora interesada en estudiar a los niños que habían crecido en ambientes de pobreza, divorcios, alcoholismo en uno ó ambos padres, conflictos de los padres y enfermedad mental; pero que pese a esto habían llegado a ser adultos sanos y exitosos, la conclusión a la que ella llegó fue que a lo largo de su primer año de vida fueron bebés muy queridos y desarrollaron un buen apego por alguno de sus padres ó abuelos. Más adelante, si ya no tenían a esa persona fueron capaces de encontrar a alguien más (adulto, amigo, hermano) de quien obtenían apoyo emocional. (Werner, E. 1989)

Craig concluye que las familias estables y compactas, con buenas pautas de comunicación y habilidades para resolver problemas, son más capaces de afrontar problemas y tensiones. (Craig, G., 1997)

#### - La Interacción Familiar.

Nathan W. Ackerman, es considerado en la actualidad uno de los grandes teóricos en lo que se refiere al estudio y tratamiento de las relaciones familiares, ya que a lo largo de veinticinco años ejerció su práctica clínica en más de cuarenta casos familiares.

La familia y su configuración se anodian según las condiciones de vida que prevalecen en un lugar y tiempo determinados. En nuestra época contemporánea, la familia se transforma a una velocidad considerable, se adapta de manera sorprendente a las crisis sociales que corresponden a nuestro tiempo. De esta manera, los vínculos familiares se forman a través de factores biológicos, económicos, psicológicos y sociales.

A lo largo de todo este proceso de evolución, la unidad psicológica de la familia se moldea las condiciones externas, de acuerdo a su organización interna. Así como el desarrollo del individuo, la vida familiar también presenta periodos de crisis y es aquí donde los vínculos pueden fortalecerse ó debilitarse.

Por lo general, se reconoce que en la trama de las relaciones familiares, influyen una amplia variedad de formas de relación, ya sea por un ambiente social, amistoso, protector, ó por uno hostil y peligroso. Por ejemplo, un ambiente social que ofrece peligros, puede ocasionar que una familia se desintegre, la unidad familiar puede desmoronarse cuando es invadida por fuerzas externas, o por el contrario, la familia puede reaccionar de manera defensiva aunada a un sentimiento de solidaridad en el clima familiar.

Bajo condiciones favorables, los sentimientos de amor y lealtad prevalecen y se mantiene la armonía familiar. Bajo situaciones de tensión y conflicto excesivos - como bien puede ser una enfermedad como la leucemia en un hijo - frecuentemente surgen antagonismos y odio mutuos, muchas veces amenazando la integridad de la familia.

En el caso de que esta atmósfera esté llena de cambios y alteraciones bruscas, pueden surgir sentimientos de frustración, resentimiento y hostilidad; es aquí donde el intercambio familiar, gira en torno al amor y al odio.

La forma en que los padres controlan este intercambio de amor y odio, depende profundamente de las actitudes de los padres, de forma principal, en la manera en que demuestran su amor a sus hijos; y este factor es lo que determina el clima emocional de la familia. La interacción familiar permite a los miembros de la familia puede disminuir ó incrementar la ansiedad.

La interacción familiar depende de los siguientes factores:

- La dinámica de grupo existente en la familia.
- Los procesos dinámicos de la integración emocional del individuo dentro de su rol familiar.
- La organización interna de la personalidad individual y su desarrollo.

Ackerman concluye que la interacción familiar moldea los alcances del impacto entre fantasía y realidad; afectando directamente el desarrollo de la percepción de la realidad. (Ackerman, N.W., 1994)

### - Enfoque Sistémico.

Salvador Minuchin es uno de los autores más importantes de la teoría familiar sistémica; propone que las interacciones familiares forman una red y constituyen un organismo de múltiples individuos que en sí mismo es una forma de vida.

Koestler empleó la palabra *holón* del griego *holos* (todo) para designar aquellas entidades de doble rostro en los niveles intermedios de cualquier jerarquía. Este término es útil en particular para la terapia de familia, porque la unidad de intervención siempre es un holón. Cada holón (el individuo, la familia nuclear, la familia extensa y la comunidad) es un todo y una parte al mismo tiempo.

Para poner más en claro lo anterior, la familia nuclear es un holón de la familia extensa, esta a su vez forma un holón de la comunidad y así sucesivamente, cada todo contiene a una parte y cada parte contiene un holón con un todo. La parte y el todo se contienen recíprocamente entre sí en un proceso continuo, que se actualiza, y forma corrientes de comunicación e interacción. (Minuchin, S., Fishman, H., 1981)

Minuchin conceptualizó un modelo de funcionamiento familiar que se basa en tres aspectos del ámbito familiar, estos aspectos son los subsistemas, la jerarquía y los límites.

En los subsistemas, se incluyen todas las relaciones que forman la familia nuclear y se dividen en los siguientes:

- El subsistema marital.- Se establece mediante el común acuerdo de dos personas para formar una pareja. Este subsistema funcionará de acuerdo a la forma en que cada cónyuge sea flexible en sus ideas y sus preferencias dependiendo de cada situación; lo anterior, es lo que determina el clima emocional de la pareja dentro del núcleo familiar, además de formar la pauta de interacción con los otros subsistemas.
- El subsistema parental.- Este subsistema surge cuando la pareja tiene hijos, a partir de esto, se origina una nueva familia donde los padres desarrollan nuevas capacidades y replantean muchas de las reglas que ya habían establecido; los nuevos padres comprenden que el apoyo, la responsabilidad y la obligación que ellos adquieran influirá en el desarrollo de los hijos.
- El subsistema filial.- Este subsistema corresponde a los hermanos de una familia, en este subsistema es donde el niño comienza y aprende a compartir, negociar, cooperar, establecer alianzas y lograr el reconocimiento de sus habilidades.

Las relaciones que se establecen entre el subsistema parental y filial, permiten a los hijos entender la autoridad de los adultos, y ellos interiorizan este concepto, de acuerdo a esto, los hijos pueden tener la percepción de la autoridad como algo que se fundamenta con la razón ó como algo impartido con arbitrariedad.

En lo que se refiere a la jerarquía, Minuchin propone que puede tener tres significados, el primero suele referirse a la función que tiene el poder y la manera en que influye en la estructura familiar; dentro de este significado, también se consideran los roles entre padres e hijos y la brecha generacional en una familia.

El segundo significado se refiere a la organización que da la familia a los tipos ó jerarquías lógicas, en donde un orden inferior de tipos lógicos esta incluido en un elemento de orden superior, por ejemplo, hijo, padres, tíos, abuelos etc.

El tercer significado se refiere a la organización de las jerarquías, en donde, se incluyen las jerarquías inferiores como subordinadas de las jerarquías superiores. Por ejemplo, individuo, familia nuclear, familia extensa, comunidad, sociedad.

En el tercer aspecto, Minuchin se refiere a los límites establecidos entre los subsistemas, como punto principal de este ámbito es el conjunto de reglas que determinan el espacio de interacción de cada uno de los miembros de una familia. Minuchin considera que existen tres tipos de límites:

- ❖ Límites claros.- Cuando los miembros de una familia reconocen plenamente los espacios de acción de cada miembro.
- ❖ Límites difusos.- Son aquellos límites que se establecen de manera poco clara, no tienen consistencia y al parecer tampoco tienen un reconocimiento pleno de los espacios de cada uno de los miembros.
- ❖ Límites rígidos.- Se caracterizan principalmente por una notable falta de afectividad pues obstaculizan la información y comunicación entre sus miembros, lo que conduce a un inevitable aislamiento de cada uno de los integrantes de la familia. (Minuchin, S., citado en Rodríguez, D. E., 1995)

De esta manera hemos visto una concepción general de la escuela estructural ó teoría sistémica, de acuerdo al presente estudio, a continuación se mencionará el proceso de apercepción familiar en el niño y sus fundamentos teóricos.

#### - **Apercepción Familiar del niño.**

Desde hace más de 100 años; los psicólogos comenzaron a investigar las diferencias individuales de la percepción, y otras funciones cognitivas, uno de estos investigadores fue William Stern, quien llegó a la conclusión de que la fluidez de la estructura externa y el apremio de las exigencias internas hacen que cada individuo perciba de un modo particular y muy característico.

Forgus postula que la percepción es el proceso por el cuál un organismo determinado recibe alguna información del medio que lo rodea. (Forgus citado por Sevilla, M.G. 1996) De esta forma es como la percepción también es considerada como un acto de aprehensión psíquica total, no solamente como un proceso cognoscitivo que complementa el aprendizaje ó la inteligencia.

Actualmente se considera que la percepción es la aprehensión de una situación objetiva basada en sensaciones y acompañada de representaciones y juicios en un acto único, que solo puede descomponerse mediante un análisis cuidadoso.

En este punto, valdría la pena mencionar la definición de percepción propuesta por Godínez L. M.; et al, en 1988 la cuál dice así: *"La percepción es un proceso de recepción, organización e interpretación de datos ó estímulos del medio que rodea al organismo, el cuál los recibe en forma pasiva, y de manera consciente ó inconsciente, este sufre un cambio gracias a esas experiencias previas, transformándose así la actitud pasiva en activa, existiendo a la vez defensas ó protecciones para los estímulos demasiado intensos."* (Godínez, L. M., et al. 1988)

La definición anterior, sugiere que la interacción entre el ambiente y el individuo no solamente se lleva cabo a un nivel orgánico ó cognoscitivo de la percepción, sino que también esta información suele modificar actitudes dentro del ámbito de la personalidad.

Es aquí donde surge el término **apercepción**; se considera como el conjunto de imágenes, experiencias y estados afectivos del individuo que se funden a una sensación determinada; formando así, una representación integral para el sujeto. (Sevilla, M.G., 1996) Por ejemplo, un sujeto puede apercebir una persona hostil si esta habla fuerte.

Para dejar aún más claro, Bellak, considera que la apercepción es *el proceso mediante el cuál la nueva experiencia es asimilada y transformada por el residuo de la experiencia pasada de cualquier individuo para formar un todo nuevo.* (Bellak, L., 1996)

La apercepción familiar es un proceso que señala la influencia de las relaciones familiares en el niño; esto se origina en el tipo de relaciones afectivas que existen entre el niño y sus padres.

Sevilla señala que la calidad de las relaciones familiares determina el desarrollo posterior del niño, si dichas relaciones son sanas pueden atenuar algún tipo de trauma sufrido por el niño, si estas relaciones son medlocres los traumas aumentan alterando el desarrollo del niño. Esto suele suceder cuando los padres tienen conflictos entre ellos y alteran el desarrollo del niño, de tal manera que pierde su seguridad y confianza en los adultos en general.

Lo anterior es sumamente importante, por que dichos acontecimientos familiares influyen en el niño de manera directa e indirecta, se ha demostrado que las conductas pueden desagradarle al niño, pero adopta las mismas conductas que sus padres. (Sevilla, C. M., 1996)

Es muy probable que un niño no llegue a saber los sentimientos de sus padres, pero es a través de las "aparencias", cuando el niño se da cuenta de que algo sucede con ellos, de esta forma, los sentimientos del niño están en función con los de sus padres y del ambiente que los rodea.

Retomando todo lo anterior, podemos concluir que la familia es la encargada de transmitir al niño las actitudes que se van introyectando, esto permitirá que se estructure su personalidad en las diferentes etapas del desarrollo infantil, tal como lo hemos visto a lo largo del capítulo anterior y de este mismo de la presente tesis. Ahora revisaremos muy de cerca la forma en que el desarrollo del niño se altera por la aparición de una enfermedad crónica y la manera en que influye en todo el sistema familiar.

## CAPÍTULO III

### IMPACTO DEL CÁNCER EN EL NIÑO Y SU FAMILIA.

"A una persona le da cáncer  
y a eso lo llamo yo desolación;  
guarda la desolación en su cuerpo,  
la tumoriza y enloquecen sus células."

*Dr. Fernando Risquez.*

Cáncer... la sola palabra ocasiona mucho temor en las personas, es una de las enfermedades más raras y de difícil tratamiento. Por muchos siglos ha sido una enfermedad que está íntimamente asociada a dolor y sufrimiento, y muy ligada a la muerte irremediable.

Desde los tiempos de Galeno, el mismo menciona los factores emocionales del cáncer; al asociar a las mujeres con carácter melancólico como más sensibles a la enfermedad en comparación con otras mujeres. Tiempo después, hasta el año de 1601 es cuando aparece en Inglaterra la primera definición del cáncer, tomando en cuenta el carácter de los pacientes la cuál decía así: "*Cáncer es una hinchazón ó llaga procedente de la sangre melancólica, en la cuál, las venas aparecen de un color negro ú oscuro, extendiéndose como las garras de una cangrejo.*" (Rosch, J., en Cooper, C. 1986)

Un siglo después en 1701, Genfrón, un médico inglés, manifiesta que el efecto de los "desastres de la vida" que ocasionan sentimientos de perturbación y pena, son los principales causantes de un cáncer; ochenta años más tarde, Burrows atribuye la enfermedad a las "pasiones desasosegadas" de la mente con las que el paciente se ve largamente afectado.

Todas las observaciones hechas antes del siglo XX, mencionan cierta relación entre la enfermedad y las emociones del paciente, sólo que a partir del descubrimiento y clasificación de los microorganismos, entre ellos los virus, y al gran avance de la Medicina en el último siglo, se ha llegado a la conclusión de que la mayoría de las enfermedades - sino es que todas - se deben principalmente a la presencia ó ausencia de un factor externo que influye sobre el organismo.

Sin embargo, algunas teorías propuestas por diferentes investigadores con relación a dicha enfermedad, han creado una gran polémica en el campo de la ciencia.

### - Antecedentes en las Consideraciones Psicológicas del Cáncer.

Como se ha visto en el presente capítulo, el cáncer es una enfermedad claramente dominante de la intervención de varios profesionales del campo de la salud; por lo que las ciencias médicas se han enfocado a investigar factores virológicos, ambientales, inmunológicos y genéticos en las causas del cáncer.

La Psicología no ha sido la excepción, en sus principios, dicha enfermedad llamó la atención de los primeros psicólogos de diferentes escuelas y corrientes. En este apartado se delinearán de manera breve las principales consideraciones que el campo de la psicología ha aportado al estudio y conocimiento del cáncer y de los pacientes con dicha enfermedad.

#### INVESTIGACIONES PSICOANALÍTICAS.

El interés del psicoanálisis en el cáncer se desarrolló desde varias décadas atrás; comenzaron a surgir estudios enfocados a los aspectos psicodinámicos de la enfermedad. En dichos estudios se dieron conclusiones en donde se relacionaba estrechamente la personalidad del paciente, acontecimientos desafortunados en su vida y el inicio de la enfermedad, a continuación se mencionarán algunos de los estudios psicodinámicos más importantes que se realizaron en torno al cáncer.

Evans, fue un psicoanalista de la escuela de Carl Jung, y quizá el primero en estudiar los aspectos psicodinámicos del cáncer. En el año de 1920 concluía en su estudio que los pacientes de cáncer habían perdido una estrecha relación emocional antes del comienzo de la enfermedad. (Citado en Cooper, C. L., 1986)

Bacon en 1952 estudió a 40 mujeres con cáncer de mama; las historias psicoanalíticas de dichas pacientes revelaron seis características principales en la personalidad, las cuáles fueron, una estructura de carácter masoquista, antecedentes de una sexualidad inhibida, maternidad inhibida, incapacidad de descargar ó entenderse apropiadamente con la cólera, agresividad ú hostilidad, cubierta por una fachada de afabilidad, un conflicto hostil no resuelto con la madre que manejaban con una actitud de rechazo y autosacrificio y el retraso en iniciar tratamiento. Por los resultados, Bacon concluyó que puede existir una conexión entre la psique y el cáncer, en la que es posible que las fuerzas emocionales suministren a veces un catalizador para la reacción de cáncer. (Bacon citado en Cooper, C. 1986)

Lawrence LeShan (1966), un psicoanalista de New York, ha realizado estudios en pacientes con cáncer utilizando técnicas proyectivas, cuestionarios y entrevistas personales con pacientes, así como con sus parientes cercanos. En sus estudios concluyó que los factores más importantes para el desarrollo de un tumor maligno son una pérdida que ocasione desesperanza y desamparo, incapacidad por parte del individuo para expresar ira ó resentimiento, una marcada cantidad de autoaversión y desconfianza, y coincidiendo con Evans, la pérdida de una relación estrecha importante; lo que otros autores han denominado como inhibición emocional general, negación y represión.

Frederick Levenson propuso una teoría acerca de los orígenes del cáncer desde una perspectiva psicoanalítica, considerando también los factores biológicos del individuo. En dicha teoría explica que el bebé forma con su madre un delicado equilibrio emocional, esto quiere decir que madre e hijo se van identificando entre ellos en sus emociones y la expresión de las mismas. Ilustra su teoría diciendo que la madre es la que se encarga de absorber las molestias, estrés y/o enojos que el bebé llegue a sentir, - sucesos que Levenson denominó como irritación - La madre absorbe esta irritación y como ella ya tiene la capacidad de expresar y de emplear mecanismos de defensa que le permiten manejar dicha irritación permiten que el equilibrio emocional entre ella y el bebé sea óptimo para el desarrollo del niño.

Si la madre no absorbe dicha irritación del niño, ya sea por que ella misma está irritada ó por que no forma un adecuado equilibrio emocional con su bebé, lo que sucede es que la madre dirige la irritación de ella hacia el niño y no permite que el niño descargue su propia irritación, esto produce que el niño vaya aprendiendo a acumular su propia irritación y a no expresarla, con lo que a medida que avanza el desarrollo, se van estableciendo los rasgos de personalidad que han descrito los autores anteriores.

Concluyendo con Levenson, considera al cáncer como una representación psicosomática - muy primitiva- de los conflictos entre los instintos de agresividad y de libido. El cáncer es una evidente disfunción narcicista que prueba la existencia de dichos conflictos entre los impulsos primitivos. Es un ataque al yo, en el cual las pulsiones vitales se ven superadas por la necesidad inconsciente de autodestrucción del individuo. Más importante aun, el cáncer puede ser descrito como la expresión orgánica de la incapacidad del individuo para afrontar los estímulos internos y externos. El cáncer puede ser considerado como una acumulación de irritación que activa una defensa orgánica. Esta respuesta a la irritación puede ser muy específica (un tumor) ó puede penetrar en todo el organismo (linfoma ó leucemia). (Levenson, F., 1986)

Siguiendo un poco con las ideas anteriores; Chiozza y Aizenberg explicaron el origen de la leucemia, partiendo del estudio del sistema inmunológico y el desarrollo anormal del mismo. Propone su teoría basado en el hecho de que el sistema inmunológico es el encargado de reconocer entre lo propio y lo ajeno; es decir de una identidad dada en la combinación de identificaciones primarias y secundarias.

En un principio cuando el individuo comienza su desarrollo, según Chiozza, se forma una identidad primitiva en el sistema inmunológico que guarda en su memoria toda la información clonal dada desde la vida embrionaria, en donde se manifestará una identidad precoz, lograda por una identificación primaria asociada a lo familiar, el ancestro y el clan.

Chiozza menciona que el sistema inmunológico salvaguarda la identidad de un individuo, cuando se desencadena su proliferación anormal y atípica, representa una defensa exagerada frente a una vivencia de pérdida, semejante al estado inicial de identidad primitiva, es como una regresión a dicha etapa, donde todo es propio y ante la amenaza de perderlo se desencadena la proliferación de células anómalas, dándose el triunfo de una progenie celular primitiva, que satisface el propio narcisismo del paciente.

Dicho triunfo encierra un temor insoportable a perder la identidad establecida mediante la identificación primaria. Es decir, un temor de perder la relación simbiótica, una pérdida en la que no se vive un duelo, sino más bien una pérdida en la que deviene un desconocimiento de lo propio en ajeno y una defensa cuyo intento es mantener su identidad precoz, aun cuando dicha defensa sea fallida. (Chiozza, L., Aizenberg, S., 2001)

#### ESTUDIOS SISTÉMICOS.

En los últimos años se han llevado a cabo investigaciones en las familias de pacientes con cáncer; los hallazgos que se han encontrado han sido que muchos pacientes con cáncer provienen de familias unidas, divididas ó en disolución. Este tipo de familias concuerda con las características de *familias psicósomáticas*, según la clasificación realizada por Minuchin.

En este tipo de familias, se ha notado que el paciente identificado tiene serios conflictos en la individualización y afirmación del yo dentro de su entorno familiar. Por un lado, presentan rasgos de prácticas de crianza inadecuadas, lo cuál los hace ser malcriados en un modo regresivo y dependientes de manera infantil, lo que trae como consecuencia los conflictos antes mencionados; y por otro lado, el objetivo "familiar" del paciente identificado es buscar a toda costa la armonía, es el miembro más razonable del resto de la familia, evita los conflictos sacrificándose por el resto de la familia los cuáles están idealizados.

Particularmente en los casos de familias con pacientes enfermos de cáncer, se ha llegado a la conclusión de que existen relaciones conflictivas fuertes entre los subsistemas familiares, donde no existe la posibilidad de evadirlos —ni resolverlos— estos conflictos están asociados a un gran vacío, entre las frías relaciones familiares. Cuando el cáncer se manifiesta en uno de los integrantes de la familia, es cuando ocurre un cambio decisivo en la situación familiar, pero que aumenta de manera considerable los conflictos ya existentes. (Stierlin, H., Wirsching, M, et al., en Onnis, L., 1997)

En 1959, LeShan fue uno de los primeros en proponer que el cáncer puede resultar por la pérdida de un ser querido ó alguna otra cosa importante, especialmente en las personas que son propensas a sentimientos de desesperanza, depresión, baja autoestima e introspección. Lo que otros autores han denominado como inhibición emocional general, negación y represión. (LeShan, citado en Cooper, C. 1986.)

En el año de 1966, el Dr. Kissen utilizó pruebas psicológicas en pacientes con cáncer de pulmón, encontró que dichos pacientes presentaban rasgos de personalidad predominantes tales como una notable incapacidad de expresar emociones ó lo que ellos sentían en su interior. (Kissen, D. M; Brown, R. I., Kissen, M; 1969)

Schmale e Iker (1966); de la Universidad de Rochester, realizaron estudios en mujeres con cáncer cervico — uterino; por medio del MMPI fueron capaces de predecir el diagnóstico de la enfermedad en aquellas mujeres que arrojaron exámenes médicos sospechosos, concluyeron que este grupo de mujeres con alta propensión a padecer la enfermedad, presentaban alta puntuación en la escala de depresión, baja puntuación de feminidad en la escala Mf, baja puntuación en la escala Es.

En el hospital de la Universidad de Rochester, el Dr. William Greene publicó un estudio que basado en observaciones de pacientes con leucemia a lo largo de 15 años, dichas observaciones se realizaron en un total de 109 pacientes, de los cuáles 77 eran hombres y 32 fueron mujeres. En los resultados obtenidos; se observó que casi todos los pacientes estaban atravesando por situaciones de pérdida de los padres ó de la pareja, por separación ó muerte, ó incluso algunas situaciones en las que los pacientes experimentaban cambios repentinos en su vida que ocasionaba la pérdida de la autoestima, tales como lesiones discapacitantes, intervenciones quirúrgicas, jubilación y cambio de trabajo; en el grupo de mujeres un cambio que se observó fue el inicio de la menopausia. Greene también observó que las reacciones emocionales que los pacientes mostraron ante dichas pérdidas ó cambios en su vida, fueron de fatiga, tristeza, debilidad, ataques de llanto, pensamientos de autocastigo, desesperanza, dolor en algunas partes del cuerpo y una gran irritabilidad.

Greene concluyó que dichas observaciones sugieren que los síntomas de dolor psicológico del paciente pueden estar estrechamente relacionados con los síntomas de inicio de la enfermedad y que el desarrollo de la misma pudiera ser una forma de respuesta ó de afrontamiento por parte del paciente ante dichas pérdidas. (Greene, W., 1962) Continuando con el mismo autor y en colaboración con Swisher, estudiaron parejas de gemelos, de los cuáles uno de ellos había enfermado de leucemia durante la adolescencia, los aspectos que estudiaron de cada pareja de gemelos fueron antecedentes médicos, tales como el desarrollo intrauterino y las enfermedades padecidas anteriormente; por otra parte también se estudiaron el desarrollo de la personalidad, características sociales las cuáles incluyeron las relaciones familiares, determinación, niveles de actividad e inteligencia. Los resultados que encontraron fueron que el gemelo que había enfermado de leucemia había sufrido un trauma emocional a diferencia del gemelo sano que no había sufrido ningún tipo de trauma emocional. (Greene, W., Swisher, S., 1969)

Por otro lado, y coincidiendo un poco con Greene y Swisher, Freedman sugiere que los estímulos físicos, psicológicos ó sociales de gran estrés, podrían ocasionar un trastorno en el equilibrio adaptativo del niño y hacerlo propenso a la aparición de un estado psicopatológico ó de una enfermedad física. (Freedman, L., 1984)

Selye en 1979, propuso su teoría del Síndrome General de Adaptación, en ella mencionó las fases de reacción de alarma, la etapa de resistencia y la etapa de agotamiento en las que el cuerpo atraviesa frente a estresores ambientales, el cuerpo segrega una cantidad excesiva de hormona adrenocorticotrófica, dicha hormona tiene efectos inmunosupresores lo cuál constituye un factor desencadenante de carcinogénesis, si dicha hormona es activada de manera frecuente y a altos niveles. (Selye, H, citado en Cooper, C., 1986)

De acuerdo con lo anterior, Rosch propone que tales tipos de estrés, especialmente si son graves, repetitivos ó prolongados, pueden resultar en respuestas primitivas, que fueron en un tiempo útiles en los primeros primates, pero que ahora muy probablemente contribuyen a la hipertensión, la apoplejía, la enfermedad coronaria, la úlcera péptica, la artritis, el cáncer y una serie de desórdenes que implican al sistema inmune (psiconeuroinmunología) (Rosch, P., citado en Cooper, C., 1986)

Se han identificado una amplia gama de factores y sustancias externas como la causa de diversos cánceres, tales como la irradiación solar ó de rayos X, amianto, alquitrán, radiaciones, químicos, etc. Los dos mecanismos internos que influyen en el crecimiento maligno, son los factores hormonales y la competencia inmunológica del individuo.

Es de mayor importancia reconocer que el Sistema Nervioso Central juega un papel predominante en el control de la actividad maligna. Cooper ha propuesto que las células malignas se desarrollan intermitentemente en varios órganos y tejidos. En los individuos susceptibles (tomando en cuenta que en la familia también puede existir un estrés muy elevado) tales células son capaces de establecerse y multiplicarse hasta convertirse en lesiones malignas, detectables clínicamente, mientras que otros individuos, un sistema inmunitario eficiente es capaz de reconocer y destruir tales células anormales. (Cooper, C., 1986)

Al respecto, Plata-Salamán en 1991, publicó un trabajo en dónde se demuestra que entre el SNC y el sistema Inmunológico, existe una compleja red de células que funcionan como monitores de señales específicas y respondían en una manera específica. De este delicado circuito, depende la producción de los neurotransmisores, neuromoduladores y neuropéptidos, que regulan las funciones específicas del sistema inmune. También encontró que este sistema de señales tiene inervaciones en el timo, en el bazo y en la médula ósea. (Plata-Salamán, C. R., 1991)

Carlson explica como las células asesinas naturales del sistema inmune "acechan" un tejido que fué infectado por un virus ó que se transformó en una célula cancerosa. Este acecho lo realizan, hasta que finalmente, rodean al tejido dañado ó a las células cancerosas y los destruyen, por lo que estas células son la primera defensa contra el desarrollo de tumores malignos.

Carlson también explica como el estrés disminuye la eficiencia del sistema inmune, que en gran parte se debe a la producción de glucocorticoides, esta producción está controlada por el cerebro (por medio de la secreción del factor liberador de corticotrofina); por lo que el cerebro es el responsable de la supresión del sistema inmune por medio de esta hormona. Las neuronas del núcleo central de la amígdala, envían axones a las neuronas que segregan el factor liberador de corticotrofina en el núcleo ventricular del hipotálamo; por lo tanto resulta razonable esperar que el mecanismo responsable de las respuestas emocionales negativas, también lo sea de la respuesta al estrés y de la inmunosupresión que le acompaña, ya que el estrés incrementa la actividad de las neuronas en las regiones cerebrales que desempeñan un papel en las respuestas emocionales, como lo son el núcleo central de la amígdala y el núcleo paraventricular del hipotálamo. El papel del estrés es primordial, observando que tanto la función endocrinológica como la inmunológica son muy sensibles a su influencia. (Carlson, N. R., 1996)

Llor menciona que los pacientes cancerosos presentan la personalidad tipo C. Los investigadores resaltan que en este tipo de personalidad existe un patrón de represión emocional que es típica en los pacientes oncológicos y es el elemento central de dicha personalidad. Estos pacientes se caracterizan por ser personas que siempre están dispuestas a cooperar, poco asertivas, con represión de emociones negativas (en especial la ira) y con estrategias de afrontamiento de indefensión, desesperanza e impotencia. (Llor, B., 1998)

Considerando lo anterior, y por más estudios planteados dentro del tema se ha llegado a considerar al cáncer desde una perspectiva psicosomática. Un ejemplo de esta perspectiva es la que Kissen describe en su estudio donde concluye que los acontecimientos adversos de la vida y la pérdida de un lazo afectivo cercano pueden desencadenar un cáncer por los mecanismos psicológicos de desaliento, depresión y desesperanza. (Kissen, D., citado en Cooper, C., 1986)

Resumiendo, el cáncer se considera como el resultado de la conjunción de aspectos psicosociales con procesos de estrés y depresión como factores determinantes en el curso de la patología, enmarcando la pérdida de amor ó de una relación emocional importante, como el principal desencadenante de la enfermedad; Cooper considera que los futuros enfermos de cáncer, dirigen su energía psíquica hacia su interior, hacia sus propias defensas corporales naturales. La misma autora también menciona que las células tienen que estar en un estado receptivo, antes de que el proceso canceroso pueda comenzar, siendo las emociones tristes las activadoras y causas secundarias del inicio de la enfermedad. (Cooper, C., 1986)

Por otra parte, Haynal menciona que no pueden afirmarse con certeza que los factores de personalidad influyan en las manifestaciones del cáncer, sino que más bien coincide con Selye en su teoría del Síndrome General de Adaptación. El mismo concluye que los aspectos psicosomáticos del cáncer se refieren a los hábitos del paciente, tales como el alcoholismo, el tabaquismo ó causas ambientales, y que más bien, es la personalidad del sujeto la que influye en el curso y la evolución de la enfermedad, debido a su resistencia psíquica ó su respuesta de afrontamiento a la enfermedad. (Haynal, A., 1980)

#### - Impacto Psicológico del Cáncer.

La salud es el estado del ser humano que le permite adaptarse a su medio ambiente y desenvolverse de manera plena dentro del mismo, además de su bienestar físico, mental y social; mientras que, la enfermedad representa la pérdida de dicho estado de salud, repercutiendo de manera negativa sobre su bienestar, además de diversas reacciones emocionales del paciente y su familia, las cuáles varían de acuerdo a la gravedad ó seriedad de la enfermedad.

La enfermedad representa pérdidas para el paciente, las cuáles pueden ser demasiado representativas, de acuerdo al momento del desarrollo en que esta se presente. Por mencionar un ejemplo; en los adultos dichas pérdidas son muy marcadas en los aspectos más importantes de su vida, como por ejemplo, sería la entrada a la juventud y sus aspectos psicosociales, vida familiar, formación de relaciones íntimas, paternidad y desarrollo adulto, ciclo profesional, campo laboral, estilos de vida e incluso hasta hobbies y pasatiempos. (Shuman, R. 1999)

En el caso específico de las enfermedades hematológicas malignas, representa para el paciente un impacto emocional abrumador, ya que dichas enfermedades han llevado consigo un estigma de incapacidad, deterioro físico, dolor extremo, sufrimiento inexorable, además de que, siempre se han considerado enfermedades incurables y con un desenlace fatal en la mayoría de los casos. Todo lo anterior está representado en el paciente con una sola palabra Cáncer, que en el caso de las enfermedades mieloproliferativas, es comúnmente la leucemia. (Schavelzon, J., et al: 1966, 1978)

Para enfatizar lo anterior, la Dra. Lily Bleger considera que desde el momento en que se le da el diagnóstico de cáncer (que en este caso es leucemia)<sup>1</sup> al paciente, lo asimila pensando "tengo leucemia", le produce angustia por los cambios que se suscitan en su vida. Como mencionamos antes, la sola palabra *leucemia* trae consigo la amenaza de una muerte anticipada y con sufrimiento. (Bleger, L., 1964)

Se tienen también ideas populares referentes a la enfermedad que los llevan a pensar en el cáncer como algo que los consume o que son "comidos por la enfermedad", despertando aún más sus fantasías, e ideas como que: la médula cambia de color o que los blastos son bolitas que atacan diversas partes del cuerpo.

El paciente ve a la leucemia como una mala pasada del destino, consecuencias de la mala suerte, un castigo divino e incluso como consecuencia de una mala alimentación a lo largo de su vida. (Bleger, L. 1964; Shuman, R. 1999) Por esto el paciente se ve a sí mismo con sentimientos de soledad, de abandono y sin protección para ayudarlo a enfrentar ese destino trágico, lo cuál es sin duda, una gran fuente de angustia y ansiedad. (Schavelzon, J. 1978)

Por lo anterior, en la práctica clínica se encuentra que ante el miedo de un ataque, la destrucción por un peligro, la pérdida de los objetos internos (es decir, personas con las que se tiene un vínculo) y una amenaza de aniquilamiento al yo, según Melanie Klein, en el enfermo comenzarán a actuar los mecanismos, de defensa que colocan al paciente en una posición esquizo – paranoide y/o depresiva<sup>2</sup>, que influyen sin duda alguna, en el personal médico, la institución; el tratamiento y la manera en como se conceptualiza incluso la enfermedad misma.

La manera de reaccionar del niño y su familia frente al equipo de salud en el hospital, puede explicarse como el intercambio de una reacción que proviene de una acción, ya que ellos quieren saber exactamente el origen de la enfermedad, y como el médico no se las puede responder, el paciente lo interpreta como una grosería, prepotencia e incluso hasta llega a dudar de la preparación profesional de su médico tratante, todo esto tiene de trasfondo que el paciente empieza a responder plenamente con actitudes paranoides, es decir necesita responsabilizar de su leucemia a alguien del equipo médico que le está

<sup>1</sup> En el presente trabajo, la palabra Cáncer se refiere a la leucemia. Nota de los Autores.

<sup>2</sup> En estas posiciones, Melanie Klein observó que algunos rasgos del desarrollo temprano, aparecían como mecanismo de defensa primitivos ante la angustia en otras etapas posteriores del desarrollo. Las principales características de esta posición son: ansiedad persecutoria, disociación (p.ej; médicos buenos que me quieren, médicos malos que no me quieren) identificación proyectiva, la introyección y la negación. (Bleichmar, N. Leiberman, C. 1997)

rodeando, dado que este resulta amenazante y persecutorio al yo del paciente, proyectando sus miedos en el mundo circundante. (Bleichmar, N. Leiberman, C.1997)

Conforme inicia el tratamiento de quimioterapia, los efectos secundarios comienzan a manifestarse, se empieza a vivir otra serie de pérdidas, siendo la más importante la alteración en el esquema corporal, que son interpretados por el paciente como un ataque y amenaza al yo psíquico y corporal del paciente. También se presentan las reacciones al aislamiento con una posición depresiva, en las que el paciente manifiesta una negación excesiva, ya que la negación es una forma de anular las frustraciones y aumenta a medida que existe mayor desesperanza en la evolución del tratamiento.

Entonces aparece una depresión que se va agudizando y que llega a veces a estar presente a lo largo del tratamiento, dicha depresión no favorece en nada a ningún tipo de tratamiento médico, puede llegar a ser tan fuerte, que incluso, puede memmar los deseos del paciente por seguir su tratamiento y con él... su vida.

#### - Problemas psicológicos en el momento del diagnóstico de cáncer en los niños.

Las consecuencias prácticas y materiales muestran que es un shock intolerable para el resto de la familia cuando un niño es diagnosticado con una enfermedad con alta probabilidad de muerte, ya que para la familia representa incluso un riesgo para su propia existencia como tal. Por otro lado, la latencia de una probable muerte de un niño puede causar una crisis emocional grave, especialmente para los adultos, para quienes el sufrimiento y la destrucción son aspectos de la vida no asociados a la niñez; la muerte de un niño nos parece brutal y parece inevitable pensar que los niños no deben morir.

Ante un diagnóstico fatal, las personas necesitan protegerse a sí mismas, cuando menos en algunos momentos, lo que puede obstaculizar sus capacidades para aceptar la muerte frente a los niños y menos aún para comunicarle muchas cosas que no dicen y aceptan ante ellos mismos. En lugar de buscar apoyo, muchos de ellos se vuelven solitarios dolientes de su destino. (Schweisguth, O., en Schavelzon et al; 1978)

#### - Familia y Enfermedad.

A lo largo del capítulo anterior, se señalaron los conceptos básicos de la estructura familiar y el sistema que lo conforma, en función al vínculo existente entre sus diferentes miembros. En este apartado se describirá la manera en que dicho sistema familiar se altera cuando una enfermedad crónica se presenta en uno de sus miembros, en particular en uno de los hijos.

Ante el diagnóstico de una enfermedad, los familiares cercanos presentan reacciones tales como: confusión, negación miedo, enojo, culpa y pena, principalmente cuando el diagnóstico es hacia uno de los hijos. (Leukemia, Society of America)

De forma inevitable la enfermedad coincide con un momento del ciclo evolutivo de la familia, y en parte, de ello depende la magnitud de su impacto. La enfermedad fuerza a un momento ó periodo de transición en la familia que la lleva a adaptarse a las necesidades que impone, a la pérdida y si la enfermedad es fatal a la muerte. Por todo ello la familia pierde su identidad como sana. Sus posibilidades de adaptación serán las que le ayudarán a sobreponerse a todos esos problemas. (Kombít, A., 1996)

Navarro Góngora y Beyebach (1995) trabajando con familias de pacientes leucémicos escriben lo siguiente: *"La leucemia es una enfermedad un tanto atípica, ya que su cronicidad no viene determinada por un curso y una incapacidad más ó menos constantes, sino por el hecho de que se presentan recaídas con periodos de remisión, aunque en las recaídas se administran tratamientos muy agresivos de radiación y quimioterapia. A nuestro modo de ver, esto lleva a las familias de enfermos con leucemia a que el impacto emocional de la enfermedad sea ante una amenaza de muerte latente que está presente en la enfermedad."*

Ante el impacto de la enfermedad la familia presenta diferentes fases antes de establecer un estilo de afrontamiento y adaptación a la enfermedad, dichas fases son:

**Fase de desorganización.-** En el periodo de impacto de la enfermedad se rompe el funcionamiento de la estructura familiar, esta ruptura suele iniciarse en las "fracturas" familiares que existen desde hace mucho tiempo, incluso antes de la aparición de la enfermedad. En algunos casos puede suceder que la fase de desorganización llegue a ser tan profunda que la misma familia no pueda recuperarse.

**Fase del punto de recuperación.-** Este punto señala que la familia está llegando a un punto a partir del cual será posible su recuperación de la crisis, esto se puede notar en la forma en que otros miembros de la familia participan en el cuidado del enfermo, esto también se puede reflejar en que la familia se comienza a preocupar por los demás miembros; también lo que da la pauta de esta fase es cuando la familia se acerca a otras personas que también tienen un familiar enfermo e intercambian experiencias entre sí, formando incluso grupos de autoayuda ó de información para otras personas.

**Fase de reorganización.-** Esta fase de reorganización es muy variable, ya que depende del tipo de enfermedad de que se trate, además del estilo de cada familia. Hay que considerar que en dicha fase la enfermedad puede provocar que el grupo familiar consolide su estructura anterior ó que se llegue a una nueva distribución de papeles. (Komblit, A., 1996)

Diversos autores también señalan que cuando la enfermedad aparece en el sistema familiar, la familia afronta la enfermedad por medio de un estilo de respuesta, las cuáles constituyen dos modalidades opuestas, que en realidad se van "escalando" a lo largo de las posibles respuestas comunes, estos estilos opuestos son:

- a) **Tendencia centripeta.-** Esta tendencia se nota en la forma en que la familia hace una cohesión de manera interna ante la enfermedad; en este caso la familia gira en torno al enfermo, se tiene al paciente como el centro de interacción familiar, absorbe la energía y monopoliza la atención de los otros miembros restando así, el desarrollo del resto de la familia. En este estilo de respuesta, la familia vive en un estado constante de sobresalto, teniendo siempre en cuenta las posibilidades de complicaciones de la enfermedad y contratiempos de la evolución de la enfermedad. El riesgo de muerte es percibido de modo constante.
- b) **Tendencia centrifuga.-** Este estilo de respuesta se caracteriza por el desarrollo de conductas evitativas hacia la enfermedad de los otros miembros, por ejemplo, el cuidado del enfermo recae directamente sobre un solo miembro

familiar, originando la completa dependencia del enfermo hacia dicho miembro familiar, esto se observa de manera frecuente en los pacientes pediátricos con leucemia, ya que el cuidado del niño recae directamente sobre la madre. También de manera frecuente, es la madre quien absorbe el papel de controlar la evolución de la enfermedad, llegando incluso a anular al paciente, en una forma de sobreprotección absoluta, de manera que evita la participación de otros miembros de la familia. (Komblit, A., 1996; Rodea, B.A., 1997; Navarro, J. & Beyebach, M; 1995 )

En la familia se presenta un ciclo denominado normativo; puede entenderse el ciclo normativo, como la alternancia de momentos, los centripetos son aquellos en los que la familia tiene que realizar tareas que son internas a la familia (se mantiene la estructura), y de momentos centrifugos, que por el contrario, implican tareas externas a la familia (se generan nuevas estructuras). (Rolland, J. Citado en Navarro, J. & Beyebach, M).

En lo que concierne específicamente a la leucemia como una enfermedad crónica que puede afectar a un paciente y a su familia, ha sido investigada desde hace mucho tiempo; en 1969 Binger y sus colaboradores entrevistaron a 20 familias en donde habían enfermado alguno de sus hijos y que fallecieron a causa de la enfermedad. En los resultados obtenidos, los autores mostraron que en más del 50% de la población estudiada los hermanos de los pacientes presentaban serios problemas de conducta y muchos de los padres mostraban depresión, somatizaciones e hiperactividad; y recordaban a sus hijos con altos niveles de ansiedad y sentimientos de soledad.

Por otra parte, en 1980 Powazek et al; estudiaron el ajuste y el afrontamiento de familias con pacientes enfermos de leucemia, encontraron que sólo 8% de los pacientes que participaron tenían altos niveles de ansiedad, mientras que 45% de las madres presentaron altos niveles de ansiedad, un 38% presentó una depresión profunda, mientras que otro 55% presento síntomas de neurosis de adaptación.

En 1988, Fife et al; realizaron un estudio test – retest en parejas de padres con un hijo enfermo de leucemia, utilizaron una batería que contempló los siguientes instrumentos: MMPI, Escala de ansiedad de Spielberg, Test de Ajuste Marital de Locke – Wallace y la Escala de Ambiente Familiar de Moos. Los resultados que obtuvieron por medio de la batería fueron los siguientes:

Durante los primeros doce meses a partir de la fecha del diagnóstico, los niveles de ansiedad en ambos padres disminuyeron, sin embargo durante los primeros días fueron muy elevados como era de esperarse en una situación de impacto y estrés ante la enfermedad. Por otra parte, los autores encontraron que había un bajo nivel de satisfacción marital en cada una de las parejas que participaron en el estudio; las diferencias entre las parejas, mostraron que los padres encontraban insatisfacción hacia su pareja en áreas como felicidad marital, mientras que las madres mostraron esta insatisfacción marital en la falta de toma de decisiones.

Cuadro 3.1- Principales alteraciones en la familia producidas por el impacto de una enfermedad. (Navarro, J. & Beyebach, M).

a) Alteraciones estructurales:

1. Se desarrollan en la familia coaliciones y exclusiones emocionales.
2. Las familias se adhieren a patrones rígidos, por ejemplo:
  - Falta de flexibilidad para pasar de la configuración en crisis a la configuración crónica.
  - Patrón rígido entre cuidador primario familiar y el resto de la familia.
  - Sobreprotección del enfermo.
1. Aislamiento social.
2. Cambios estructurales en los roles familiares y en el poder.
3. Las necesidades de la familia se someten a las del paciente.
4. El cuidador primario, es el tema de respiro.

a) Alteraciones procesales (del ciclo evolutivo normativo)

1. Compatibilizar la tarea evolutiva con la atención de la enfermedad.
2. Respuestas de celos en momentos centrípetos y de incompatibilidad en momentos centrifugos.
3. Los patrones de respuesta de la fase aguda son difíciles de cambiar.

a) Alteraciones de la respuesta emocional.

1. Sentimientos de contrariedad, culpa, resentimiento e impotencia; su expresión se juzga incompatible con la condición médica del paciente y con la estabilidad de la familia.
2. Malas experiencias con parte del personal médico.
3. El ofrecimiento de ayuda psicológica se entiende como una acusación.
4. Duelo por la salud y funciones perdidas, también por la pérdida de partes del cuerpo.

Los demás resultados mostraron que la interacción familiar mantiene el control a pesar del estrés al que estaban sometidas las familias de niños con leucemia. Sin embargo, se demostró que tres aspectos de la vida familiar sufrieron cambios.

El primer aspecto que sufrió cambios, es el nivel de control entre los miembros de la familia nuclear y la familia extensa. Esto permitió observar que a los cuatro meses de diagnóstico, el nivel de control se incrementa, después de un año, dicho nivel de control vuelve a los niveles anteriores al diagnóstico de la enfermedad. Este hallazgo es congruente con las necesidades individuales de los miembros de la familia de incrementar el control en uno de sus aspectos de vida, a fin de adaptarse y establecer su conducta de afrontamiento hacia la enfermedad, más aun en las situaciones en las que el estrés es muy elevado y los demás miembros de la familia pierden el control.

En el segundo aspecto se encontró que ambos padres notaron mayor apego a los valores morales y religiosos; mientras que en el tercer aspecto, las madres reportaron que la familia tenía una nula participación en actividades recreativas. Los autores demostraron que el apego a los valores morales y religiosos era un aspecto tranquilizador que daba a las madres una sensación de cohesión y satisfacción marital, mientras que, para los padres eran mínimas estas sensaciones.

En otro de los instrumentos, los padres demostraron tener un mayor índice de ansiedad, psicastenia, depresión, hipocondriasis y defensas, en relación con sus parejas. Las madres presentaron mayores índices de depresión aguda.

Los autores del presente estudio concluyeron que los patrones de afrontamiento hacia la enfermedad de uno de sus hijos, varía según la dinámica existente antes de que se presentara la enfermedad, es decir, en las familias donde predominaban las relaciones estables y con adecuado apoyo entre sus miembros, eran capaces de mantener su usual calidad de vida a pesar de los prolongados periodos de estrés. Por otra parte en las familias en donde ya existían problemas antes de que apareciera la enfermedad, experimentaron un incremento en el deterioro de sus relaciones familiares y tuvieron severos problemas en el afrontamiento hacia la enfermedad. (Fife, B., Norton, J., Groom, G., 1987)

En lo que corresponde a los hermanos de niños enfermos de leucemia, se han realizado diversos estudios donde se ha visto el efecto de la enfermedad en ellos, Binger encontró que en más de la mitad de su muestra de estudio, uno ó más de los miembros de la familia de niños con leucemia requerían de atención psiquiátrica, además también observó que en el transcurso del ajuste familiar, los hermanos de los pacientes presentaron serios problemas de conducta que alteraron el proceso de ajuste familiar y las estrategias de afrontamiento hacia la enfermedad.

Muchos de estos síntomas se manifestaron cuando la enfermedad llegaba a fase terminal y se agravaban después del fallecimiento del hermano enfermo. Algunos trastornos de conducta que se hallaron en este estudio fueron enuresis, dolores de cabeza persistentes, bajo rendimiento escolar, fobia a la escuela, depresión, ansiedad severa y dolores abdominales recurrentes.

Sin embargo, este mismo autor señala que las reacciones del niño hacia la enfermedad y la muerte subsecuente no tienen repercusiones psicológicas ó físicas inmediatas que estén directamente asociadas al duelo, sino que tiempo después estos síntomas se agudizan aún más y se presentan distorsiones en la estructura del carácter. (Binger, C.M., Anthony, E.J., Koupernick, C., 1973)

Ahora bien, estas distorsiones mencionadas por Binger, están descritas desde 1964 por Cain y sus colaboradores; ellos describieron las complejas distorsiones patológicas que se derivan de las reacciones emocionales hacia la muerte de un hermano, estas distorsiones incluyen áreas como afecto, cognición, sistema de creencias, funcionamiento del superyo y las relaciones objetales (Cain, A.C., et al, 1964)

Cabe mencionar que la intensidad de la respuesta a la pérdida de un hermano con leucemia, dependen de la fase de desarrollo en la que se encuentren los demás hermanos, la respuesta global de la familia, la evolución de la enfermedad y la forma en que el conflicto de la enfermedad influyó en la familia. Las reacciones de crisis hacia la muerte del paciente varían considerablemente de una familia a otra en función de la persistencia y la intensidad del duelo, y es aquí donde los hermanos adquieren su estilo de respuesta de los propios padres. (Lobato, D., Faust, D., Spirito, A., 1988) (Janus, M., Goldberg, S., 1995)

- **Alteraciones en el desarrollo del niño por enfermedad crónica.**

El Dr. René Spitz (1966) realizó numerosas observaciones en niños pequeños. Uno de los fenómenos que describió fue la depresión anafórica frente a la separación de su madre. En la actualidad, podemos mencionar que una hospitalización prolongada puede ocasionar una privación similar a las que describió el Dr. Spitz; ya que los niños ingresan a un medio de estimulación agresivo por lo que representa el tratamiento; además los padres suelen estar sumidos en una angustia creciente que aparentemente "olvidan" prodigar de cuidados emocionales a su hijo, principalmente la del contacto físico que denota un gran apoyo para ellos en el hospital.

Ahora bien, no se trata de que no se le dé atención al tratamiento, sino de que el cuidado emocional del niño en el hospital es tan especial y básico que nunca se debe de desatender. En ocasiones, esta angustia es tan grande que el vínculo de los niños hacia los padres se altera, a tal grado que, los niños pueden comenzar a manifestar lo que el Dr. Spitz llamó depresión anafórica ó lo que otros autores han denominado como síndrome de hospitalismo. (Freedman, L., 1984; Stone, F.H., 1982, Goldman, H., 1993)

La depresión que describió el Dr. Spitz, se refiere a la respuesta emocional afectiva del infante, cuando este se ve alejado (ya sea por pérdida ó separación) de las personas con las que tiene establecido un vínculo (Objetos); y que la seriedad ó gravedad de este tipo de depresión varía según la cantidad de tiempo por la que se dio dicha separación ó pérdida de dichos objetos. Cabe mencionar que si traspolamos estos conceptos en el niño con padecimientos hematológicos, viven separaciones, que van desde la separación de su hogar, así como de sus seres queridos y viviendo pérdidas las cuales van desde la misma salud, así como la libertad de llevar a cabo todos sus juegos y actividades.

Las consecuencias que trae dicho fenómeno, son que deja al niño a predisposición de infecciones por inmunosupresión, proveniente de los estados de ánimo negativos que presenta. Situación que si se suma a las condiciones especiales de los niños en tratamiento con quimioterapia los niños parecen ser más vulnerables a dichas situaciones.

Freedman (1984) al respecto, menciona que el niño en estancias prolongadas y con períodos de aislamiento en el hospital, suele presentar una depresión que puede ser crónica; por la grave privación emocional que padece, manifiesta trastornos en su desarrollo emocional, tales trastornos suelen ser relaciones sociales superficiales, conceptos temporales distorsionados, capacidad limitada para el aprendizaje, disminución de la resistencia a la enfermedad y conducta rebelde ó antisocial.

En la práctica clínica dentro del servicio de hematología, se han encontrado las siguientes reacciones en los niños en tratamiento y hospitalización.

Cuadro 3.2- Principales reacciones emocionales de los niños con hospitalizaciones prolongadas. (Freedman, L. 1984.)

**Efectos directos.**

El malestar ó dolor que suele presentarse en el tratamiento durante la estancia en el hospital, pueden producir negligencia, postración, trastornos del sueño y del apetito e irritabilidad en los niños. La inquietud motriz es muy manifiesta.

**Efectos reactivos.**

**Regresión.**- La regresión en los niños pequeños se presenta en actitudes en donde reaparece, la succión del pulgar, vuelta al biberón, conducta exigente, dependiente, negativista ó agresiva, abandono de las actitudes recién aprendidas. En niños mayores la regresión ocasiona la reaparición de conductas sociales más inmaduras, como sería la dependencia excesiva a los padres. Conducta exigente y agresiva, incapacidad de compartir con sus hermanos, dificultades de concentración y depresión.

**Depresión.**- Los trastornos de la alimentación y el sueño son frecuentes en los niños pequeños como indicadores de la depresión, en los niños mayores y adolescentes aparecen a menudo grandes oscilaciones del estado de ánimo.

**Interpretación errónea.**- Los niños de edad preescolar consideran de ordinario que el dolor ó malestar provenga de un castigo por transgresiones reales ó imaginarias, mientras que en los niños mayores muestra temores de mutilación corporal en relación con las acciones terapéuticas.

**Concomitantes fisiológicos de la enfermedad.**- En ocasiones es posible observar taquicardia, palpitaciones, hiperventilación, diarrea y otros signos y síntomas, que frecuentemente se entremezclan con los efectos de la enfermedad.

**Efectos sobre la personalidad.**- Los cuadros de personalidad que se observa en niños con enfermedades hematológicas, se basan en una pauta sobredependiente, hiperansiosa y pasiva, seguidos de fuertes beneficios secundarios obtenidos a través de la enfermedad. En los padres lo que se observa es una excesiva ansiedad, la sobreprotección y la excesiva indulgencia a los problemas de conducta del niño.

La Dra. Marta Békei (1981), plantea que el impacto de la enfermedad en el niño depende de tres factores principales, los cuáles son:

- a) El desarrollo psicológico alcanzado por el niño al comienzo de la enfermedad.
- b) Tipo y localización de la enfermedad.
- c) Relación madre - hijo y las condiciones familiares y socioeconómicas del niño.

Desde el punto de vista ericksoniano, Eiser hizo una revisión de las etapas correspondientes a la infancia, en la manera en que una enfermedad crónica altera el desarrollo del niño, por el tema de este estudio sólo se presentará la etapa correspondiente de 6 a 12 años de edad. (Eiser, C. 1990)

*Etapas de Industriosidad vs Inferioridad (6/12 años).* Ahora, el niño lucha por lograr el involucramiento significativo y exitoso en el mundo del trabajo escolar y las actividades con pares de interés, en lugar de experimentar inadecuación y frustración. El niño crónicamente enfermo se enfrenta a pocas oportunidades para desarrollar hábitos de éxito e industriosidad en la escuela, los deportes ó los amigos, ya sea por las constantes hospitalizaciones, limitaciones físicas propias del padecimiento, los cuidados médicos restrictivos, la sobreprotección de los padres ó todos a la vez. Por ello, se recomienda que los encargados de los niños hospitalizados y/ó crónicamente enfermos, los provean de explicaciones honestas acerca de sus enfermedades de acuerdo a las capacidades cognitivas del menor; les impartan el conocimiento acerca de los procedimientos médicos a los que serán expuestos, de una manera adecuada a sus edades (por medio de vídeos apropiados a la edad, el juego terapéutico e incluso la posibilidad de manipular el equipo médico), y; animar al niño a involucrarse él mismo en actividades normales con sus pares y actividades escolares tanto como sea posible.

#### - **Tratamiento Psicológico para el Paciente con Cáncer.**

López considera que la psicoterapia debe ser indicada en el paciente oncológico, por que al momento del diagnóstico de la enfermedad, las defensas del paciente interfieren con el tratamiento médico y limitan su cooperación. En casos de niños y adolescentes, la psicoterapia actúa sobre las interferencias que causa la enfermedad en el desarrollo psicológico del paciente. Debido a esto López propone que existen tres modalidades de psicoterapia; la primera modalidad es la que forma parte de un plan psiquiátrico en donde se hace un tratamiento sobre algún padecimiento psiquiátrico relacionado ó no al cáncer. La segunda modalidad es de un tipo médico que orienta e informa al paciente de su padecimiento a fin de que el paciente coopere con su tratamiento. El tercer tipo de tratamiento es una terapia psicodinámica y que tiene como meta abordar los procesos mentales del paciente mediante el insight. (López, M; 1985)

Levenson también propuso un método de tratamiento psicodinámico para el paciente con cáncer, considerando su teoría del equilibrio emocional entre la madre y el bebé y el manejo de la irritación entre ambos. Dicho tratamiento tiene como meta que el paciente, desde una etapa autista, experimente sensaciones corporales que le permitan expresar la irritación que nunca descargó y que como consecuencia desencadenó su cáncer. Desde el punto de vista de la transferencia, Levenson menciona que el analista toma el papel de la madre que absorbe la irritación del bebé y eso permite crear nuevas conductas adaptativas y nuevos mecanismos de defensa que le permitan al paciente expresar toda esa irritación que ha acumulado en su cuerpo a lo largo de su vida. (Levenson, F., 1986)

Taladrí menciona que el cáncer requiere de apoyo psicológico para el paciente por los sentimientos que llega a experimentar al saberse portador de una enfermedad que amenaza seriamente su vida y que difícilmente llega a controlar, los más comunes son el miedo, la ansiedad, coraje y depresión ante los tratamientos, sugiere algunas técnicas cognitivas – conductuales y de relajación. Algunas de ellas son la terapia en crisis, en dichas terapias se busca que el paciente presente cambios en la percepción negativa del enfermo respecto a su padecimiento, tenga un desahogo en su conflictiva emocional, cree empatía con el terapeuta y el equipo médico y apoyarlo en la búsqueda de soluciones realistas. En caso en que el tipo de cáncer que padezca el paciente requiera una cirugía; Taladrí sugiere un tratamiento psicológico preoperatorio y postoperatorio y algunas terapias de apoyo en las sesiones de quimioterapia y para ayudar a disminuir la ansiedad que se origina por los efectos secundarios de la misma, como por ejemplo la meditación y la imaginación guiada. (Taladrí, B., 1993)

En este capítulo se revisaron los efectos que tiene la enfermedad en el desarrollo del niño, así como los aspectos del cáncer y los estudios más sobresalientes que demuestran la relación entre los factores psicológicos y el inicio y desarrollo de la enfermedad, en el siguiente capítulo se estudiarán los aspectos médicos del padecimiento en estudio, la leucemia aguda infantil.

## Capítulo IV

### LA LEUCEMIA AGUDA INFANTIL.

---

- \* El virus ó el tumor que envenena nuestra sangre, es experimentado como un extraño, en lo más íntimo de nuestro cuerpo.\*

*Denis Vasse*

La sangre es uno de los líquidos corporales de mayor importancia por las funciones que desempeña para el mantenimiento de la vida. Los líquidos corporales constituyen el 60% del peso de un individuo sano y se distribuyen de la siguiente manera: 40% es el líquido que se encuentra en el interior de las células; 20% se encuentra fuera de ellas, correspondiendo a la sangre el 5%. A través de ella, el oxígeno que al respirar toman los pulmones, es llevado a todos los órganos y tejidos del cuerpo y a su vez retoman a los pulmones el dióxido de carbono que desechan las células para exhalarlo al medio ambiente.

La sangre llega también a los riñones y a través de un proceso de filtración y reabsorción forma la orina que elimina el excedente de agua y productos del metabolismo que no son útiles al organismo y cuya retención puede enfermarlo. A través de la sangre también se contribuye al mantenimiento del pH orgánico, de la temperatura, y como ya se mencionó, por la circulación a los pulmones y a los riñones se conserva el equilibrio y composición de los líquidos corporales que se conoce como homeostásis. La sangre esta constituida por cerca de un 50% de líquido plasmático (soluciones y proteínas) y otro tanto de elementos figurados que son los glóbulos rojos (eritrocitos), glóbulos blancos (leucocitos) y las plaquetas (trombocitos).

Todos los elementos figurados nombrados anteriormente, tienen su origen en un proceso llamado **hematopoyésis**, y este proceso se lleva a cabo en la médula ósea. La médula se localiza en los huesos largos del cuerpo, en el esternón, costillas, vértebras y la pelvis. En el tejido linfóide también se lleva a cabo la producción de estas células. En su fase indiferenciada dentro de la médula, estas células se llaman **hemocitoblastos** y se clasifican en cinco diferentes tipos, de acuerdo al tipo de célula a la que corresponden. En esta ocasión nos referiremos sólo a dos tipos, los **linfoblastos** y los **mieloblastos** (Tortora, A., 1989).

Estos tipos de células en fase inmadura son los principalmente involucrados en la leucemia aguda, ya que es en este tipo de células donde la hematopoyésis se altera y en vez de producir linfocitos y por otra parte eosinófilos, neutrófilos y basófilos normales, comienzan a producir células indiferenciadas inmaduras que resultan ser malignas.

En el año de 1845, John Bennet (Edimburgo) y Rudolf Virchow (Berlín), publicaron por separado sus observaciones en pacientes con leucemia. Ambos escribieron la historia clínica de sus pacientes, en donde resaltaban una debilidad creciente, hinchazón del abdomen y epistaxis graves. Al realizar las autopsias, encontraron que los cuerpos tenían el bazo muy crecido y un aspecto muy peculiar en la consistencia y el color de la sangre.

Bennet pensó que la sangre se había mezclado con pus, aunque no encontró más datos clínicos que afirmarían su hipótesis; mientras que por su parte Virchow la denominó "sangre blanca", a fin de describir el extraordinario color blanquecino pálido de la sangre. (McKenzie, S. B., 1991)

Años después se aplicó la palabra griega leucemia que significa "sangre blanca", a fin de utilizar las descripciones de la enfermedad realizadas por Virchow, el término "aguda" se conserva por razones históricas, ya que en el pasado se observó que algunos pacientes con leucemia aguda vivían menos que aquellos con leucemia crónica.

Una característica particular de la leucemia aguda, es el tipo predominante de célula inmadura maligna llamada *blastos*. La proliferación descontrolada de estas células se localiza en la médula ósea, esto ocasiona que las células sanguíneas normales sean desplazadas y los blastos invadan órganos internos, de ahí las consecuencias devastadoras de la enfermedad.

La letalidad de la leucemia aguda corresponde aproximadamente a tres por cinco casos por cada 100,000 habitantes y existe una tendencia notable en el aumento de casos. La leucemia aguda es una de las neoplasias más frecuentes en los niños y una de las principales causas de muerte. (Ruiz, A. G., 1996)

Desde la segunda mitad del siglo XX, esta ha cambiado por completo por el uso de tratamientos más eficaces para la leucemia aguda.

#### ➤ DEFINICIÓN DE LEUCEMIA

Las leucemias son enfermedades caracterizadas por las proliferaciones clonales de células precursoras hematopoyéticas en distintos grados de diferenciación que dan lugar a una infiltración en la médula ósea y secundariamente al hígado, al bazo y otros órganos y tejidos. Constituyen el grupo de neoplasias más frecuentes en los niños; el 80% de los casos corresponde a la Leucemia linfoblástica Aguda (LLA) Y el 20% a la Leucemia Mieloide Aguda (LMA) (Ortega, A.J., 2001)

#### ➤ EPIDEMIOLOGÍA

En nuestro país surgieron 4,173 nuevos casos de leucemia en 1999, de estos, 1,707 casos fueron en niños de 5 a 14 años de edad. De esta cifra, fallecieron 412 pacientes, de los cuales 97 fueron niños del mismo rango de edad.) En el año 2000 fue la segunda causa de muerte de niños en edad escolar con un total de 642 defunciones de un total de 7,118 reportadas ese año. En el 2001, fue la segunda causa de mortalidad más frecuente en niños de edad escolar; con un total de 588 defunciones, cifra que equivale al 8.3% de un total de 7,088 defunciones del mismo año. (Secretaría de Salud, Principales causas de Mortalidad en edad escolar, 1999-2001)

## ➤ CLASIFICACIÓN

Las manifestaciones clínicas de las leucemias se deben a la supresión de la hematopoyesis normal, infiltración de las células malignas en los tejidos y a los efectos metabólicos de la enfermedad maligna.

De acuerdo a lo anterior, si esta supresión afecta a las células mieloides, la leucemia se clasifica como mielocítica ó mieloblástica aguda (LMA). Si el defecto modifica en sus formas primarias a las células linfoides, la leucemia se clasifica como Leucemia Linfoblástica aguda (LLA). La Leucemia Linfoblástica Aguda es la neoplasia maligna más frecuente en los niños. (Champlin, en Hocking, 1987)

Según los criterios morfológicos, inmunológicos y citogenéticos de la clasificación FAB<sup>1</sup>; en el presente estudio sólo contemplamos las dos primeras clasificaciones de la LLA; puesto que son las más frecuentes y comunes en los niños:

- LLA L1 ó Leucemia Linfoblástica Aguda Típica.
- LLA L2 ó Leucemia Linfoblástica Aguda Atípica.

## ➤ ETIOLOGIA

En la mayoría de los pacientes se desconoce la etiología de la leucemia aguda. Factores hereditarios tienen que ver en algunos casos. Hay una alta incidencia de aparición de la leucemia entre gemelos idénticos si la enfermedad se desarrolla entre el primer año de vida, se han identificado familias con una incidencia excesiva de leucemias y otras enfermedades malignas. La leucemia aguda se presenta con una frecuencia aumentada en diversos trastornos congénitos, como el síndrome de Down, síndrome de Bloom, síndrome de Klinefelter y la anemia de Fanconi.

Los factores ambientales también son importantes en la etiología de las leucemias agudas. La exposición a una radiación excesiva se asocia con una mayor incidencia tanto de LLA como de LMA. La exposición a cancerígenos químicos como el benceno se ha asociado con el desarrollo de LMA. Los virus, en especial el virus RNA del tipo C, se han implicado en la patogénesis de las leucemias agudas en primates no humanos. Todavía no hay una evidencia directa de una etiología viral de la leucemia en el hombre. La incidencia de la leucemia aguda es aproximadamente de 7 por 100,000 personas por año. La leucemia linfoblástica aguda por lo general es una enfermedad de los niños y adultos jóvenes, mientras que la LMA se presenta en individuos de todas las edades. (Ruiz, A. G., 1994)

<sup>1</sup> Clasificación Franco - Americano - Británica, propuesta por la necesidad de un esquema que unificara la morfología de las leucemias y sirviera para correlacionarlos con el avance, tratamiento y pronóstico de la enfermedad. (Ruiz, A. 1994)

## > FISIOPATOLOGIA

La leucemia aguda se caracteriza por la proliferación de las células mieloides o blastos linfoides. Las células leucémicas surgen después de la transformación maligna de un progenitor hemopoyético linfoide único, seguida por la replicación y expansión de la clona transformada. Hay una aparente interrupción de la maduración de las células leucémicas en la etapa de mieloblasto en la LMA y en la etapa de linfoblasto en la LLA. Las células leucémicas se acumulan principalmente por un defecto en el proceso de diferenciación a células maduras normales. Las células leucémicas infiltran la médula ósea y causan supresión de la hemopoyesis normal produciendo pancitopenia. Las células leucémicas pueden entrar a la circulación periférica y pueden infiltrar otros tejidos como los ganglios linfáticos, bazo, piel, vísceras y sistema nervioso central. La anemia está presente en más del 90 % de los pacientes, y proviene al menos en parte, del reemplazo físico de los precursores eritroides normales por células leucémicas; también pueden interferir con la función del microambiente de la médula ósea o de las estructuras de apoyo. (Mckenzie, S.B., 1991)

## > CUADRO CLINICO

Si no se trata, la leucemia es rápidamente letal con una supervivencia media de solo tres meses. Los síntomas iniciales de la Leucemia Aguda por lo general están presentes por menos de tres meses. Los pacientes se pueden quejar de manifestaciones de anemia como palidez, fatigabilidad y disnea con ejercicio moderado. Pueden estar presentes náusea, vómito y pérdida de peso.

La hemorragia es un problema importante en los pacientes con leucemia aguda y puede estar relacionada con trombocitopenia severa y anomalías de la coagulación. Los megacariocitos pueden intervenir en el proceso leucémico, causando una producción y una función plaquetarias anormales. Comúnmente están presentes petequias y fragilidad capilar. La hemorragia espontánea se hace progresivamente común con cuentas plaquetarias de menos de  $20 \times 10^9 / \text{Lt.}$  y puede ocurrir en las encías, membranas mucosas o sitios viscerales. La infección es una complicación común de la leucemia aguda. La incidencia de infección está inversamente relacionada con el nivel de neutrófilos circulantes y se vuelve un riesgo importante en los pacientes con cuentas de granulocitos inferiores al  $5 \times 10^9 / \text{Lt.}$  Los neutrófilos derivados de los progenitores leucémicos pueden funcionar anormalmente, comprometiendo aún más las defensas del huésped.

Entre las infecciones comunes en los pacientes con leucemia aguda se incluyen gingivitis, estomatitis, celulitis, absceso perirectal, neumonía, infección del tracto urinario y septicemia. La candida especie es el agente patógeno más frecuente.

Están presentes hepatomegalia, esplenomegalia ó hipertrofia de los ganglios linfáticos debido a infiltración leucémica en aproximadamente la mitad ó  $\frac{1}{2}$  partes de los pacientes con LLA y en la minoría de los pacientes con LMA al momento del diagnóstico. En general, está presente una masa mediastinal anterior en los pacientes con la variante de células T de la LLA, pero es una manifestación rara en otras formas de LLA ó en la LMA.

La leucemia aguda puede infiltrar otros tejidos como la piel, pulmón, ojos, nasofaringe ó riñón. Se pueden producir "cloromas", masas de células leucémicas en tejidos blandos. Es particularmente común la infiltración testicular en la LLA y es un sitio frecuente de recaída leucémica. En aproximadamente la mitad de los pacientes con Leucemia aguda se presentan síntomas relacionados con la expansión de la masa de células malignas como dolor óseo e hipersensibilidad external; se pueden producir lesiones osteolíticas. El dolor de las articulaciones es frecuente en los pacientes con leucemia aguda y pueden mimetizar la presencia de fiebre reumática ó artritis reumatoide. Estos hallazgos se relacionan con infiltración leucémica sinovial ó hueso adyacente.

Se puede desarrollar anomalías renales con infiltración leucémica, obstrucción ureteral por cálculos de ácido úrico ó hipertrofia de los ganglios linfáticos, nefropatía por uratos ó por complicaciones infecciosas ó hemorrágicas. Se pueden presentar síntomas gastrointestinales de saciedad temprana, distensión y constipación por organomegalia ó por infiltración leucémica del intestino. Las células leucémicas se pueden infiltrar a través de las meninges hasta el espacio subaracnoideo produciendo meningitis leucémica.

También se pueden afectar el parénquima del cerebro y médula espinal. Sólo rara vez se puede demostrar el compromiso neurológico al momento del diagnóstico, pero el SNC es un sitio frecuente de recaída. Los primeros síntomas de meningitis leucémica, por lo regular son cefalea y náusea. (Harrison, T.R. et al, Vol. 1; 1998)

#### ➤ DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico de Leucemia Aguda requiere la demostración de células leucémicas en la médula ósea, sangre periférica ó tejidos extramedulares. Es importante distinguir una LMA de una LLA ya que estas dos enfermedades difieren marcadamente en su historia natural, pronóstico y respuesta a varios agentes terapéuticos. (Harrison, T.R. et al, Vol. 1; 1998)

#### ➤ TRATAMIENTO.

El tratamiento de la leucemia aguda se basa en las características cuantitativas de malignidad y en el principio de muerte celular fraccionada mediante los agentes quimioterapéuticos, cuando se inicia el tratamiento es con el fin de destruir las células anormales, cuando esto se logra, las células leucémicas ya no se pueden detectar en sangre y en médula, pero es necesario continuar un tratamiento que destruya al resto de células malignas. El tratamiento consta de cuatro fases, las cuáles son:

- Inducción a la remisión.
- Remisión.
- Consolidación.
- Mantenimiento.

Otro aspecto del tratamiento implica quimioterapia ó radiación local en sitios comunes de recaída del SNC. Se examina el valor de estas formas de tratamiento para la LLA y la LMA. (Champlin en Hocking, 1987) (Harrison, T.R. Vol. 1; 1998)

Hay que tomar en cuenta que el tratamiento para la leucemia también tiene efectos secundarios devastadores para el paciente, ya que son medicamentos muy fuertes y sumamente agresivos para el organismo; a continuación se presentan los tratamientos para la LLA L1 y la LLA L2, con los efectos secundarios.

**Cuadro I.- Programa Terapéutico LLA L1 (Flores, J. D., et al, 1999)**

Fase	Droga	Dosis	Vía	Días/semana
Inducción	VCR	2 mg/msc/semana	IV	1 a 5
Semanas 1 a 5	PDN	60 mg/msc/día	VO	1 a 28
	HDR	25 mg/semana	IT	1,3,5
Consolidación	MTX	12.5 mg/msc/semana	IT	1,3,5
	VCR	2 mg/msc/día	IV	1
Semanas 5 a 12	ARA	200 mg/msc/día	IM	1 a 5
Tres ciclos	GMP	100 mg/msc/día	VO	1 a 5
	MTX	12.5 mg/msc/semana	IT	5
	ARA	40 mg/msc/semana	IT	5
	HDR	25 mg/msc/semana	IT	5
Profilaxis SNC	RT	2 400 rads		1 a 3
Semanas 13 a17	HDR/MTX/ARA	igual a consolidación	IT	1,3,5
	PDN	60 mg/msc/día	VO	21 a 34
	VCR	2 mg/msc/semana	IV	4 a 5
	ADR	30 mg/msc/día	IV	21
Mantenimiento Sostén	VCR	1.5 mg/msc/día	IV	1
c/4 semanas	PDN	100 mg/msc/día	VO	1 a 5
Semanas 20 a 155	ADR	30 mg/msc/día	IV	1
	MTX	7.5 mg/msc/día	VO	1 a 5
	VCR	1.5 mg/msc/día	IV	1
	PDN	100 mg/msc/día	VO	1 a 5
	ARA	200 mg/msc/día	IM	1 a 5
	CFA	100 mg/msc/día	VO	1 a 5
	VCR	1.5 mg/msc/día	IV	1
	PDN	100 mg/msc/día	VO	1 a 5
	MTX	7.5 mg/msc/día	VO	1 a 5
	GMP	250 mg/msc/día	VO	1 a 5
	PDN	100 mg/msc/día	VO	1 a 5
	ARA	200 mg/msc/día	IM	1 a 5
	GMP	100 mg/msc/día	VO	1 a 5
	ADR	30 mg/msc/día	IV	1
	HDR/MTX/ARA	igual a consolidación	IT	C/12 semanas

VCR= vincristina, PDN= prednisona, HDR= hidrocortisona, MTX= metotrexato, ARA= citarabina, GMP= 6-mercaptopurina, ADR= adriamicina, CFA= ciclofosfamida, SNC= sistema nervioso central y RT= radioterapia.

Cuadro II.- Programa Terapéutico LLA L2 (Flores, J.D. et al, 1999)

Fase	Droga	Dosis	Vía	Días/semana
Inducción	VCR	2 mg/msc/semana	IV	1 a 5
	PDN	60 mg/msc/día	VO	1 a 28
	CFA	600 mg/msc/día	IV	1 y 21
	EPI	45 mg/msc/día	IV	7 y 28
	L-ASP	10 000 U/msc/día	IM	35,37,39,41,43
	HDR	25 mg/semana	IT	1,3,5
Consolidación	MTX	12,5 mg/msc/semana	IT	1,3,5
	ARA	30 mg/msc/semana	IT	1,3,5
	VCR	2 mg/msc/día 1	IV	semanas 6,15,21,52
Semanas 6 a 64	MTX	500 mg/msc/día 1	IV	semanas 6,15,21,52
	HDR/MTX	misma dosis inducción	IT	semanas 6,15,21,52
	ARA	300 mg/msc/día 2	IV	semanas 8,9,23,54
	VM26	150 mg/msc/día 2	IV	semanas 8,9,23,54
	ARA	100 mg/msc/día 5	IV	semanas 11,13,56,58
	CFA	100 mg/msc/día 5	IV	semanas 11,13,56,58
	HDR/MTX/ARA	misma dosis inducción	IT	semanas 11,13,56,58
	ARA	200 mg/msc/día 5	IV	semanas 17 y 60
	EPI	45 mg/msc/día 1	IV	semanas 17 y 60
	6MP	100 mg/msc/día 5	VO	semanas 17 y 60
	BCNU	50 mg/msc/día 1	IV	semanas 19 y 62
	CFA	600 mg/msc/día 1	IV	semanas 19 y 62
	EPI	45 mg/msc/día 1	IV	semanas 19 y 62
	MTX/HDR	misma dosis inducción	IT	Semanas 17,18,19,60,61,62
	6MP	50 mg/msc/día	VO	semanas 25 a 36 y 40 a 51
	NTX	30 mg/msc/semana	VO	semanas 25 a 36 y 40 a 51
	HDR/MTX/ARA	misma dosis inducción	IT	c/4 semanas
	VCR	2 mg/msc/semana	IV	semanas 37 a 39 y 66 a 68
	PDN	60 mg/msc/día 21	VO	semanas 37 a 39 y 66 a 68
	EPI	45 mg/msc/semana	IV	semanas 37 y 66
L-ASP	10 000 U/msc/semana	IM	semanas 37 a 39	
Profilaxis SNC	RT	2 400 rads		semanas 65 a 67
Semanas 65 a 69	HDR/MTX/ARA	dosis igual inducción	IT	semanas 64 a 67
Sostén	BMP	300 mg/msc/día	VO	Día 1 a 4
	CFA	600 mg/msc/día	IV	día 1
Semanas 70 a 130	ARA	100 mg/msc/día	IM	día 1 a 4
	EPI	30 mg/msc/día	IV	día 1
	MTX	10 mg/msc/día	VO	día 1 a 5
	BCNU	60 mg/msc/día	IV	día 1
	ARA	300 mg/msc/día	IV	día 1
	VM26	150 mg/msc/día	IV	día 1
	HDR/MTX/ARA	dosis igual inducción	IT	día 1

VCR= vincristina, PDN= prednisona, CFA= ciclofosfamida, EPI= epirubicina, L-ASP= L-esparginesa, HDR= hidrocortisona, MTX= metotrexate, ARA= citarabina, VM26= tenipósido, 6MP= 6-mercaptopurina, BCNU= carmustina, SNC= sistema nervioso central y RT= radioterapia.

**Cuadro III.- Medicamentos empleados en el tratamiento de LLA L1, LLA L2 y sus efectos secundarios.**

Medicamento	Efecto Secundario.
Vincristina	Alopecia, dolor abdominal, neurotoxicidad, necrosis tisular, depresión de la hematopoyesis, Constipación, ileo adinámico, secreción inapropiada de la hormona anti-diurética.
Prednisona	Mismas que la hidrocortisona, sólo que también puede provocar evacuaciones con sangre ó negras, fragilidad en los huesos, hipertensión, aumento de glucosa en la sangre.
Hidrocortisona	Indigestión, aumento de peso, retención de líquidos, debilidad muscular, cambios en el estado de ánimo.
Metotrexate	Anorexia, náusea, vómito, Depresión hematopoyética, hepatotoxicidad, gastritis, hemorragias, desmineralización ósea, diarrea, exantemas cutáneos.
Citarabina / Ara- C	Difunción hepática, náuseas, vómitos, anorexia, diarrea, dermatosis, estomatitis, febrilis, fiebre.
6- Mercaptopurina	Depresión hematopoyética, anorexia, náusea, vómito, diarrea.
Adriamicina	Náusea, vómito, depresión de la hematopoyesis, alopecia, ardor en el sitio de la inyección.
Ciclofosfamida	Anorexia, náusea, vómito, estomatitis, fibrosis pulmonar, hepatitis, alopecia, amenorrea, azoospermia, cistitis hemorrágica, alopecia, depresión de la hematopoyesis.
Epirubicina	Depresión de la hematopoyesis, mucositis, cardiotoxicidad, náusea, vómito, alopecia.
L- Asparginasa	Reacción alérgica, cansancio, anorexia, fiebre, náusea, vómito, dolor estomacal, hipertensión, hemorragias.
VM-26/ Tenipósido	Depresión de la hematopoyesis, náuseas, vómito, estomatitis, diarrea, alopecia, febrilis, dermatitis, alergia, toxicidad hepática.
Camustina	Anorexia, náuseas, vómito, depresión hematopoyética, dolor en el sitio de la inyección, Hiperpigmentación cutánea.
Radioterapia	Pérdida de peso, alopecia, anorexia, náuseas, vómito, hiperpigmentación de la piel, edema cutáneo, demielinización de neuronas, retraso del crecimiento por déficit de hormona pituitaria, en el ámbito cognoscitivo, retraso intelectual.

(Cuadro Básico de Medicamentos del Sector Salud, 1990, Goodman, & Gilman, 1996, Baker, L.S. 1990, Beheman, R.E., et al, 1997)

Hasta el momento, se han llevado a cabo los fundamentos teóricos y clínicos del presente estudio. En los capítulos siguientes, se mencionará la parte metodológica, estadística y el análisis de resultados, con sus conclusiones correspondientes.

## CAPÍTULO V

### MÉTODO.

---

"Hay gentes que ven las cosas que existen,  
y preguntan ¿Por qué?  
Yo sueño con aquellas que no existen y pregunto,  
¿Por qué no?"

*George Bernard Shaw.*

#### A) Planteamiento del problema.

La enfermedad crónica produce un impacto psicológico muy grande para el paciente y su familia, sobre todo cuando es un niño quién padece la enfermedad. Cuando se trata de cáncer - ó como en este caso la leucemia - este impacto es abrumador ya que la perspectiva de vida es incierta y surgen demasiados miedos en la familia; dado que la leucemia es una enfermedad que se asocia con sufrimiento, dolor y con un desenlace fatal en poco tiempo.

Los tratamientos son muy agresivos y prolongados, requieren atenciones especiales en el cuidado de los enfermos. Considerando los riesgos médicos a los que se expone, la asistencia periódica a consultas, análisis médicos y quimioterapias, así como, recomendaciones acerca de la alimentación, prevención de infecciones y evitar situaciones generadoras de tensión en el entorno familiar.

De forma particular, la interacción familiar del niño con leucemia se altera, se modifica para buscar el bienestar para el niño. Sin embargo, por el impacto que sufre la familia ante la enfermedad, - ya sea consciente ó inconscientemente- puede crear situaciones de tensión, angustia y estrés para el niño desde el momento del diagnóstico y a lo largo del tratamiento. Si estas situaciones persisten durante mucho tiempo, puede existir la posibilidad de que la enfermedad presente complicaciones que se reflejen en el tratamiento, incluso conducir a una recaída. Por el contrario, si la familia del niño afronta de manera positiva el impacto de la enfermedad, sin tensiones emocionales, es probable que el niño permanezca en remisión mucho tiempo e incrementar sus posibilidades de recobrar su salud. (Levenson, F., 1986, Carlson, N., 1996)

De acuerdo con la bibliografía consultada, la leucemia en remisión por espacio de dos a tres años, se considera como curación de la enfermedad. Resulta interesante plantear el estudio de las relaciones familiares en los niños con leucemia, ya que habría que establecer algunas diferencias entre los niños que se curan y entre los que recaen y probablemente fallezcan, siendo el mismo tipo de leucemia y el mismo tratamiento, incluso en ocasiones siendo el mismo médico.

La respuesta podría ser que son organismos diferentes y como tal responden diferente al tratamiento, pero también hay que tomar en cuenta que esos organismos difieren en el ambiente, en el que están inmersos una historia personal, una familia con interacciones diferentes, y que a su vez adoptan dinámicas diferentes - que como ya se dijo anteriormente - pueden por un lado beneficiar y por el otro crear más situaciones de tensión ó angustia, que en medio de su respuesta a la enfermedad pueden propiciar que el niño sea más propenso a una recaída.

Sin embargo, la revisión bibliográfica no reporta suficiente información sobre la percepción de la interacción familiar del niño con leucemia. Las relaciones familiares de estos niños, presentan una interacción muy peculiar entre sus diferentes miembros, su manera de actuar ante el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad mortal. Con el propósito de incrementar el conocimiento en los aspectos emocionales y psicológicos, resulta importante plantear la necesidad de explorar sobre estos aspectos y detectar si existe alguna influencia de ellos sobre la evolución del padecimiento.

#### B) Pregunta de Investigación.

*¿Existirán diferencias en la percepción de la interacción familiar del niño con leucemia en función de la fase de evolución del padecimiento?*

#### C) Objetivos Específicos:

1. - Analizar las posibles diferencias entre la percepción familiar de los tres grupos de la muestra.
2. - Estudiar las características de del ambiente familiar de los niños con diagnóstico reciente de leucemia.
3. - Estudiar las características del ambiente familiar en la fase de mantenimiento por un largo periodo de tiempo en el tratamiento del niño con leucemia.
4. - Estudiar las características del ambiente familiar y las recaídas en el tratamiento en el niño con leucemia.

#### D) Hipótesis.

Hipótesis de trabajo.- Diferirá la percepción que de la interacción familiar tengan los niños con reciente diagnóstico de leucemia, los niños en mantenimiento y los niños con recaída en el tratamiento.

Hipótesis estadísticas:

H0.- No existen diferencias significativas en la percepción de la interacción familiar entre los tres grupos de niños con leucemia.

H1.- Si existen diferencias significativas en la percepción de la interacción familiar en los tres grupos de niños con leucemia.

**H0<sub>1</sub>.**- No existen diferencias significativas entre los tres grupos de niños con leucemia en tratamiento y los aspectos de apercepción de crianza.

**H1<sub>1</sub>.**- Si existen diferencias significativas entre los tres grupos de niños con leucemia en tratamiento y los aspectos de apercepción de crianza.

**H0<sub>2</sub>.**- No existen diferencias significativas entre los tres grupos de niños con leucemia en tratamiento y los aspectos de apercepción de control.

**H1<sub>2</sub>.**- Si existen diferencias significativas entre los tres grupos de niños con leucemia en tratamiento y los aspectos de apercepción de control.

**H0<sub>3</sub>.**- No existen diferencias significativas entre los tres grupos de niños con leucemia en tratamiento y los aspectos de apercepción de guía.

**H1<sub>3</sub>.**- Si existen diferencias significativas entre los tres grupos de niños con leucemia en tratamiento y los aspectos de apercepción de guía.

**H0<sub>4</sub>.**- No existen diferencias significativas entre los tres grupos de niños con leucemia en tratamiento y los aspectos de apercepción de agresión.

**H1<sub>4</sub>.**- Si existen diferencias significativas entre los tres grupos de niños con leucemia en tratamiento y los aspectos de apercepción de agresión.

**H0<sub>5</sub>.**- No existen diferencias significativas entre los tres grupos de niños con leucemia en tratamiento y los aspectos de apercepción de cooperación.

**H1<sub>5</sub>.**- Si existen diferencias significativas entre los tres grupos de niños con leucemia en tratamiento y los aspectos de apercepción de cooperación.

**H0<sub>6</sub>.**- No existen diferencias significativas entre los tres grupos de niños con leucemia en tratamiento y los aspectos de apercepción de afecto.

**H1<sub>6</sub>.**- Si existen diferencias significativas entre los tres grupos de niños con leucemia en tratamiento y los aspectos de apercepción de afecto.

**H0<sub>7</sub>.**- No existen diferencias significativas entre los tres grupos de niños con leucemia en tratamiento y los aspectos de apercepción de armonía familiar.

**H1<sub>7</sub>.**- Si existen diferencias significativas entre los tres grupos de niños con leucemia en tratamiento y los aspectos de apercepción de armonía familiar.

**H0<sub>8</sub>.**- No existen diferencias significativas entre los tres grupos de niños con leucemia en tratamiento y los aspectos de apercepción de aceptación de responsabilidad.

**H1<sub>8</sub>.**- Si existen diferencias significativas entre los tres grupos de niños con leucemia en tratamiento y los aspectos de apercepción de aceptación de responsabilidad.

E) Variables:

Variable Dependiente: Apercepción de la Interacción Familiar.

Variable Independiente: Tratamiento de la leucemia en sus distintas fases de tratamiento en niños de 6 a 10 años de edad.

F) Definiciones:

**Definición Operacional.-** La definición de la apercepción de la Interacción familiar que se maneja en el instrumento (FIAT) es: *la tendencia que la persona tiene de describir la interacción entre dos ó más miembros de la familia y con personas extrafamiliares.*

**Definición Conceptual.-** "Los miembros de una familia se relacionan según ciertas normas que si bien casi nunca se dan a conocer explícitamente ó incluso se reconozca, forman un todo que es la estructura y la interacción de una familia." (Minuchin, citado en Jhonson, J. H. et al, 1992)

**Diagnóstico.-** Pacientes de 6 a 10 años de edad que al aspirado de médula ósea presenten Leucemia linfoblástica aguda con blastos tipo L1 ó L2 según la clasificación FAB con leucocitos  $<10 \times 10^9 / L$  y plaquetas  $>100 \times 10^9 / L$ ; ambos sexos. (López, M.A., Trueba; E., et al. 1998)

**Mantenimiento.-** Remisión prolongada de la enfermedad en la que el paciente tiene ausencia de datos clínicos y hemáticos atribuibles a la enfermedad sin evidencia de infiltración a otros órganos y 5% ó menos de blastos en médula ósea con hematopoyésis normal. (López, M.A., Trueba, E., et al. 1998)

**Recalda.-** Más de 5% de blastos después de obtenida la remisión; se presenta a nivel mielóide, neurológico y extramielóide. (López, M.A., Trueba, E., et al. 1998)

G) Población.

La población que participó en el presente estudio fué del C.M.N. "20 de Noviembre" del ISSSTE del servicio de Hematología Pediátrica, durante el periodo del 1 de febrero de 1999 al 31 de julio de 1999.

H) Técnica de muestreo.

Se utilizó una técnica de muestreo intencional por cuota.

I) Muestra.

La muestra estuvo integrada por niños de 6 a 10 años de edad de ambos sexos, con diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda tipo L1 ó L2. Se seleccionaron 25 niños que estaban al momento de la investigación en tratamiento ó que apenas lo estaban iniciando.

Dicha muestra se dividió en tres grupos, el primer grupo con 8 niños, el segundo con 9 y el tercero con 8 niños; a cada uno de los grupos se les designó una letra.

**Grupo A:** Niños con recién diagnóstico y que inicien tratamiento.

**Grupo B:** Niños que estén en mantenimiento por un período mínimo de seis meses sin recaída.

**Grupo C:** Niños que hayan alcanzado la fase de mantenimiento y que hubiesen recaído.

#### J) Tipo de estudio y diseño:

El presente estudio fué **Exploratorio, Descriptivo, estudio transversal** donde se realizó una medición comparativa para las hipótesis, por que la bibliografía no reporta suficientes trabajos realizados en este tipo de muestra y sus familias. El diseño es cuasi - experimental por que consiste de 3 muestras independientes con un solo tipo de medición. (Hernández, R.S., Fernández, C.C., Baptista, L.P., 1998.)

#### K) Materiales.

El material utilizado consistió en: Hoja de datos, libreta de anotaciones, lápiz, goma, pluma y 10 láminas del F.I.A.T.

#### L) Instrumento.

En el presente estudio se utilizó el FIAT (Family Interaction Aperception Test) cuyo autor es Salvador Minuchin y su grupo de investigadores, cuando hicieron sus investigaciones sobre familias de bajo nivel cultural, decidieron buscar medidas de las variables en diferentes niveles, así fue como nació el F.I.A.T.

El FIAT es una técnica proyectiva de apercepción pictórica, de acuerdo con los principios teóricos del TAT.

Las láminas de esta prueba presentan escenas que son conocidas, reconocibles y cotidianas. La lámina No. 1 es con la que se acostumbra iniciar la aplicación, por que maneja una situación neutral, no amenazante, que proporciona ideas para hablar de la familia en términos de la interacción y por que trata a todos los miembros de la familia.

Las principales características del FIAT son las siguientes:

- 1.- Las escenas describen situaciones de interacción familiar primordialmente.
- 2.- Las instrucciones piden historias específicas acerca de familias e interacción familiar, limitando y estructurando las respuestas de los sujetos.
- 3.- La acción en las historias es específica, el contenido de las láminas no es ambiguo y los dibujos están claramente estructurados.

4.- Las características raciales de las personas en los dibujos son deliberadamente indeterminadas, para que este instrumento sea apropiado en su administración con los diferentes grupos subculturales de nuestra sociedad.

Consiste en 10 láminas en las cuáles se muestran familias ocupadas en diferentes actividades. Se puede administrar de manera individual ó en grupos y es apropiado tanto para niños como para adultos, debido a la simplicidad y a lo concreto de las situaciones presentadas en las láminas. Las láminas son las siguientes:

- a) Una familia alrededor de una mesa de comedor, la madre repartiendo el pastel.
- b) Hermanos ó padre e hijos frente a un televisor.
- c) La madre reclinada en la silla, hermano y hermana haciendo labores caseras, un niño más pequeño jugando.
- d) Tres hermanos peleando ó jugando, los padres en otro plano observando.
- e) Madre con bebé en brazos, un pequeño a sus pies y tres niños mayores hablando entre ellos.
- f) Niño arrodillado cerca de una cartera, en la calle, un joven ó su padre, parado cerca de él.
- g) Madre y otra mujer de pie junto al niño frente a la escuela.
- h) Dos hombres y una mujer jugando juntos.
- i) Hombre, mujer y niño frente a una tienda con el aparador roto.
- j) Niños observando una pelea entre sus padres.

Las instrucciones dadas a los sujetos fueron las siguientes:

" A continuación te voy a mostrar unas láminas acerca de la familia. Por favor elabora una historia de que está ocurriendo, algo acerca de las personas que están ahí y un final para cada una de las láminas."

La validez de la prueba consistió en la utilización del instrumento en estudios con niños y adultos de diferentes familias. Basados en esta exploración preliminar, se hicieron algunas alteraciones de los dibujos para aumentar la interacción familiar y enfocarse específicamente sobre las áreas relevantes de lo que se quería explorar. En México el FIAT se confió en el año de 1987, por cuatro psicólogas del Instituto de la Familia A.C. por medio de criterio de inter-jueces, obtuvieron una confiabilidad total del 78.3% para el estudio realizado en ese mismo año por Klincovstein, C. M.

#### M) Forma de calificación del Instrumento.

La prueba se evalúa de acuerdo con las siguientes categorías y criterios:

##### **Crianza.**

- Para las láminas I y VII no se cuentan la puntuación si se refiere a aspectos descriptivos de la lámina, por ejemplo, la madre da de comer al niño, la madre está repartiendo el pastel, etc. Estas aseveraciones se consideran descriptivas. Pero en caso de que haya comentarios adicionales que amplíen ó complementen la aseveración inicial, si se puntualiza.
- El concepto de protección se codifica como crianza. Por ejemplo, si el niño está en peligro ó la madre lo protege de ser golpeado, se codifica como crianza.
- Si alguien le da dinero, regalos, dinero etc., también se codifica como crianza.
- La crianza a uno mismo se codifica. Por ejemplo, la madre se hace un pastel de cumpleaños ó el niño toma su leche del refrigerador.
- La crianza se codifica como apropiada ó inapropiada, por ejemplo, la madre protege al niño de castigos, a pesar de haber hecho algo malo.

##### **Control de Conducta.**

- Se codifica como control de hacer algo (-) que es de naturaleza inhibitoria. Por ejemplo, el padre impide a los niños pelear; ó por el contrario la madre manda a la tienda a la hija (+), ya que esto requiere control para hacer algo.
- Cuando sea posible, las interacciones de control serán apuntadas como efectivas ó inefectivas, de acuerdo a la acción de la historia. Ejemplo, (efectiva) el padre dice a los niños que dejen de hacer ruido y se calmen, (inefectivo) la madre pide a los hijos que le ayuden y no hacen caso.
- Si los movimientos de control están acompañados de castigo, ya sea físico y no físico estos se apuntan. Por ejemplo, (castigo físico) la madre les dice que dejen de pelear y les pega, (castigo no físico) la madre lleva al niño del colegio a su casa, lo regaña y no lo deja salir. Ambos tipos de castigo pueden entrar en la puntuación, si ambos son parte del mismo tipo de control.
- El castigo físico (por parte de los padres) que acompaña los movimientos de control, no se apunta como agresión, a menos que sean demasiado punitivos ó el diálogo indique severidad excesiva. Por ejemplo, unas nalgadas son diferentes a un puñetazo en la cara, en donde este último se codificaría como agresión, en tanto que el primero se codificaría como control acompañado de castigo físico.
- Si la agresión se acompaña de control y viceversa, se codifican ambas (se debe de puntuar dos veces) una como control y la otra como agresión. En la mayoría de los casos, la agresión es interacción de parientes ó esposos, más que interacción de padres a hijos, pero puede haber excepciones:

- Y El control también debe codificarse como apropiado e inapropiado. Por ejemplo, si un hermano controla a los otros en cuanto a que desea ver en la T.V. por que es mayor y más fuerte, esto nos habla de un control inapropiado.

#### **Guía ó educación.**

- Y Los criterios de puntuación son similares a las usadas para control, es decir, (+) ó (-), efectiva, inefectiva, apropiada ó inapropiada, castigo físico, castigo no físico. Toda guía se califica en (+) ó (-) y otras codificaciones se hacen cuando existe información suficiente.
- Y La guía influye no sólo en la conducta inmediata sino que alude a referencias pasadas ó futuras de dicha acción.
- Y La educación puede también considerar un principio general de comportamiento, ejemplo, devuélvele la billetera a su dueño, tu no quisieras que nadie se quedara con tu dinero si lo perdieras.
- Y Un "modelo" se codifica como guía, por ejemplo, si un miembro de la familia actúa de tal modo en presencia de otro miembro de la familia que está estableciendo guía a través del ejemplo de su propia conducta (probablemente social) ó si su acción se acompaña de una explicación de la conducta (aunque esta no sea necesariamente explícita) se codifica como guía ó educación.
- Y La guía hacia la conducta antisocial ó moralmente censurable se considera como guía inapropiada.

#### **Agresión.**

- Y Esta deberá ser diferenciada principalmente en términos de agresión física y no física. El enojo mostrado ó expresado, se codifica como agresión no física, cuando es sentida ó pensada se codifica como tendencia a.

#### **Cooperación.**

- Y La cooperación implica una actividad entre dos ó más miembros de la familia, ó entre miembros de la familia y el ambiente exterior, en conexión con una meta similar.
- Y La definición incluye el concepto de dos ó más miembros de la familia jugando juntos. Por ejemplo, juego cooperativo entre los miembros de la familia.
- Y El uso de la votación para decidir entre miembros de la familia, cuenta como cooperación.
- Y La ayuda, asistencia voluntaria de un miembro de la familia hacia otro u otros, es visto como esfuerzo de colaboración y se considera como cooperación.
- Y La cooperación para actividades antisociales ó metas delincuentes se considera como cooperación inadecuada.

### **Afecto.**

- El afecto se codifica cuando existe una expresión de afecto tanto positiva como negativa, una acción ó verbalización de un miembro de la familia hacia otro.

### **Armonía familiar.**

- La armonía familiar se cuenta cuando una acción ó sentimiento familiar es elegido en el cuento, el cuál se enfoca sobre la felicidad, el placer ó el acercamiento de la familia como unidad, cualquier cosa que una a la familia en forma positiva.
- La acción puede ser explícita, por ejemplo una madre que juega con sus hijos para darles sentido de seguridad como familia.
- Una codificación de tendencia a, sería hecha si existe un deseo hacia una unidad, por ejemplo, los niños desearían que los padres no pelearan para que la familia fuera feliz.

### **Aceptación de responsabilidad.**

- Esta no es una puntuación de interacción, sino que tiene que ver con la persona a la cuál se le aplica.
- Se define como el reconocimiento de las propias acciones, por ejemplo, aceptar la responsabilidad, conducta apropiada, actividades delincuentes etc. Es expresado abiertamente a través de una disculpa verbal ó actuada a través de una restitución, reparación, etc., se puntúa cuando una persona acepta dicha responsabilidad por su propia conducta ó por la conducta de otros.
- La tendencia se codifica cuando no se indican disculpas ó restituciones abiertas, pero cuando la persona describe sentimientos de pena, culpa, vergüenza por lo acontecido, sin ninguna verbalización específica de la disculpa ó sin ofrecer restitución.

La tendencia de algunas de las variables se codifican cuando no involucran acción ó conducta abierta en la historia, pero conllevan deseos ó pensamientos para alguna situación. Puede codificarse ¿quién a quién? En las interacciones que involucran a dos ó más miembros, por ejemplo, madre a hijo, hijo a hijo ó con una persona extrafamiliar, por ejemplo el tendero.

### **Resumen de codificación de acompañantes en las variables:**

**Crianza.-** Apropiado, Inapropiado.

**Control.-** (+) ó (-) efectivo, inefectivo, apropiado, inapropiado, con castigo físico, sin castigo físico.

**Guía.-** (+) ó (-) efectiva, inefectiva, apropiada, inapropiada, con castigo físico, sin castigo físico.

**Agresión.-** Física, no física.

**Cooperación.-** apropiada, no apropiada.

**Afecto.- positivo, negativo, existente, no existente.**

**Armonía familiar.- Existe, no existe**

**Aceptación de responsabilidad.- existe no existe.**

Para realizar la frecuencia en las respuestas de los sujetos, se codificaron las claves de calificación de las variables de la prueba en valores de 1 ó 0. Sólo se presentan los datos de frecuencias en donde las repuestas fueron apropiadas ó con valor 1; excepto en las respuestas de agresión, en la que solamente se consideraron aquellas respuestas que denotaban agresión física en las aplicaciones (ver código en el apéndice).

#### N) Procedimiento.

Una vez que se autorizó la presente investigación por la institución, se les pidió a los niños participantes y a sus familias su autorización de participación en el estudio, una vez dado el consentimiento por parte de los padres, se aplicó el instrumento a los niños en cada una de las tres muestras de forma individual. Una vez hechas todas las aplicaciones, se procedió al análisis de resultados mediante un paquete estadístico (SPSS) se compararon los resultados entre los tres grupos.

#### O) Tipo de análisis y Resultados.

La prueba estadística que se utilizó en el presente estudio fué la prueba ANOVA no paramétrica de Kruskal - Wallis, con un nivel de significancia de .05 para diferencias entre grupos independientes. Los resultados se presentarán en forma de cuadros en el capítulo siguiente.

## CAPÍTULO VI

### RESULTADOS.

"La esencia de los conocimientos es, cuando se poseen, aplicarlos."

*Confucio.*

Después de revisar el marco teórico y el método seguido para el presente estudio se obtuvieron los siguientes cuadros, dichos cuadros corresponden a la hoja de registro de datos<sup>1</sup> que se utilizó para cada uno de los sujetos y fué contestada por uno de los padres del niño.

En el cuadro 6.1 se pueden observar las edades de los sujetos que participaron en el estudio. El promedio de edad del Grupo A y del Grupo B es de 8.2 años, en relación con el grupo C, cuyo promedio de edad fue de 9 años respectivamente.

CUADRO 6.1.- EDAD

Rango de edad Grupo A	Frecuencias Grupo A	Porcentaje Grupo A	Rango de edad Grupo B	Frecuencias Grupo B	Porcentaje Grupo B	Rango de edad Grupo C	Frecuencias Grupo C	Porcentaje Grupo C
6	2	25%						
7	1	12.5%	7	3	33.3%	7	2	25%
8	1	12.5%	8	2	22.2%	8	1	12.5%
9	1	12.5%	9	3	33.3%			
10	3	37.5%	10	1	11.1%	10	5	62.5%
	Total 8	100%		Total 9	100%		Total 8	

<sup>1</sup> Ver apéndice.

En el cuadro 6.2 vemos el sexo de cada uno de los sujetos y el porcentaje que les corresponde en cada uno de los grupos, mostrando que los niños son más propensos que las niñas a presentar leucemia.

CUADRO 6.2. – SEXO

	Frecuencia Grupo A	Porcentaje Grupo A	Frecuencia Grupo B	Porcentaje Grupo B	Frecuencia Grupo C	Porcentaje Grupo C
Niña	3	37.5%	5	55.6%	4	50%
Niño	5	62.5%	4	44.4%	4	50%
Total	8	100%	Total 9	100%	Total 8	100%

En el cuadro 6.3 se muestra el diagnóstico del tipo de leucemia que se presentó en cada uno de los sujetos y el porcentaje de casos en cada uno de los grupos, cabe señalar que el tipo de leucemia clasificada como LLA L2 es la más frecuente en la infancia

CUADRO 6.3. - DIAGNOSTICO

Tipo de Leucemia	Frecuencia Grupo A	Porcentaje Grupo A	Frecuencia Grupo B	Porcentaje Grupo B	Frecuencia Grupo C	Porcentaje Grupo C
LLA L1	1	12.5%	1	11.1%	1	12.5%
LLA L2	7	87.5%	8	88.9%	7	87.5%
Total	8	100%	Total 9	100%	Total 8	100%

En el momento del diagnóstico, los médicos establecen el pronóstico en forma de porcentaje (Grupo A). Dicho porcentaje se incrementa a medida que el tratamiento avanza sin complicaciones y sin recaídas (Fase de mantenimiento) esto lo podemos observar en el grupo B. Mientras que en el grupo C, que corresponde a los sujetos en recaída, dicho porcentaje se reduce.

Cuadro 6.4.- PRONÓSTICO

Frecuencia Grupo A	Pronóstico Grupo A	Frecuencia Grupo B	Pronóstico Grupo B	Frecuencia Grupo C	Pronóstico Grupo C
1	60%	8	80%	1	20%
3	70%	1	90%	1	23%
4	80%			1	30%
				1	50%
				2	60%
				2	70%
Total 8		Total 9		Total 8	

En lo que respecta a los aspectos familiares de los sujetos, se pueden apreciar los resultados en los siguientes cuadros.

CUADRO 6.5. - EDAD DEL PADRE

Frecuencia Grupo A	Edad del Padre Grupo A	Frecuencia Grupo B	Edad del Padre Grupo B	Frecuencia Grupo C	Frecuencia Grupo C
1	31	2	32	1	32
1	35	4	33	1	33
1	38	1	36	1	35
1	39	1	38	1	36
1	40	1	53	1	37
1	44			1	38
1	45			1	47
1	58			1	51
Total	8	Total	9	Total	8

CUADRO 6.6. -EDAD DE LA MADRE.

Frecuencia Grupo A	Edad de la Madre Grupo A	Frecuencia Grupo B	Edad de la Madre Grupo B	Frecuencia Grupo C	Edad de la Madre Grupo C
1	29	1	27	1	29
1	31	2	28	1	32
1	35	1	29	1	34
1	37	1	31	1	35
1	38	1	32	1	36
2	39	1	38	1	39
1	45	1	43	1	41
Total 8	Total 8	Total 9	Total 49	Total 8	Total 48

En los cuadros anteriores se observan las edades del padre y de la madre en los tres grupos. En el grupo A, el promedio de edad de los padres es de 41.2 años, mientras que el promedio de edad de la madre en el mismo grupo es de 36.6 años. En el grupo B el promedio de edad del padre es de 35.8 años, el promedio de edad de la madre en el mismo grupo es de 33.9 años; en el grupo C el promedio de edad del padre es de 38.6 años y el promedio de edad de la madre del mismo grupo es de 36.7 años.

CUADRO 6.7. – NÚMERO DE HERMANOS

Frecuencia Grupo A	Número de Hermanos Grupo A	Frecuencias Grupo B	Número de Hermanos Grupo B	Frecuencias Grupo C	Número de Hermanos Grupo C
3	0	2	0	7	2
3	2	3	1	1	3
2	3	4	2		
Total	8	Total	9	Total	8

En el cuadro 6.7 se observa el número de hermanos que presentan los sujetos de la muestra.

CUADRO 6.8.- MUESTRA EL LUGAR QUE OCUPA ENTRE LOS HERMANOS, LOS SUJETOS DE LOS TRES GRUPOS.

Lugar que ocupa	Frecuencia Grupo A	Frecuencia Grupo B	Frecuencia Grupo C
Mayor	2	3	3
Menor	1	3	1
Intermedio	2	1	4
Único	3	2	0
	Total	Total	Total
	8	9	8

**CUADRO 6.9. – PERSONA CON LA QUE EL NIÑO TIENE MAYOR CONVIVENCIA, DURANTE EL TRATAMIENTO Y EL CURSO DE LA ENFERMEDAD.**

	<b>Grupo A</b>	<b>Grupo B</b>	<b>Grupo C</b>
<b>Madre</b>	5	4	1
<b>Padre</b>	1	0	0
<b>Otro</b>	2	5	7
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>8</b>

**CUADRO 6.10. - ASISTENCIA AL TRATAMIENTO CON EL NIÑO.**

	<b>Grupo A</b>	<b>Grupo B</b>	<b>Grupo C</b>
<b>Ambos</b>	2	0	1
<b>Padre</b>	0	2	2
<b>Madre</b>	5	7	5
<b>Otro</b>	1	0	0
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>8</b>

CUADRO 6.11.-REACCIÓN ANTE LA NOTICIA DEL DIAGNÓSTICO DEL NIÑO

Actitudes	Grupo A Frecuencias	Grupo B Frecuencias	Grupo C Frecuencias
Aceptación	0	0	1
Negación	8	9	7

CUADRO 6.12. -REACCIÓN ANTE LAS ETAPAS DEL TRATAMIENTO

Actitudes	Grupo A Frecuencias	Grupo B Frecuencia	Grupo C Frecuencias
Aceptación	0	6	3
Negación	8	3	5

CUADRO 6.13.- PENSAMIENTO DEL NIÑO ANTE LA EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO

Actitudes	Grupo A Frecuencias	Grupo B Frecuencias	Grupo C Frecuencias
Centrado en su tratamiento y en su cura	5	4	3
Centrado en los problemas familiares.	3	5	5

En lo que respecta al análisis estadístico de los resultados de la prueba FIAT se obtuvieron los siguientes datos:

CUADRO 6.14. - PROMEDIOS DE RESPUESTAS DE LOS TRES GRUPOS A LOS DIFERENTES RASGOS QUE EVALUA EL F.I.A.T.

Grupo	Crianza Apropiable	Agresión Física	Cooperación Apropiable	Armonía Existente	Responsabilidad Existente	Control Apropiado	Guía Apropiable	Afecto Existe
A	2.50	2.12	3.00	2.75	2.87	2.87	2.75	2.75
B	<b>4.88</b>	<b>2.33</b>	<b>5.11</b>	<b>5.00</b>	<b>6.77</b>	<b>4.11</b>	<b>4.33</b>	<b>4.33</b>
C	2.25	2.12	2.50	2.87	2.50	3.00	2.50	2.50

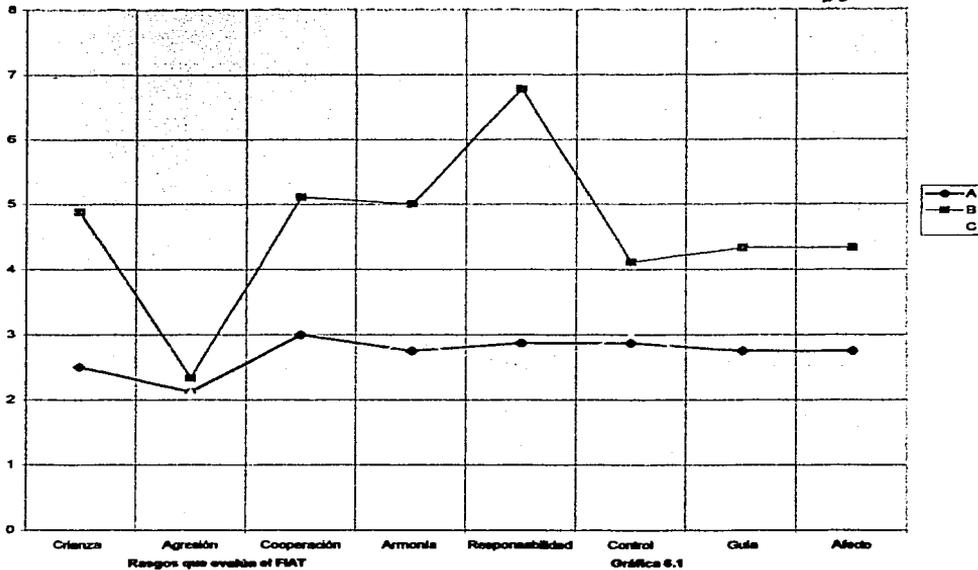
De acuerdo con los promedios de respuesta para cada variable evaluada por el instrumento, se observa que es el grupo B el que obtiene los promedios más elevados.

CUADRO 6.15. – ANALISIS DE VARIANZA DE KRUSKALL - WALLIS.

	Crianza Apropiable	Agresión Física	Cooperación Apropiable	Armonía Existente	Responsabilidad Existente	Control Apropiado	Guía Apropiable	Afecto Existe
Chi-Square	5.75	.32	5.74	2.78	11.81	1.87	2.43	2.43
Grados de Libertad.	2	2	2	2	2	2	2	2
Nivel de Significancia	.05	.84	.05	.24	.003	.39	.29	.29

En el cuadro 6.15 se muestran los resultados obtenidos del ANOVA de Kruskall - Wallis, no paramétrico que se utilizó para comparar los 3 grupos encontrando diferencias estadísticamente significativas, en los aspectos de crianza apropiada, cooperación apropiada y responsabilidad existente.

Promedio de respuestas de los tres Grupos.



Grupo A: Niños en fase de diagnóstico reciente.

Grupo B: Niños en fase de Mantenimiento

Grupo C: Niños en recaída

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

## CAPÍTULO VII

### ANÁLISIS DE RESULTADOS.

---

\* La composición de los elementos del cuerpo está organizada por sentimientos de desorden y de amistad ó de armonía.\*

*Empédocles.*

El presente estudio nació de una observación, que con el paso del tiempo y del contacto con los pacientes, se convirtió en la pregunta de investigación de nuestro trabajo; acerca de la forma en como el paciente se relaciona con su familia; puesto que aquellos pacientes que sostenían buenas relaciones familiares, al parecer tenían menos complicaciones en el tratamiento e inclusive menores recaídas; a diferencia de aquellos pacientes que presentaban complicaciones durante el tratamiento e inclusive recaídas, quienes sostenían relaciones familiares problemáticas. Partiendo del hecho, de que en apariencia la evolución del padecimiento dependía de la forma en que el paciente se relacionaba con su familia, se concretó la estructura de la presente investigación. Con base en los resultados obtenidos y los cuadros mostrados en el capítulo anterior, se presenta el siguiente análisis de resultados.

En el cuadro 6.1 se observan las edades de los sujetos que participaron en el estudio, encontrándose un promedio de edad de 8.2 años en los grupos A y B, a diferencia del grupo C donde su promedio fue de 9 años. Edades que permiten confirmar lo citado en la literatura acerca de la leucemia, que la identifica como uno de los padecimientos crónicos más frecuentes de la infancia, principalmente en la etapa escolar. (McKenzie, S. 1991; Beheman, et al, 1997; Ruiz, A.G., 1994, 1996.)

En el cuadro 6.2 sobre la distribución de la muestra por sexo, se observa aunque ligera una mayor frecuencia de niños que de niñas, dato coincidente con la bibliografía consultada (Hocking, W.G., 1987) en donde se dice que la leucemia es más frecuente en el sexo masculino.

Por otra parte y también de acuerdo con la bibliografía médica, la leucemia se clasifica en aguda ó crónica, la leucemia aguda es la más frecuente en la infancia, a su vez se clasifica de acuerdo a sus características citológicas como L1, L2 ó L3. (Harrison, T.R., 1998) En el cuadro 6.3 se observan los diagnósticos de los 3 grupos, siendo la LLA L2 (leucemia linfoblástica aguda L2) la de mayor frecuencia, sin reportar casos de LLA L3.

En el cuadro 6.4 se muestran los pronósticos médicos de cada uno de los sujetos de los tres grupos, dichos porcentajes se establecen de acuerdo a los estudios clínicos, tipo de leucemia y edad. Se puede observar claramente que de acuerdo a la evolución del tratamiento, dicho porcentaje se mantiene ó se incrementa, como se ve en el grupo A de reciente diagnóstico y del grupo B de mantenimiento; mientras que dicho pronóstico

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

81

decrementa si se presentan recaídas en el tratamiento tal y como se observa en el grupo C.

En los cuadros 6.5 y 6.6 se pueden observar las edades de los padres y de las madres respectivamente de los niños de los tres grupos. En los padres de los grupos A y C aparece que estos eran ligeramente más añosos con respecto a los padres del grupo B. Dato incluido para fines institucionales, que sin embargo a nuestro estudio no aporta información de interés.

En los cuadros 6.7 y 6.8 se consignó el número de hijos, así como el lugar que el paciente ocupa entre los mismos, encontrándose de manera clara que en el grupo C, todos los sujetos tenían hermanos y en su mayoría tenían por lo menos un hermano menor, a diferencia de los grupos A y B, donde algunos de los sujetos no tenían hermanos.

De acuerdo a los cuadros 6.9 y 6.10; la convivencia que tiene el niño durante el tratamiento y el curso de la enfermedad se da principalmente con la madre, sin embargo en el grupo de niños con leucemia que presentan recaídas durante su tratamiento, tienen mayor convivencia con otro miembro de la familia, como por ejemplo un tío ó alguien allegado a la familia como podría ser un padrino y sólo en algunos casos otro de los hermanos, lo que podría indicar una mayor distancia afectiva entre el paciente y sus padres, pero que por otra parte da sentido a que el paciente no es hijo único, convive con sus hermanos y la presencia de otros hijos parece no centrar la dinámica familiar en la enfermedad. No obstante, la asistencia al tratamiento con el niño se da principalmente con la madre; en cualesquiera de los grupos obedeciendo a la razón de la responsiva hospitalaria cuyo reglamento dice que el familiar que esté con el niño debe ser de preferencia la madre.

En los cuadros 6.11 y 6.12, se muestran las reacciones de la familia ante las noticias del diagnóstico en el niño, así como hacia las etapas del tratamiento. Se encontró que en el momento del diagnóstico, todas las familias de los niños se encuentran en una fase de negación; mientras que en el grupo B, la reacción ante la evolución del tratamiento de las familias de los niños en mantenimiento, son con mayor frecuencia actitudes de mayor aceptación en comparación con los otros grupos, y por último, el grupo con recaídas se carga más hacia la presencia de negación como la actitud que los distingue. La negación, confusión, enojo y miedo forman un duelo que se presenta en la etapa de desorganización en donde se rompe la estructura familiar y que se presenta en los tres grupos, siendo más notorio en los grupos A y C, mientras que en el grupo B se presentaron más reacciones de adaptación ante la enfermedad.

En el cuadro 6.14 se muestran todos los rasgos que mide el F.I.A.T en lo que se refiere a la interacción familiar; los puntajes obtenidos en el grupo B reflejan un mayor promedio de respuestas más adecuadas para la interacción familiar, a diferencia de los otros grupos.

En el cuadro 6.15 se presentan los puntajes obtenidos en el análisis estadístico obteniendo diferencias significativas en tres rasgos de la prueba, los cuáles fueron crianza, cooperación y responsabilidad.

En el siguiente capítulo se presentarán las conclusiones que se derivan de los datos anteriormente descritos y su relación con el marco teórico presentado en este estudio.

## CAPÍTULO VIII.

### CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.

"Human beings have created a million explanations of the meaning of life, in art, in poetry, mathematical formulas. Certainly, human beings must be the key so the meaning of the existence."

*Artificial Intelligence.  
Steven Spielberg, 2001.*

#### - Conclusiones.

Los resultados del presente estudio, nos permiten concluir de manera precisa que la crianza, la cooperación y la aceptación de responsabilidad son aspectos importantes dentro de la vida familiar, si estos aspectos se ven alterados el clima familiar será inestable y sabemos que un niño en estas condiciones presenta muchos problemas emocionales.

Por lo anterior podemos concluir que:

La respuesta a la pregunta de investigación es afirmativa, ya que por medio del análisis de los resultados, podemos decir que efectivamente la apercepción de la interacción familiar del niño con leucemia es diferente en cada una de las fases del tratamiento, dependiendo de la fase en la que el niño se encuentre y vaya evolucionando. Razón por la cuál se estudiaron tres grupos de niños en diferentes fases del tratamiento.

Por otra parte, de acuerdo a los objetivos específicos del presente estudio, se cumplió con el de analizar las posibles diferencias de apercepción familiar, se detectaron las características del ambiente familiar en niños en fase de diagnóstico reciente, mantenimiento y de recaídas en el tratamiento de la leucemia linfoblástica aguda.

En lo que respecta a las hipótesis de este estudio, se aceptan las siguientes:

H1.- Si existen diferencias significativas entre los tres grupos de niños con leucemia en tratamiento en cuanto a la apercepción de la interacción familiar.

H1<sub>1</sub>.- Si existen diferencias significativas entre los tres grupos de niños con leucemia en tratamiento en cuanto a los aspectos de apercepción de crianza.

H1<sub>5</sub>.- Si existen diferencias significativas entre los tres grupos de niños con leucemia en tratamiento en los aspectos de apercepción de cooperación.

H1<sub>2</sub>.- Si existen diferencias significativas entre los tres grupos de niños con leucemia en tratamiento en los aspectos de percepción de aceptación de responsabilidad.

Este estudio partió de ideas y observaciones realizadas durante prácticas profesionales y servicio social realizados en asistencia psicológica a pacientes de leucemia, principalmente en niños de edad escolar, en dos de las más importantes instituciones de salud del país, como lo son el Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS y el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE.

Durante dicho periodo de tiempo, también se observó la gran demanda de apoyo que requerían los pacientes con leucemia, desde la información básica de la enfermedad, el manejo de emociones, el tratamiento y sus efectos secundarios, la comunicación con sus familiares, además de implementar una forma de intervención con los familiares y pacientes en etapa terminal.

Desde el inicio del contacto con los pacientes, se notó la ausencia total de atención psicológica a la población de niños con leucemia, siendo que los niños resienten más la aparición de una enfermedad crónica en ellos; de acuerdo con Békei, el impacto de la enfermedad depende del nivel de desarrollo psicológico alcanzado en el momento de presentarse la enfermedad, el tipo de enfermedad que en este caso es sumamente grave e invasiva y la calidad de la relación entre madres e hijos. El tratamiento y las hospitalizaciones producen en el niño diversas reacciones ya que interrumpe de manera repentina y brusca su vida y actividades normales, las áreas más afectadas son a nivel motriz y emocional.

De acuerdo de con la bibliografía, las áreas emocionales son las que más se afectan por la leucemia en el niño, además de su desarrollo y crecimiento, por lo que el niño presenta comportamientos regresivos, depresiones que pueden ser severas, interpretaciones erróneas de la realidad, fantasías de mutilación y efectos en la personalidad, también percibe las alteraciones en la interacción de su familia. (Békei, M., 1981; Eiser, C., 1990; Schweisguth, O., 1978; Binger, C.M., et al, 1973; Freedman, L., 1984; Stone, F.H., 1982; Goldman, H., 1993)

Lo anterior se comprueba con observaciones de campo que se realizaron en los niños hospitalizados, se mostraban ansiosos, depresivos, regresivos y sumamente demandantes, y con mucho miedo; al grado que cuando veían entrar a alguien vistiendo bata blanca, comenzaban a llorar y a decirle que se fuera, cuando los psicólogos pasaban a visitarlos sobre todo las primeras veces, ellos mismos nos decían que nos fuéramos y no regresáramos nunca a verlos, pensaban que los íbamos a inyectar ó a "picar" en la espalda. Esto represento para los psicólogos algo muy difícil en el manejo de los pacientes, y resaltó la importancia de presentarnos y explicarles a los niños cuál era nuestro papel en la institución.

Cuando el niño se daba cuenta de que "no les íbamos a hacer nada" nos fueron aceptando paulatinamente, posteriormente platicaban que el hospital era un lugar donde nada más los "picaban" y nadie les decía por que; además que les daba mucho miedo de que los "picaran" muchas veces y que se ya se querían ir a su casa para que ya no los "picaran" y pudieran comer y jugar todo lo que quisieran.

Las intervenciones con los niños fueron: terapia de juego, acompañamiento, manejo de angustia y de fantasías ó miedos equivocados respecto a su tratamiento, se les

proporcionaba información básica respecto a la enfermedad y explicaba el motivo de los "piquetes" en los brazos y en la espalda.

La intervención con los padres, que en la mayoría de los casos era la madre quién estaba con el niño en el hospital, se manejó la angustia, el duelo, miedo, culpas, negación, afirmación de que se trataba de un castigo divino, de que se descuidaron, que no alimentaban bien al niño ó que no lo cuidaron bien.

En muchas ocasiones también manifestaban problemas con sus parejas, ya que ellos los culpaban de ser las causantes de la enfermedad del niño, incluso llegaban a insultarlas y manifestarles suma desconfianza en sus capacidades de maternidad, por dichos problemas la pareja se alejaba y tenía serios problemas en su relación.

En muchos casos, el padre estaba ausente, por que no asistían al hospital por tener mucho trabajo ó por la distancia, ya que muchos niños venían de otros estados de la república.

Cabe mencionar que el tratamiento es agresivo, tal y como se describió en el capítulo IV, cada internamiento representa mucho riesgo para el niño en tratamiento, por que siempre existe la posibilidad de que el niño tenga complicaciones y pueda fallecer. En los casos en que esto sucedía, la intervención se amplió a los familiares cuyos hijos fallecían de manera repentina lo mismo que a pacientes en fase terminal.

Ante todas estas demandas y necesidades del servicio de hematología, se procedió a trabajar en el grupo de auto-apoyo para pacientes de leucemia y sus familiares del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

Después del trabajo que se realizó con los niños y sus padres, se les solicitaba la autorización de participar en el estudio, vez obtenida su autorización, se procedía a la aplicación con el niño y a la entrevista breve con los padres.

En el estudio se incluyeron niños en distintas fases del tratamiento para la leucemia, se encontró que los niños y sus familias muestran un shock emocional, tal y como lo señalaron Binger y colaboradores en 1973, Schweisguth, Schavelzon en 1978 y Madrid en 1993.

En el ámbito médico, en el tratamiento de la leucemia se maneja la etapa de inducción, es decir el inicio del tratamiento, en donde se busca eliminar en su totalidad el número de blastos en la médula ósea y en sangre periférica, así como eliminar sus síntomas. Posteriormente se inicia la fase de mantenimiento en donde el niño está asintomático y sin blastos en médula ósea y es aquí donde el niño puede hacer su vida normal, sólo con el cuidado de no exponerlo a fuentes de infecciones. Los hematólogos consideran una recaída al presentarse más del 20% de blastos en médula ósea después de haber alcanzado la fase de mantenimiento, lo cuál indica que el tratamiento no funcionó y se tiene que reiniciar el tratamiento, que esta vez es más agresivo y con más riesgos, incluso con una alta probabilidad de un desenlace fatal en la mayoría de los casos.

En nuestro estudio se clasificaron estas etapas en Grupo A para etapa de inducción ó niños con diagnóstico reciente, Grupo B a los niños que estaban en etapa de mantenimiento y Grupo C los niños que habían recaído en el tratamiento. Tal y como se menciona en el capítulo correspondiente al método.

## TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Debido a esto, se pudieron observar de manera directa las interacciones del niño enfermo con los miembros de su familia, incluyendo a los que asistían a las hospitalizaciones con ellos, por medio de las historias que elaboraban durante la aplicación del instrumento, encontrándose lo siguiente.

En el Grupo A persistían ideas y fantasías sobre la muerte de uno de los miembros de la familia, lo manejaban como algo inminente y dentro de un clima de agresión no expresada directamente, emociones reprimidas, negación al grado de parecer ocultas y fingiéndolas, además de ser pacientes de muy difícil manejo, ya que les costaba mucho trabajo llegar a establecer contacto con alguien del personal médico, además de ser sumamente introvertidos, la familia estaba en medio del impacto que produce el diagnóstico de una enfermedad crónica como la leucemia.

En el grupo B se observaban historias que tenían que ver con familias con una vida normal, en estos casos la familia se reacomodaba en su estructura y asignaba los roles correspondientes a sus demás miembros, en las historias de dicho grupo surgían conflictos externos a la familia, pero que las familias podían enfrenar y resolver sin ningún problema, y en aquellos donde había conflictos familiares entre los mismos miembros existía tolerancia, pero dentro de un clima de indiferencia hacia las necesidades de los demás, creando a veces estructuras familiares que funcionan en base a dichos conflictos no expresados y no resueltos.

En las historias de los niños del Grupo C predominaron historias con muchos conflictos entre los diferentes miembros de la familia, con un ambiente familiar tenso, un clima familiar lleno de angustia y de depresión, las agresiones pasivas estaban dentro de la pareja, incomunicación entre los hermanos y el paciente, en la historia siempre aparecía un miembro de la familia que figuraba como el más desvalido y desprotegido.

A partir de los resultados vistos en el capítulo anterior, se describen las frecuencias de respuestas dadas por la muestra de niños con leucemia, en diferentes etapas del tratamiento (recién diagnóstico, mantenimiento y recaídas), para las variables evaluadas por el F.I.A.T. se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la apercepción de la interacción familiar del niño con leucemia encontrando que esta difiere entre los niños de recién diagnóstico y recaídas en relación con el grupo de niños que se encuentran en la etapa de mantenimiento, referente a los aspectos de crianza, cooperación y la existencia de responsabilidad. Por lo tanto es aceptada la hipótesis de trabajo de la presente investigación.

De acuerdo a lo anterior, se presentan las conclusiones de la apercepción de interacción familiar del niño con leucemia, en los rasgos que arrojaron diferencias significativas.

### **- Aspectos de Crianza.**

En los aspectos de crianza se concluye que la relación paterno - filial, es determinante para la apercepción que el niño hace de la interacción de su familia. La crianza codificada como factor que pudiera ser apropiada ó inapropiada nos remite a la expresión de sentimientos de los padres hacia los hijos, que como expresara Symonds en 1965, estos

serán decisivos para la seguridad del niño y le ayuda a desarrollar un carácter equilibrado y sociable. No olvidando que en las diferentes relaciones paterno-filiales influyen muchos otros aspectos cuya combinación nos lleva a un determinado patrón de crianza, donde la actitud de cada miembro del sub-sistema "contagia" a los demás miembros.

Debido a esto se tiene una respuesta emocional del niño que lo lleva a adaptarse al medio que lo rodea y a enfrentarse con su realidad.

Sin embargo en la muestra estudiada, este aspecto resulta muy alterado, ya que se observó que en los niños con leucemia, la crianza que ponen en práctica sus padres, no les permite desarrollar seguridad y los lleva a manifestar un carácter inestable, principalmente en los Grupos A y C, donde el conflicto emocional por la enfermedad es más agudo, como se muestra en la tabla 6.14 y en la gráfica 6.1.

En el Grupo A, de forma particular, se observó que los patrones de crianza que establecen los padres con los niños, dejan de establecer límites, cumplían todas sus demandas, lo colocaban como al hijo que consentían más por que estaba enfermo, y por lo mismo reportaban que en ocasiones no sabían como educarlo, ya que cuando había que llamarles la atención, los niños eran quienes ponían condiciones debido a su enfermedad, por lo cual utilizaban berrinches ó chantajes para obtener todas sus demandas. Tomando en cuenta, los padres estaban en la fase de impacto ante la enfermedad.

En el Grupo C, cuando los padres recibían la noticia de la recaída del niño, regresaban a la fase de impacto inicial de la enfermedad, en esta ocasión más devastador que la primera vez, ya que esto lo veían como la inutilidad de sus cuidados para con el niño, se observó que los padres dejaban de establecer límites al niño, dando como un hecho que el niño iba a fallecer, viviendo un duelo anticipado, argumentando que había que cumplirle todos sus deseos como sus últimas voluntades; en ocasiones ya no tomaban en cuenta la disciplina de los demás hijos, la pareja se reprochaba culpas de la enfermedad, y en muchas ocasiones dichos conflictos los presenciaba el mismo niño enfermo, además de que dichos conflictos ocasionaban la desintegración familiar.

En el Grupo B, los aspectos de crianza fueron más apropiados, en el momento en que la familia recibía la noticia de que el niño se encontraba en remisión se relajaba de la tensión inicial y pasaba a las otras fases de afrontamiento que se describieron el capítulo III, permitiéndoles manejar de manera más adecuada el tratamiento del niño, informándose acerca de la enfermedad con los médicos, en este momento la familia retomaba su vida normal y volvía a reestructurarse, por lo que los patrones de crianza resultaron más adecuados para el niño enfermo y sus hermanos.

Esto confirma que las familias que presentan aspectos de crianza más apropiados, y que podemos considerar como más estables, son capaces de afrontar sus problemas y tensiones, tal y como lo citara Craig en 1997.

#### - Aspectos de Cooperación.

En el capítulo II se habló ampliamente de la importancia de la dinámica familiar en el desarrollo del niño; en relación a ello, se puede observar en la gráfica 6.1 que el promedio de respuestas de los tres grupos respecto a la cooperación familiar, difiere de manera notoria, el promedio de respuesta de los niños del Grupo A y del Grupo C son muy

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

similares, mientras que los niños del grupo B presentaron un mayor promedio de respuestas. Estos niños presentaron historias en donde mostraban mayor cooperación entre los diferentes miembros, mientras que en los Grupos A y C presentaron historias donde todos los miembros parecían lejanos ó ausentes entre ellos y no se ayudaban en las labores cotidianas recayendo toda la responsabilidad en un solo miembro de la familia.

#### - Aspectos de Aceptación de Responsabilidad.

En la gráfica 6.1 nuevamente se puede observar la gran diferencia entre el grupo B con los demás grupos. En el cuadro 6.14 también se puede notar que ese puntaje de promedio de respuesta de todas las escalas del instrumento. En dichos aspectos también se encontraron diferencias significativas.

En el grupo A se observa que la responsabilidad fue bajo el promedio de respuestas, esto se puede atribuir a que la fase de impacto de la enfermedad desorganiza de tal manera a los distintos miembros que ocasiona que falte a sus deberes, ó descuidan sus labores ó responsabilidades.

En el grupo B, se observa que después de un cierto periodo de tiempo, los miembros de la familia se reorganizan para llevar a cabo el tratamiento del niño enfermo y administrarle todos los cuidados necesarios, además de que cada miembro cumple con el papel y deberes que le corresponde ó le son asignados.

En el grupo C se puede observar que el promedio de respuestas de responsabilidad, está ligeramente por debajo del promedio del grupo A. En las historias que elaboraron los niños, se notan los aspectos de abandono total de responsabilidades en los diferentes miembros de la familia ante una angustia creciente por la enfermedad del niño, al grado de abandonar las responsabilidades, por lo cual esto acarrea más conflictos a la dinámica familiar, desorganizándola y deteriorando las relaciones entre los diferentes miembros; que en algunos casos ocasiona el rompimiento de la pareja.

A continuación se presentan los rasgos en las que no hubo diferencias significativas en términos estadísticos, pero que también resulta interesante analizar y concluir de acuerdo con el instrumento utilizado.

#### - Aspectos de Agresión.

En los aspectos de agresión que evalúa el FIAT; se calificó la agresión física ante el impacto de la enfermedad, la cuál aparece reflejada en dos tipos de respuestas en los tres grupos. Esta agresión fue reportada entre los hermanos ó de padres a hijos en forma de castigo, nunca entre los padres. En lo que toca a los niños, fueron incapaces de expresar la agresión que ellos mismos sentían de manera clara, aun cuando se supiera una realidad distinta, a través de lo que los padres reportaban en la hoja de datos.

Los niños de los tres grupos no tienen la apercepción de aspectos de agresión física como violencia en su familia, sino como castigo a una acción.

#### - Aspectos de Armonía.

En los aspectos de armonía, nuevamente se vuelve a presentar un mayor promedio de respuestas en los niños del Grupo B, a diferencia de los otros grupos. Podemos

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

mencionar que la armonía familiar permite establecer el tipo de relaciones dentro de un núcleo familiar.

En el caso de los niños del Grupo B, sus historias muestran que la aparición de la enfermedad no alteró ni modificó el patrón de armonía familiar entre sus diferentes miembros, esto no quiere decir que las familias del Grupo B no atravesaron por las fases de impacto de la enfermedad, si no que más bien lograron adaptarse y reajustarse ante la situación después de un cierto periodo de tiempo.

En el Grupo A, las familias inician la fase de impacto en el momento del diagnóstico de la enfermedad en el niño, comienza a desorganizarse la estructura familiar e inicia su proceso de adaptación y reajuste de su estructura familiar, por lo que la armonía también atraviesa por dichos procesos, de acuerdo a la forma en que cada familia se reestructura dependerá si logra adaptarse y reajustarse como las familias del Grupo B ó se "estanca" como las familias del Grupo C.

En lo que concierne al Grupo C, la armonía se ve alterada por lo que el promedio de respuestas de los niños de este grupo, disminuyó en comparación al Grupo B, al parecer en estas familias no se logra una adaptación ni se reajusta la dinámica familiar ante el impacto de la enfermedad, tomando en cuenta de que atraviesan por dicho impacto más de una vez.

#### - Aspectos de Control.

En los aspectos de control que mide el instrumento, se toma en cuenta la manera en que los padres controlan la conducta de los hijos.

En el Grupo B, podemos observar que el promedio de respuestas da un control apropiado, fue más alto que el de los otros dos grupos, esto se puede explicar en la forma en que dichas familias se adaptaron y se reajustaron a la enfermedad, por lo que el control de conducta del niño enfermo había sido muy apropiado, sobre todo en su conducta ante el tratamiento y con el personal médico, así como su conducta en general.

En el Grupo A, el promedio de respuestas fue bajo, lo que permite concluir que ante la aparición de la enfermedad, los padres entran en un descontrol de como pueden tratar al niño, por lo que el control de conducta se ve alterado ó modificado.

En el Grupo C, después del tratamiento inicial y después de haber alcanzado la etapa de mantenimiento dentro del tratamiento, incluso algunos de los niños ya habían sido dados de alta del tratamiento por una remisión de más de tres años. La enfermedad aparece de nuevo como recaída, esto resulta muy frustrante y poco alentador para el niño y su familia, debido a esto, pudiera ser que el control de conducta sea poco ó casi nulo por parte de los padres, ante la seria amenaza para la vida del niño que representa una recaída en el tratamiento de la enfermedad.

#### - Aspectos de Guía.

En el instrumento, los aspectos de guía se califican de manera similar a la escala de control, pero con la diferencia de que la guía que dan los padres a los hijos se refleja en los principios que van formando.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En el Grupo A, las respuestas de los niños hacia una guía apropiada, aparecen con bajos promedios, debido a que el niño percibe el ambiente familiar más preocupado por su salud y el tratamiento de su enfermedad, dentro de la fase de impacto, que ya se ha mencionado anteriormente, los padres se concentran en aprender acerca de los cuidados que requiere el niño para su tratamiento, que en algunas ocasiones olvidan su papel de padres y se "convierten" en médicos, enfermeras ó cuidadores de tiempo completo para sus hijos.

Dentro de las historias de los niños pertenecientes al Grupo B, se observó un mayor promedio de respuestas de crianza apropiada, aunque no tan amplia como en las demás escalas, estas familias mostraron una adaptación positiva para afrontar la enfermedad, en donde los padres conscientes de los riesgos de la enfermedad de su hijo, desempeñaban su papel lo mejor que podían.

En el Grupo C, el promedio de respuestas es muy bajo en relación con los otros dos grupos, debido a la situación delicada de un niño con leucemia y que ha sufrido recaída en el tratamiento, los padres viven en medio de un estrés abrumador, por lo que sobreprotegen al niño, descuidando de manera notoria los aspectos de guía, ó en algunos casos los padres viven un duelo anticipado por un probable fallecimiento del niño, por lo que la guía suele pasar a segundo término para algunos padres.

#### **- Aspectos de Afecto.**

En lo que se refiere a los aspectos de afecto, cabe señalar que en la gráfica 6.1, se observa que los resultados en esta escala son muy similares en el promedio de respuestas que obtuvieron en el aspecto de Guía.

En las historias que elaboraron los niños del Grupo A, persisten ideas de pérdida de algún ser querido por fallecimiento, ideas de agresión entre los miembros de una familia, discusiones, poca interacción entre los integrantes de la familia, rivalidades entre hermanos y enojos entre los padres. En dichas historias, podemos ver como los niños de este grupo, perciben de manera clara el clima familiar que se desarrolla a partir del momento del diagnóstico, en donde la familia se desajusta y da paso a una serie de sentimientos de duelo, angustia, incomprensión, enojos y negación, sucesos que coinciden con la bibliografía consultada. Al parecer, las manifestaciones de afecto de cada uno de los miembros sufre muchas alteraciones.

En lo que se refiere a las historias de los niños del Grupo B, se puede observar que el afecto se puede expresar de manera un poco más abierta, pero dentro de un clima de tensión emocional entre los miembros de la familia, en donde la preocupación de los padres está centrada en uno de los hijos; en las historias se pudo observar que los niños describían a uno de los padres como muy triste, principalmente al padre.

En el Grupo C, predominan historias donde la agresión, la angustia y la depresión aparecen de manera más frecuente entre los miembros de la familia. También por medio del análisis de las historias de este grupo se puede inferir el hecho de que las discusiones sean la única forma de comunicación entre la familia. Por medio de las historias de los niños, podemos inferir que las desintegraciones familiares se presentaban con más frecuencia en este grupo que en los demás.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Por otra parte cabe señalar que la observación que se pudo realizar en el transcurso de las aplicaciones, permitió describir los comportamientos de cada uno de los grupos.

En el grupo de diagnóstico reciente, tanto los niños que participaron en el estudio como sus familiares, eran mucho más aprehensivos y demandantes, dificultaban las interrelaciones.

Sin embargo, en los sujetos que se encontraban en fase de mantenimiento, las demandas de atención no eran tantas, pero manifestaban la necesidad de tener una figura cercana.

En el grupo de recaídas, la angustia que presentaban los niños y sus familiares, los hacían ser más demandantes, pero al mismo tiempo obstaculizaban el trabajo de intervención con ellos.

#### - Limitaciones.

Los niños con leucemia son pacientes de muy difícil manejo y con alta probabilidad de fallecimiento; no pueden recibir visitas de manera prolongada ó las tienen muy limitadas. Este es un motivo por el cuál las instituciones de salud no permiten fácilmente el acceso para realizar estudios de este tipo.

Dentro de la institución hospitalaria, no se cuenta con un espacio adecuado y específico para trabajar con los pacientes y sus familiares. Las entrevistas con los padres se realizaban en los pasillos del hospital y el trabajo con los niños en su habitación, lo cuál influyó en las aplicaciones, ya que las enfermeras entraban para administrar medicamentos y cuidados, en ocasiones estaban llorando por algún procedimiento médico, además de los efectos secundarios de la quimioterapia, obstaculizaban los momentos de aplicación del instrumento. Cabe mencionar que hubo problemas en la captación de pacientes, ya que algunos de ellos fallecían antes de poder solicitarles su consentimiento para participar en el estudio.

#### - Sugerencias.

El estudio aquí planteado, representa una opción para el estudio de un área casi inexistente hasta ahora, ya que como se citó en el capítulo de método, son realmente pocas las investigaciones ó estudios que se han hecho en torno a la dinámica familiar de niños con leucemia de manera específica, y nos permitió observar las características de la aperepción de la interacción familiar en una muestra de enfermedad crónica en niños. Por los resultados obtenidos podemos encauzar futuros estudios enfocados al deterioro de las relaciones familiares en poblaciones de pacientes con enfermedades crónicas, sobre todo en niños, patrones de crianza, cooperación familiar y aceptación de responsabilidad.

Al observar las interacciones que se dieron dentro de las familias se puede sugerir una nueva línea de trabajo relacionada específicamente con el vínculo materno, ya que tanto en la teoría como en las observaciones realizadas, esta relación representa un aspecto de suma importancia para el niño y conocer como es que se presenta tal relación, podría ser importante para la comprensión de la interacción y su relación con la evolución de una enfermedad crónica.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Por la naturaleza de este estudio, los datos aportan suficiente información para que en estudios futuros se pueda diseñar ó elaborar un programa de apoyo psicológico específico para niños con leucemia y sus familiares, al ser una población con muchas necesidades y demandas de atención.

Sería importante estudiar muestras de niños que ya fueron dados de alta del tratamiento y estudiar las secuelas emocionales del mismo.

No hay que olvidar que la leucemia es una enfermedad que puede presentarse en cualquier etapa de la vida, por lo tanto sería interesante hacer otros estudios exploratorios en muestras de pacientes adolescentes, jóvenes y adultos.

Una de las principales aportaciones de este trabajo es proporcionar las bases de trabajo y de intervención para pacientes con este tipo de padecimientos y así poder planificar propuestas terapéuticas de orden psicodinámico y sistémico para los niños con leucemia y sus familias.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## BIBLIOGRAFÍA.

- Ackerman, N. W. (1994) *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Psicodinamismos de la vida familiar*. 10a. Edición Editorial Lumen- Hormé. Buenos Aires, Argentina.
- Adams, B.N. (1975) *The Family: A sociological interpretation*. New York, Rand MacNally eds.
- Allport, G.W. (1961) *Pattern and Growth in Personality*. New York: Holt; Rinehar and Wiston, Inc.
- Baker, L.S. (1990) *You and Leukemia*. Library of Congress Cataloging in Publications Data. San Francisco, Cal.
- Beheman, R.E., Kliegman, R.M., Arvin, A. M. (1997) *Tratado de Pediatría*. 15ª. Edición. Editorial McGraw – Hill Interamericana. México.
- Bekéi, M. (1992) *Trastornos Psicósomáticos en la niñez y la adolescencia*. Cuarta Edición revisada. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires.
- Bellak, L. (1996) *T.A.T., C.A.T y C.A.T. Uso clínico*. 3ª. Edición en Español. Editorial Manual Moderno. México, D.F.
- Bergeret, J., (1981) *Manual de Psicología Patológica. Teoría y Clínica*. Fondo Editorial Toray - Masson, S.A.
- Binger, C.M., James, E., Koupernick, C. (1973) *The child in his family*. Vol. 2 Jhon Wiley & sons.
- Binger, C.M., Ablin, A.R., Feuerstein, R.C., Kushner, J.H., Zoger, S. & Mikkelsen, L. (1969) *Childhood leukemia: Emotional impact on patients and family*. *New England. J. Med.* (280) 414-418.
- Bleichmar, N; Leiberman, C. (1997) *El Psicoanálisis después de Freud*. Editorial Paidós. México, D.F.
- Brusset, B. (1992) *El Desarrollo Libidinal*. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- Buss, A., Plomin, R. (1975) *A Temperament Theory of Personality Development*. New York. Wiley.
- Cain, A.C., Fast, I. & Erickson, M.E. (1964) *Children's disturbed reactions to death of sibling*. *J.A. Orthopsychiatry*, 34 741-752.
- Carlson, N.R. (1996) *Fundamentos de Psicofisiología*. 3a. Edición. Editorial Prentice-Hall Hispanoamericana. México.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

- Consejo de Salubridad General. Cuadro Básico de Medicamentos 1989. Sistema Nacional de Salud. Secretaría de Salud. México.
- Cooper, C.L. (1986) Estrés y cáncer. 1ª Edición. Ediciones Díaz de Santos. España.
- Coopersmith, S. (1967) The antecedents of self-esteem. Editorial Freeman. San Francisco, Cal.
- Craig, C. (1997) Desarrollo Psicológico. Séptima Edición. Editorial Prentice – Hall Hispanoamericana. México.
- Craig, G (1996) Desarrollo Psicológico. 7ª. Edición. Editorial Prentice- Hall. México.
- Chiozza, L. (2001) Una Concepción Psicoanalítica del Cáncer. 1ª Edición. Alianza Editorial. Argentina.
- Dicaprio, N.S. (1989) Teorías de la Personalidad. Editorial McGraw – Hill. México.
- Dunn, J. (1993) Young children's close relationships: Beyond attachments. Pp. 48-5. Newberry Park, CA: Sage.
- Eiser, C. (1990) "Psychological Effects of Chronic Disease." Annual Progress in Child Psychiatry and Development, pp. 434-445.
- Emotional Aspects of Childhood Leukemia. A Handbook for Parents. Leukemia Society of America Inc. New York, 1993.
- Erikson, E. (1993) Infancia y Sociedad. Editorial Lumen – Hormé.
- Fife, B., Norton, J., & Groom, G. (1987) The family's adaptation to childhood leukemia. Social Sciences Medicine. Vol. 24 No. 2 pp: 159-168
- Flores, C. J., López, H. M., Borbolla, E.J., Trueba, C. E., Carrillo, R.T., González, A. M., (1999) Seguimiento a Largo Plazo para el Tratamiento de la Leucemia Linfoblástica Aguda Infantil. Gaceta Médica de México. Vol. 135 (3): 253 – 258.
- Freedman, L. (1984) "Compendio de Psiquiatría." Reimpresión a la Cuarta Edición, Editorial Salvat, México, D.F., pp. 663-666.
- Freud, S. (1905) Tres Ensayos para una Teoría Sexual. Obras Completas Tomo II. Trad. de López - Ballesteros y de Torres, L.N. Editorial Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1958) Formulations on the two principles of mental functioning. In J.S. Straches (Ed.) The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Vol. XII Londres Hogart.
- Godínez, L. M., Morones, B. R., Portugal, E.C. (1988) Percepción del ambiente familiar en niños de primaria con C.I. normal y que presentan bajo rendimiento académico. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Goldman, H. (1993) Psiquiatría General. 2ª Edición. Editorial Manual Moderno. Mexico.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

- Goodman, & Gillman, (1996) Las bases Farmacológicas de la Terapéutica. Vol. II 9ª. Edición. Editorial McGraw – Hill Interamericana. México.
- Greene, W.A. (1962) The psychosocial setting of the development of leukemia and lymphoma. Ann. New York Acad. Sci. 125 pp: 794-802.
- Greene, W.A. & Swisher, S.N. (1969) Psychological and somatic variables associated with the development and course of monozygotic twins discordant for leukemia. Ann. New York Acad. Sci. 164, pp: 394-408.
- Harrison, T.R. (1998) Principios de Medicina Interna. 14ª. Edición. Editorial McGraw – Hill Interamericana. México.
- Haynal, A., Pasini, W. (1980) Manual de Medicina Psicosomática. 1ª Edición. Editorial Masson. España.
- Hernández, R.S., Fernández, C.C., Baptista, L.P. (1998) Metodología de la Investigación. Segunda Edición. Editorial MacGraw-Hill. México.
- Hocking, W.G. (1987) Manual de Hematología Clínica. Editorial Limusa. México D.F.
- Janus, M. & Goldberg, S. (1995) Sibling empathy and behavioural adjustment of childrens with chronic illness. Child: Care, Health and Development. Vol 21 No. 5 pp: 321-331.
- Johnson, J.H., Rasbury, C., Siegel, L. (1992) Métodos de Tratamiento Infantil. Editorial Limusa. México, D.F.
- Kissen, D.M., Brown, R.I., & Kissen, M. (1969) A further report on Personality and Psychosocial factors in lung cancer, Ann. New York Acad. Sci, 164, pp: 535-544.
- Klinecovstein, C.M., (1987) Estudio Exploratorio del Funcionamiento Familiar dentro de un Albergue. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Klinger, E. (1971) Structure and Functions of Fantasy. New York. Wiley.
- Komblit, A. (1996) Somática Familiar. Enfermedad orgánica y familia. 2ª edición. Editorial Gedisa. España.
- LeShan, L. (1966) An emotional life-history pattern associated with neoplastic disease, Annual New York Academy of Sciences Journal, 125, pp:780-793.
- Levenson, F.B. (1986) Causas y Prevención del Cáncer. Javier Vergara Editor. Argentina.
- Lobato, D., Faust, D., Spirito, A. (1988) Examining the effects of chronic disease and disability on children's sibling relationships. Journal of pediatric psychology Vol. 13
- López, M. I. (1985) La Psicoterapia como parte del Tratamiento Global del Menor Canceroso. Revista de Salud Mental Vol. 8 Núm. 3 Septiembre 1985.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

- Llor, B., Abad, M.M., García, I.M., Nieto, M.J. (1998) *Ciencias Psicosociales aplicadas a la Salud*. Editorial MacGraw-Hill. España.
- Mathé, G. (1980) *Dossier Cancer*. 1ª Edición. Editorial Grijalbo. España.
- McKenzie, S.B. (1991) *Hematología Clínica*. Editorial Manual Moderno. México D.F.
- Minuchin, S., Fishman, H. (1981) *Técnicas de terapia Familiar*. Editorial Paidós. Argentina.
- Murphy, L.B., Moriarty, A.E. (1976) *Vulnerability, coping and growth*. New Haven. Yale University Press.
- Mussen, P., Conger, J., Kagan, J. (1990) *Aspectos esenciales del desarrollo de la personalidad del niño*. Editorial Trillas. México.
- Navarro, G. J., Beyebach, M. (1995) *Avances en Terapia Familiar Sistémica*. Ediciones Paidós. España.
- Newman, B., Newman, P. (1994) *Manual de Psicología Infantil Moderna Vols. I y II*. Editorial Limusa, México. No. 3 pp: 389-407
- Onnis, L. (1997) *La palabra del Cuerpo. Psicósomática y Perspectiva Sistémica*. Editorial Herder. España.
- Ortega, A.J.J. (2001) *Tratado de Pediatría*. 8ª. Edición Vol. II Editorial Ergón, Pp. 1483. Madrid, España.
- Papalia, D., Wendkos, S. (1997) *Desarrollo Humano*. 6ª. Edición. Editorial McGraw-Hill. México.
- Papalia, D., Wendkos, S. (1997) *Desarrollo Humano*. 6ª. Edición. Editorial MacGraw-Hill. México, D.F.
- Parsons, T. (1955) *Family structure and the socialization of the child*. Glencoe, Free Press. Louisiana; USA.
- Piaget, J. (1964) *Seis Estudios de Psicología*. Editorial Seix Barral. Barcelona España.
- Plata-Salamán, C.R. (1991) *Immunoregulators in the Nervous System. Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. Vol. 15 pp. 185-215. Pergamon Press. U.S.A. 1991.
- Powazek, M., Payne, J.S., Goff, J., Paulson, N. & Stagner, S. (1980) *Physiological ramifications of childhood leukemia: one year post-diagnosis*. Pp. 143-155. Illinois.
- *Principales causas de mortalidad en edad escolar en el año 1999-2001*. <http://www.ssa.gob.mx>
- Rice, F. (1997) *Desarrollo Humano. Estudio del Ciclo Vital*. 2ª. Edición Editorial Prentice-Hall. México.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

- Rice, F: (1997) *Desarrollo Humano. Estudio del Ciclo Vital*. 2ª. Edición. Editorial Prentice – Hall Iberoamericana. México.
- Rodea, B.A. (1997) "Correlación de la depresión madre - hijo en el Diagnóstico y tratamiento del niño con cáncer" Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Rodríguez, D.E. (1995) *La influencia en la dinámica familiar sobre algunas manifestaciones conductuales: Agresión, Ansiedad y Conducta antisocial del niño hiperquinético*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Ruiz A. G. (1994) *Fundamentos de Hematología*. 1ª. Edición. Editorial Médica Panamericana. México, D.F.
- Ruiz, A. G., San - Miguel, J. (1996) *Actualización en Leucemias*. Editorial Médica Panamericana, México D.F.
- Schavelzon, J., Bleger, J., Bleger, L., Luchina, I., Langer, M., (1966). *Psicología y Cáncer*. Editorial Paidós. Argentina
- Schavelzon, J., Levine, A.S., Rísquez, F., Krant, M.J., Marsillac, J., Schweisguth, O., Holland, J., Urban, J., Luchina, I., Bleger, L. (1978) *Impacto psicológico del cáncer*. 1ª Edición. Editorial Galema. Argentina
- Schmale, A.H., & Iker, H.B. (1966) *The psychological setting of uterine cervical cancer*, Ann, New York Acad. Sci. 125 pp: 807-813.
- Sevilla, C. M. (1996) *Percepción Familiar e indicadores emocionales en niñas abandonadas antes de los cinco años de edad y después de los cinco años de edad*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Shuman, R. (1999) *Vivir con una enfermedad crónica. Una guía para pacientes, familiares y terapeutas*. Editorial Paidós. España.
- Singer, J. L. (1973) *The child's world of male-believe: Experimental studies of imaginative play*. New York: Academic Press.
- Spitz, R. (1966) *El primer año de vida del niño*. Editorial Fondo de Cultura Económica. México.
- Stomen, E., MacKinney, J.P. Fitzgerald, H. (1982) *Desarrollo Humano*. 6ª. Edición. Editorial MacGraw-Hill. México. D.F.
- Stone, F.H. (1982) *Psiquiatría para el Pediatra*. Editorial La Prensa Médica Mexicana. México.
- Stuber, M. L., Christakis, D.A., Houskamp, B., Kazak, A. E. (1996) *Posttrauma Symptoms in Childhood Survivors and Their Parents*. *Psychosomatics* 37(3): 254-261.
- Symonds, M.P., (1965) *Las Relaciones Familiares*. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

- Taladril, C.B. (1993) Guía para el paciente con cáncer. Editorial Contenido. México.
- Taza de Morbilidad y Mortalidad 1999. Secretaría de Salud. Subsecretaría de prevención y Control de Enfermedades. Dirección General de Estadística e Informática. México 2000.
- Thomas, A., Chess, S. & Birch, H. (1970) The Origin of Personality. Scientific American 223: 102-109.
- Tortora, G., Anagnostakos, N. (1989) Principios de Anatomía y Fisiología. 5ª. Edición Editorial Harla, México, D.F.
- Warren, H. (1970) Diccionario de Psicología. Editorial Fondo de Cultura Económica. México, D.F.
- Watson, R., Lindgren, H. (1991) Psicología del Niño y el Adolescente. Editorial Limusa Noriega. México.
- Werner, E. (1989) High - risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. American Journal of orthopsychiatry. 59: 72-81.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

*APÉNDICE.*

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**CODIGO PARA LA CALIFICACIÓN DE LA PRUEBA.**

a) Crianza	Apropiada	1
	Inapropiada	0
b) Control	Efectivo	1
	Inefectivo	0
c) Gula	Apropiada	1
	Inapropiada	0
d) Agresión	Física	1
	No física	0
e) Cooperación	Apropiada	1
	Inapropiada	0
f) Afecto	Existe	1
	No existe	0
g) Armonía Familiar	Existe	1
	No existe	0
h) Aceptación de Responsabilidad	Existe	1
	No existe	0

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## Hoja de Datos.

<b>TESIS CON FALLA DE ORIGEN</b>
--------------------------------------

Datos Personales.

Nombre: \_\_\_\_\_

Núm. de afiliación: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad Actual: \_\_\_\_\_ Residencia: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Informante: \_\_\_\_\_

Datos Clínicos.

Dx. \_\_\_\_\_ Etapa Tx: \_\_\_\_\_ Evolución: \_\_\_\_\_

Recaldas: \_\_\_\_\_ Complicaciones: \_\_\_\_\_ Px. \_\_\_\_\_

Datos Familiares.

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Núm. de adultos en casa: \_\_\_\_\_ Núm. de hermanos: \_\_\_\_\_

¿Con quién convive más el niño? \_\_\_\_\_

¿Quién asiste con mayor frecuencia al tratamiento del niño? \_\_\_\_\_

¿Quién asiste con mayor frecuencia al tratamiento del niño? \_\_\_\_\_

¿Participan otros? \_\_\_\_\_ ¿Quiénes? \_\_\_\_\_

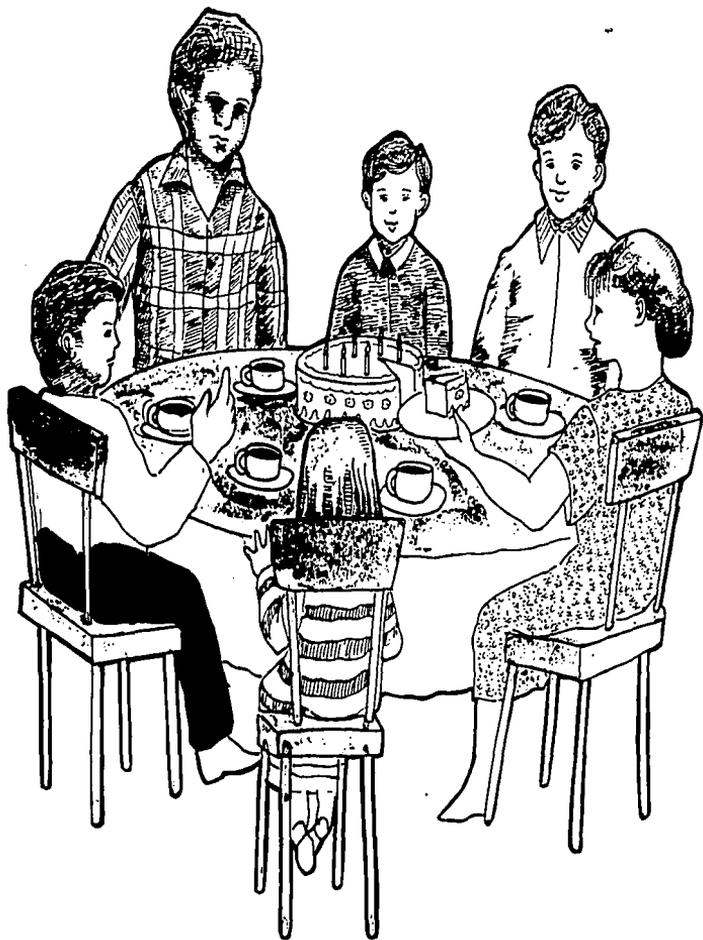
¿Cómo lo hacen? \_\_\_\_\_

¿Cómo reaccionó la familia ante la noticia de la enfermedad? \_\_\_\_\_

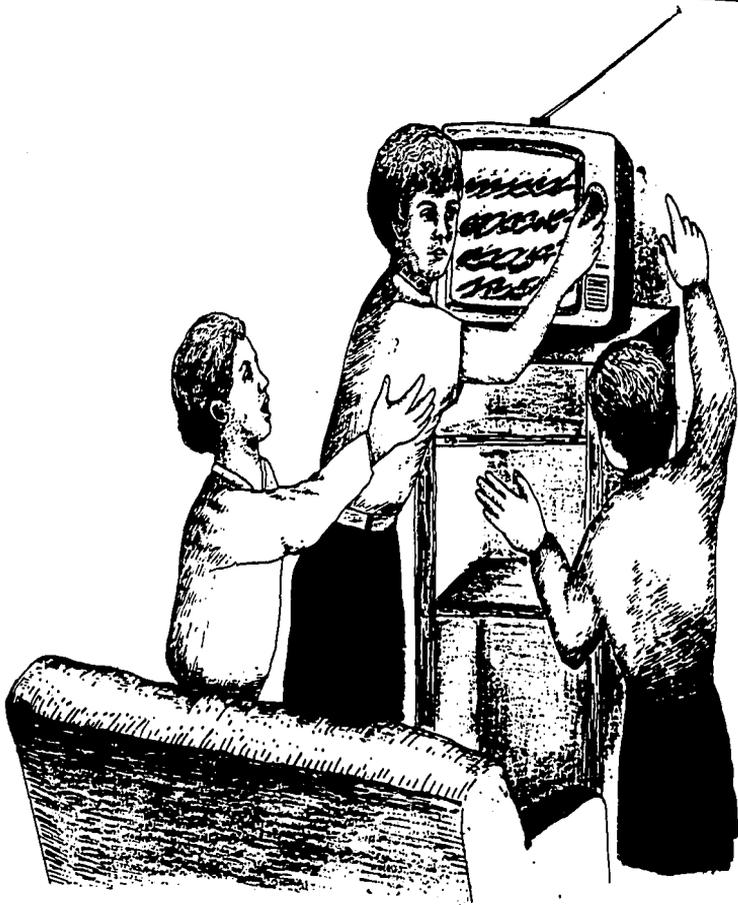
¿Cómo han venido reaccionando en las distintas etapas de la enfermedad? \_\_\_\_\_

¿Qué piensa el niño de su enfermedad? \_\_\_\_\_

Notas y observaciones: \_\_\_\_\_

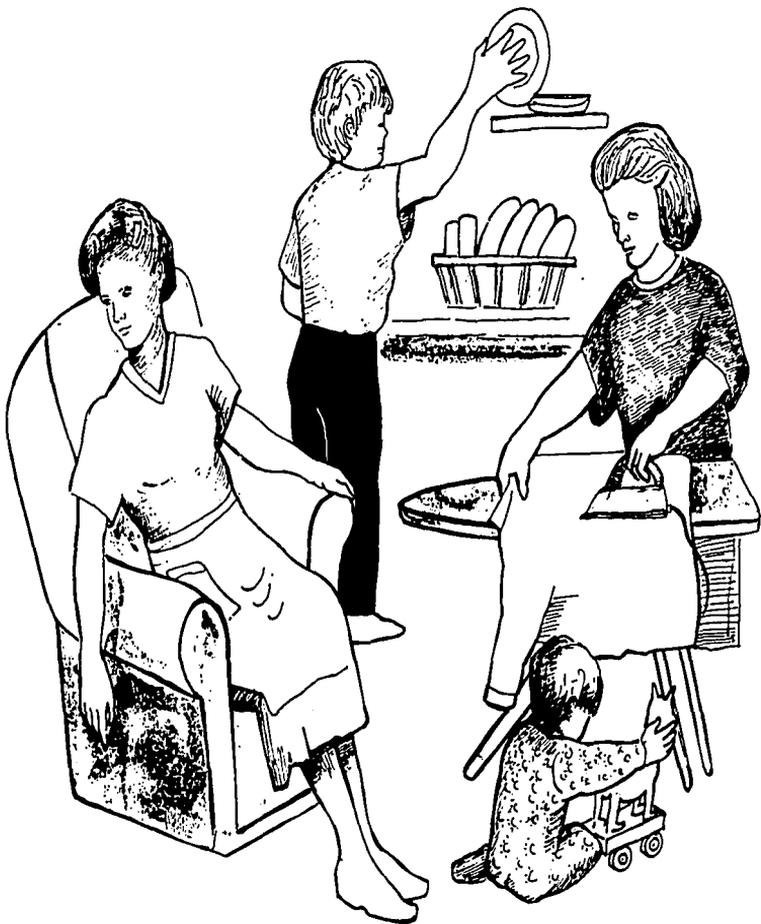


TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

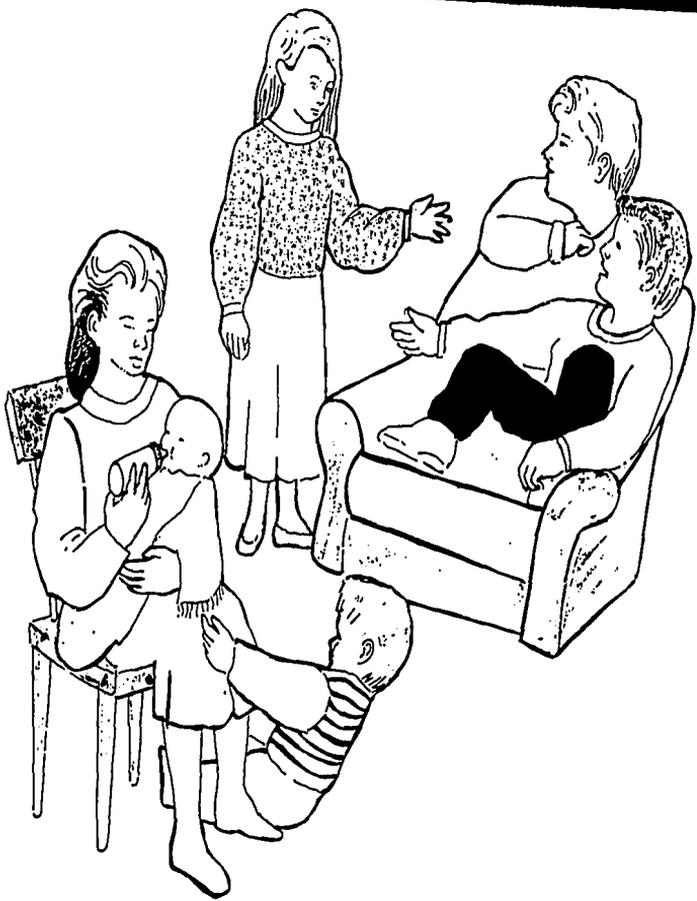
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

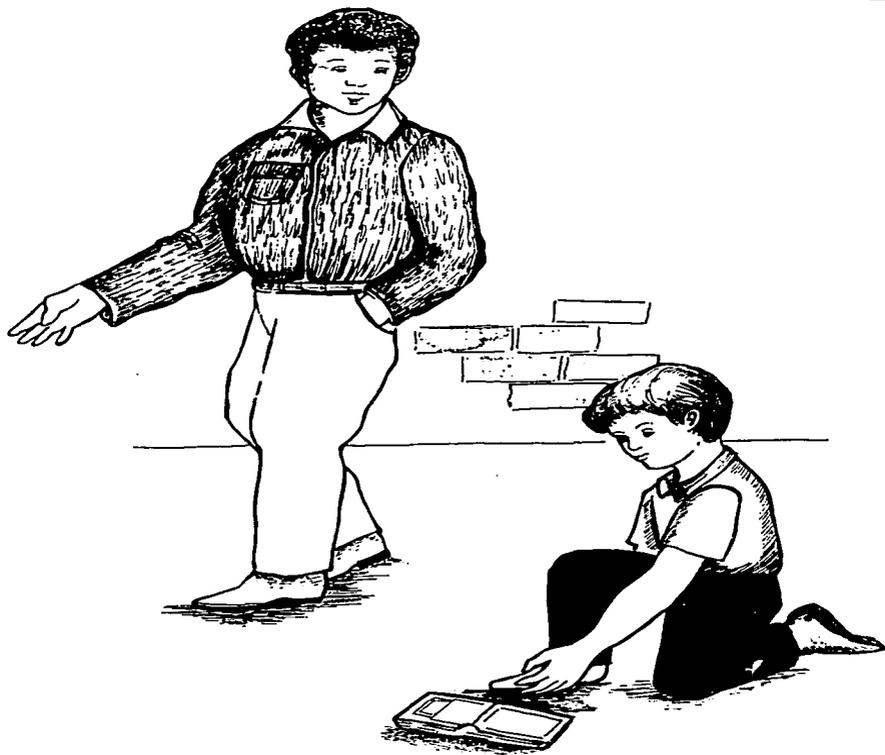


TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN





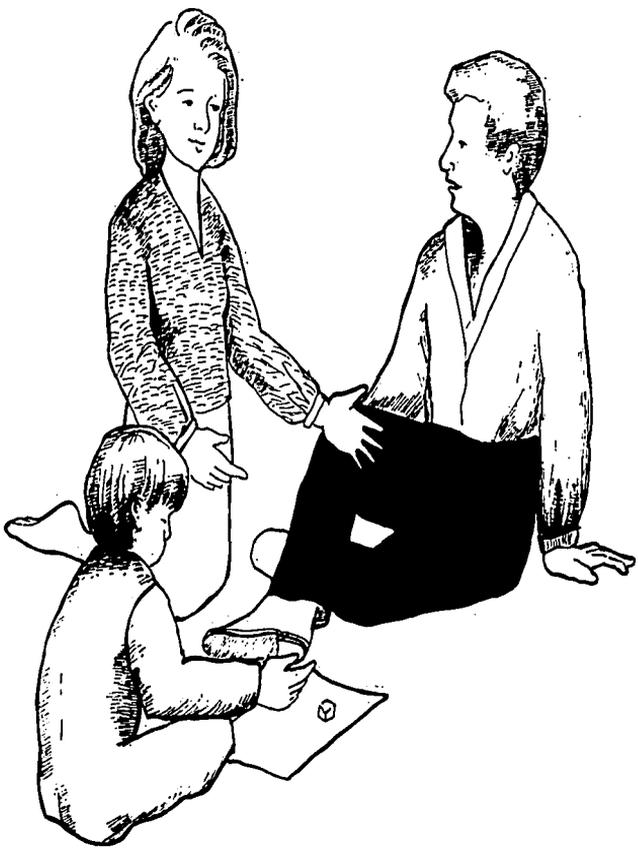
**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

ESC



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



PIZZAROTES



TESIS CON  
FALTA DE ORIGEN



TESIS CON  
FALDA DE ORIGEN

**Grupo A.**

Sujeto 1: A.A.C. Sexo: Masculino. Edad: 10 años. Hijo único.

Lámina 1. - "Es el cumpleaños de alguien y uno de ellos no esta feliz ha de estar celoso y los demás están felices, también la mamá no esta tan feliz se ve como que llora, será el cumpleaños de alguien fallecido, fingen felicidad."

Lámina 2. - "Los niños pelean por que no se arregla el televisor, uno lo regaña, otro le pide que compre una nueva y entre más quieren componerla, más se descomponen todos se enojan"

Lámina 3. - "Una señora plancha otro ayuda con los platos, pero una señora no esta contenta, esta triste, quizá decepcionada por algo, quizá alguien murió, nadie se ve alegre, quizá falleció el papá ó mejor el abuelito, el papá de la mamá."

Lámina 4. - "Unos niños pelean por que piensan que el niño mayor es muy consentido, pero los papás, la verdad no quieren a ninguno, ni ellos mismos."

Lámina 5. - "Dos niños se pelean, no se quieren, la mamá sólo les dice, pero no les llama la atención, como que no les importan tanto, la mamá quiere más al bebé, es una familia grosera... con consentidos."

Lámina 6. - "El hermano mayor va con el menor y ve que cae su cartera y todo lo que tenía y no le importa y el pequeño, por eso esta triste y se siguen caminando."

Lámina 7. - "El niño que va a la escuela, su mamá lo trae feo del cuello, como enojada pero sin razón, la maestra lo defiende, la mamá como no quiere tanto al niño le dice que no le importa. Por eso esta muy triste, la maestra si lo quiere por que trabaja con niños y lo defenderá."

Lámina 8. - "Los papás están enojados y el niño mejor se va a acostar los papás pelean de algo, la mamá como no le gustó que el papá sea así se enoja, el niño mejor cierra los ojos y se duerme."

Lámina 9. - "El niño mayor hace que el menor rompa el vidrio de la tienda de abarrotes, lo rompe el hermano y le pega y lo regaña."

Lámina 10. - "El papá quiere cachetear a la hija, pero como ella ya se cansó le agarró la mano se rebela, la mamá y la abuelita no hacen nada, quizás no la quieren mucho."

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Sujeto 8: L.D.Z.A. Sexo: Masculino. Edad: 6 años. Hijo único.

Lámina 1. - "Parten el pastel por que van a comer, el papá esta enojado por que sus hijos no le dieron pastel. Cuando está enojado les grita y los corre, la mamá lora y se come su pastel, los hijos están tristes por que la mamá no les da pastel, se sienten mal y se van a dormir, están tomando té."

Lámina 2. - "Ven le tele, la mueven le quieren quitar las rayas los niños van a ver tele, se llevan bien se quieren no pelean ni discuten."

Lámina 3. - "El niño juega con su carrito el otro niño va a comer pan, la hija está viendo el sillón por que no quiere ver a todos. La mamá les va a poner la ropa, la mamá está planchando, no los quiere, por que no le dice a Luis (el niño del carrito) que se levante y que no se arrastre."

Lámina 4. - "El niño grande le pega al más chiquito por que iba a saludar a su papá. El niño grande le pegó por que no quiere que le diga cosas a su papá. El papá esta viendo y se saca el cincho, su mamá se enojó por que están peleando y le va a dar una cachetada al niño grande. El niño grande es malo por que no quiere que le diga nada a su papá."

Lámina 5. - "Al bebé le dan mamila, y la hija ve a los otros y les pregunta por que están dos en el sillón. El niño jala a su mamá para que lo deje abrazar al bebé pero la mamá no lo deja. Los hermanos mayores pelean por que no los dejan estar ahí. La mamá no los quiere por que no les dice nada, al niño le gustaria que la mamá les dijera algo para sentir que los quiere."

Lámina 6. - "El papá va caminando, el niño esta haciendo una casa por quiere entrar a vivir en esa casa por que no tiene casa, se fue al río. El papá lo ve y le dice que lo quiere, la mamá se ahogó cuando el río se llevó la casa, el niño se sintió bien por que su mamá se ahogó, el niño esta poniendo ladrillos."

Lámina 7. - " La mamá ve con lentes parada, el niño y la chamaca están en la escalera el otro niño lleva su mochila, el niño chico agarra a su mamá, el niño chiquito se llama Carfitos, van a la casa a descansar, se quieren y se llevan bien. Carfitos va a hacer letras, la mamá de lentes está enojada por que no le dio su hijo Carfitos, le iba a dar un dulce y un postre."

Lámina 8. - " El papá esta sentado hablando con la mamá de que su hijo se va a morir, está con calentura por que se comió chocolates y jugo de naranja y se va a ir a la casa a descansar, están en la calle. La mamá esta hincada rezando le iba a dar una comida, saichichas, un huevo, y un muñeco."

Lámina 9.- " El papá le va a pegar al hijo por que no fue a acarrear agua para tomar. No fue por que la mamá no lo dejó por que ella no tiene sed y esta triste por que el papá le va a pegar y fue a traer poquita agua, y se va a comer un pan, el papá esta muy enojado, la mamá va con su maleta a pegarle al papá por que no deja de pegarle a su hijo."

Lámina 10. - " El papá va a matar a su esposa por que no lo dejaba comer, su hija esta viendo como la van a violar y a matar, la mamá mandó a comer al papá, se van a sentar a ver tele, se van a comer pastel y a ver la película."

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Grupo B.**

Sujeto 11: F.L.C.J. Sexo: Masculino Edad: 9 años. 1er. Hijo.

Lámina 1. - " La mamá está repartiendo el pastel, están tomando café. El hijo mediano está enojado por que no le dan su rebanada, es el cumpleaños del niño pequeño que esta en medio, la hermana espera que el den su pastel, de hecho todos lo esperan, al niño mediano le duelen los pies por que tiene las notas que le dio su papá y por eso esta de malas, a él no le gusta el pastel de ese sabor, no va a comerlo y sólo va a tomar café, eso hace que se ponga triste el niño pequeño, el del cumpleaños, los demás se enojan con el niño enojado y le dicen que no sea grosero y lo obligan a comer por que quieren que se lo coma. Por fin se lo come a ala fuerza y le gustó. "

Lámina 2. - " Todos se pelean por ver un canal. La mamá, la hija y el hijo, por que la mamá no los deja ver un canal a las hijos. Los hijos piensan que no es justo que la mamá vea la tele, la deben de ver 20 minutos cada quien. Piensan que su mamá es mala por que les apaga la tele, el niño y la niña le gritan: ¡ no le apagues, quiero ver media hora más la tele! Por fin razonó la mamá y se las dejó, a la mamá le dio lástima y por eso se las dejó. "

Lámina 3. - " El niño pequeño se va a golpear la cabeza mientras que la mamá plancha y al niño se le iba a caer el plato y se ve que se iban a romper todos los demás platos, la abuelita no queria ver como se rompían, la mamá no se fijaba y se iba a poner a llorar el niño que está acomodando los platos. El niño pequeño si se golpeó la cabeza, la mamá lo vió y lo calmó, el otro niño agarró los platos y los vasos antes de que se quebraran. Finalmente la mamá los calmó y se pusieron contentos. "

Lámina 4. - " El niño grande se pelea con su hermanito y el hermano mediano le está jalando para que no se peleen, sus papás están enojados, pelean por que el niño chico le pegó al grande. Los demás se enojan por que por que no les deben de pegar a los chiquitos, su hermano mediano les dice que ya no peleen, el niño chiquito llora, la mamá se puso muy enojada y le iba a pegar al niño grande y dejaron de pelear y se pusieron a jugar. "

Lámina 5. - " Unos enojados y otros felices, por que el niño chico también quiere que lo carguen, está enojado, el niño y la niña discuten de que la niña quiere sentarse en el sillón y el niño no quiere, el papá dice que en un ratito más, todos se llevan más ó menos. La niña siguió a su turno de sentarse, el niño chico se quitó de ahí. "

Lámina 6. - " Están caminando el papá y el hijo, el papá se quiere ir y el niño no quiere, por que quiere jugar a alas cartas y el papá le dice que ya se quiere ir por que no quiere llegar tarde al trabajo, el niño se va parando agarra las cartas y se van; pero llega tarde al trabajo, casi despiden al papá, y le dice a su jefe que no lo despidiera por que no estaba de acuerdo para ir a los otros trabajos más que a este, hace juegos. "

Lámina 7. - " El niño no quiere ir a la escuela y la mamá le dice a la directora y su hermano ya casi llega y su tía y su primo ya se metieron, no quiere ir por que es flojo, la directora le dijo que si no iba a ir lo iba a correr por una semana, su hermano ya quiere alcanzar a su tía por que no quiere quedarse atrás con su hermano flojo, la mamá dice que no lo corra, por que tiene que ir a la fuerza, razonó el niño y se fue a la escuela. "

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Lámina 8. - " El papá, el hermano y la hermana se ponen a jugar dados y discuten por que la hermana, el papá y el hijo quieren tirar primero, dijo el papá: al que le tocará el número mayor del dado iba a ser primero y le tocó el número mayor al niño y el papá fue segundas y la hermana terceras. "

Lámina 9. - " La mamá y el hombre se pusieron a discutir por que el niño esta enfermo y la mamá se va a apurar para ir a comprar los abarrotos, le dice al papá, sino te apuras se nos puede enfermar más el niño y ella le dice: esta bien voy a ir rápido, esta enfermo de gripa. Se curó por que la mamá le llevó medicina. "

Lámina 10. - " El papá esta pellizcando a la hija por que le pegó al papá y la mamá se pone enojada y la mamá le dice que no la pellizque, la abuelita le dice que no le haga nada por que no le iban a dar de comer al papá 4 días y el papá dijo esta bien la voy a dejar pero con una condición me van a hacer la comida. "

Sujeto: 12 V.X.G.R. Sexo: Femenino. Edad: 10 años Hija menor.

Lámina 1. - " Una familia reunida por el cumpleaños del niño que esta entre su papá y su hermano, esta disfrutando mucho su cumpleaños. Se ve contento y todos están comiendo muy contentos. El papá ase ve muy triste, la mamá esta repartiendo el pastel. El hermano que esta junto a él esta muy alegre por que su hermano cumple años, el niño que esta a la derecha del papá esta como sorprendido por que le gustó la forma del pastel. "

Lámina 2. - " Había unos hermanos peleando por ver un canal en la T.V. por que solo hay una T.V., y los otros dos hermanos no pueden ver el programa que quieren a otro lugar, pero uno de ellos sugiere que cuando haya comerciales, le pasen al canal que quieren y cuando haya en el canal que el otro quiere, pasen el que el otro quiere. "

Lámina 3. - " La mamá estaba muy cansada y su hijo se ofrece a lavar y secar los platos y su otra hija se ofrece a planchar, doblar y guardar la ropa que lavó, y el chiquillo como no puede hacer nada se esta quietecito con su cochecito y así ayuda a no dar lata. La mamá se cansó por que ya había hecho mucho quehacer y aparte tenía que trabajar para mantener a la familia, por que el papá se separó de la señora y no cuentan con él. "

Lámina 4. - " Unos niños están peleando y sus papás los van a regañar por pelear, pero lo que los papás no saben es que se están peleando por que el más chico ofendió al mediano y el más grande lo trató de defender, pero no es justo por que dos contra uno no se vale. Aun que él haya ofendido al hermano, lo ofendió diciéndole sus apodos que son cuatro ojo, sangrón. Los papás están muy enojados y le ponen un remedio, platican con ellos y los hacen entrar en razón hablando. "

Lámina 5. - " Unos señores tuvieron un bebé, pero los demás hermanos están celosos por que le ponen más atención al bebé que a ellos, pero lo que no saben es que el bebé necesita atención que ellos, uno esta molestando a su mamá jalándole la pierna, los otros dos la quieren distraer para que no le haga caso al chiquito. Entonces los papás se dan cuenta que es por celos y les explican que no se deben de sentir celosos por que los quieren igual, pero que el bebé necesita más atenciones. "

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Lámina 6. - \* Un señor iba caminando por la calle cuando sin darse cuenta se le cayó su billetera y un niño honrado la alzó y vió que a la mejor era del señor y le preguntó ¿Usted se llama Gustavo?; y el señor le respondió: Sí, ¿por qué?; y el niño le contestó: Por que se le cayó esto, y el señor agradecido le dijo: Gracias niño; por habérmela dado te voy a dar las gracias. Que bueno que eres honrado y tienes ese hábito.\*

Lámina 7. - \* Un día una señora llevó a su hijo a la escuela, pero el niño no quiere entrar a la escuela y hace su berrinche que no quiere ir, entonces sale la maestra y dice ¿Qué pasa señora? ; y la señora le dijo, es que mi hijo no quiere entrar a al escuela, la maestra le respondió: no se preocupe aquí déjeme lo yo hablo con él. Entonces la maestra lo agarró para que su mamá se pudiera ir, la maestra habló con el niño. El niño entonces se sintió mal, pero después se calmó. Al final la mamá fue por él, no se enojó con su mamá y le dijo a su mamá que le había gustado mucho la escuela y que ya iba a ir diario a la escuela.\*

Lámina 8. - \* Un matrimonio esta jugando con su hijo un juego de mesa, pero la mamá dice: ya es hora de dormir Sebastián, y el niño le contestó: Todavía es temprano, no me quiero dormir déjame jugar otro rato, pero dice su mamá: mañana tienes que ir a la escuela, ya vete a dormir, y el niño le respondió: esta bien, pero se fue muy enojado. El papá le dijo a la señora: Por que lo mandas a dormir, mañana puede faltar a la escuela, estamos muy divertidos, y la señora le respondió: Sí, pero si lo enseñas a que cada vez que quiere ir a dormir, se puede quedar despierto cada vez se va acostar más tarde y en la escuela no va a poder estudiar bien.\*

Lámina 9.- \* Escena típica de siempre. Un niño rompe el vidrio del supermercado, su mamá lo regaña y una señora chismosa llega y dice: Uy, pero que niño tan más malcriado, el niño de coraje le dijo a usted que le importa vieja chismosa, no soy su hijo, su mamá le dijo: vámonos Raúl deja de decir tonterías. Llegan a su casa y el papá también lo regaña. El niño se va a su cuarto y piensa: Esta bien fue un accidente, pero mi mamá no tenía por que gritarme así y esa señora no se debió haber metido, como le dije antes, que le importa; y así se quedó pensando toda la noche.\*

Lámina 10. - \*Un día los papás de Daniela fueron a su casa, y su primo llegaron sus tíos y le dijeron, apretándole la mejilla y diciéndole: Que bonita estas como has crecido, que grandota, y Daniela dijo: Sí, si, ya como he crecido, y su mamá le dice: No seas grosera Daniela, y su tío le preguntó: ¿Por qué me tratas así? Daniela le respondió: Por que me caes gordo y quiero que te vayas de mi casa. Su tío le dijo: No me voy, me quedaré todo el fin de semana, me tienes que soportar, Daniela le dijo: esta bien y entonces todo el fin de semana ni una palabra.\*

#### Grupo C.

Sujeto: 19 R.A.R. Edad: 10 años Hijo mayor.

Lámina 1. - \*Una familia que esta celebrando el cumpleaños de uno de sus hijos, el más chiquito, posiblemente cumpla seis años, el papá no está muy alegre puede estar enojado por problemas. No esta contento, esta serio un poco triste; sus hermanos si se ven felices por que su hermano cumple años, la mamá igual, se ve que están unidos el uno al otro, el papá esta separado, como si tuviera otras cosas que pensar, como si algo le fuera a pasar a él ó a alguien de su familia. Tal vez cuando alguien cumple años el

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

recuerda algo feo que no le agrada a lo mejor cuando el estaba chico le pasó algo a él. Se ve como que uno de los hermanos esta muy hambriento."

Lámina 2. - "Son más hermanos y uno está tratando de arreglar la señal y los otros le tratan de decir algo de cómo arreglar la señal de la T.V., pero al parecer no les hace caso, se ve más metido en el trabajo que lo que sus hermanos le tratan de mostrar. Se ve medio enojado por que la tele no se compone, su otro hermano le dice que no es la señal, sino que puede tener otro problema ó daño, tal vez rota ó un cable dañado; están discutiendo uno por la antena y otro para que la deje arreglada, pero él no les hace caso, que es el más grande."

Lámina 3. - " La familia, uno de sus integrantes esta triste, enfermo ó decaído el más pequeño de los hijos se ve feliz por que esta jugando y la hermana y el otro niño, por lo que se ve esta serio y muy atento a lo que hace, la hija se ve algo enojada y preocupada y no le pone atención a las otras cosas, la mamá esta sentada en un sillón, se ve que el sillón esta roto y desgastado, es la que esta enferma, cansada desde el principio, al parecer cada quien hace sus cosas, nadie ayuda a nadie, muy unidos no se ven, se ven algo separados, la hija más grande se ve preocupada por que su mamá se ve enferma, tal vez poco preocupados por algo que le haya pasado a otra persona y el hijo de en medio se ve mas separado de ellos."

Lámina 4. - " Una familia, los hijos son algo peleoneros, el más grande, es más. Al papá no le importa que peleen, a la mamá le enfada ver que los hijos están peleando, el papá no hace nada por separarlos ó decirles que así no se comporten, el hijo más grande se ve bastante peleonero como si se juntara con niños más grandes que él, ó tal vez el papá les enseñe eso. La mamá se ve enojada ó triste, pelean por que el niño más grande les hizo algo ó les quitó algo."

Lámina 5. - " También es una familia, la mamá alimenta al más pequeño integrante, se ve como si tuviera 3 ó 4 meses, el niño que le sigue de él se ve celoso, tal vez, por que la mamá no le pone mucha atención ó nada más celos por que llegó otro integrante, los niños más grandes, se ve que platican mucho, se ve que están unidos, la hermana les hace una pregunta a los dos hermanos, y la hermana se ve preocupada por que no encuentra algo, por eso les hace la pregunta. Busca algo de uno de ellos algo de ella, algún trabajo, algo de sus cosas uno de ellos si le toma atención a su pregunta y le da una respuesta, pero la hermana no se ve convencida de la verdad ó exactamente lo correcto, se ve que a la hermana la hacen repelar bastante, al otro integrante al pequeño no le hacen caso, al bebé no lo toman en cuenta por que está con mamá, ellos son las más unidos de los demás integrantes, la mamá se ve algo cansada, como si no hubiera podido dormir."

Lámina 6. - " Es un niño y un señor, tal vez se le pudo caer su cartera. El niño va a recoger la cartera, la otra persona se interesa en la cartera y el niño se ve serio está pensando en que va a hacer con el dinero ó el dueño de la cartera, tal vez esta persona le arrebató ó le quite la cartera al niño."

Lámina 7. - " Es una maestra, una madre de familia y un niño, la maestra le esta dando algún recado ó la queja de algo malo que hizo su hijo, la madre al oírlo se sorprende y al parecer le dice que no pudo haber hecho su hijo lo que la maestra le dice, la mamá lo jala, la maestra se ve enojada ó tal vez esta diciéndole a su mamá algo que hizo mal ella, y esta reprendiendo a la mamá se ve sorprendida y le dice que por que le

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

dice eso a ella, que no tiene derecho. El niño se ve algo interesado en lo que están diciendo ellas y a la vez tratándole hacer a su madre entender otra cosa. El niño es muy pequeño no ha de pasar de 7 años, parece algo latoso e inquieto y tal vez a la mamá le han hecho creer otra cosa."

Lámina 8. - "También es una familia, están en su casa posiblemente en algún tapete ó alguna alfombra, el niño juega con dados, posiblemente serpientes y escaleras ú otro juego en el que se utilicen dados, mientras ellos platican otra cosa, el papá se ve sorprendido y a la vez contento, la mamá se ve contenta, tal vez le dio alguna noticia buena la mamá al papá, tal vez que esta embarazada ó se ganaron algo, les pasó algo bueno, tal vez el papá dijo algo que les pasó y la mamá le hizo ver lo bueno de lo que estaban platicando."

Lámina 9. - "Están enfrente de una tienda un pequeño y su mamá, el niño rompió con una piedra, el cristal del mostrador de esa tienda. El dueño lo logró ver, su mamá llega y le dice lo que el niño hizo y se ve enojada y sorprendida y no cree que su hijo lo haya hecho, el dueño se ve enojado, tal vez llegue a algún acuerdo ó algo así, el niño se ve asustado como triste, tal vez su mamá lo regañe y lo castigue, lo hizo por jugar ó por que sus amigos lo molestaban como lo hacen muchas veces en la escuela, lo molestaron sus amigos y le dijeron que si no lo hacía le iban a hacer algo."

Lámina 10.- "Son varias personas, una es hombre, él estaba platicando ó diciéndole algo en forma brusca, ella no se ve contenta tal vez son novios, ella tal vez le dijo que no estaba funcionando la relación ó que no va a funcionar, el muchacho le dice que no, las personas que los ven los critican y otra es curiosa y se les queda viendo y escuchándolos, él se ve enojado."

Sujeto: 22. E.M.E. P Edad 9 años. Hija menor.

Lámina 1. - "Había una vez una familia, estaban celebrando el cumpleaños de la mamá, pero el papá estaba enojado, por que no quería a la mamá de sus hijos, los niños estaban muy contentos celebrando el cumpleaños, la mamá estaba repartiendo que cuando le iba a dar al papá ella no se le fijó y se le cayó el pastel y el papá se enojó con ella por que le había ensuciado su ropa."

Lámina 2. - "Había una vez tres niños que estaban viendo la tele, pero el más grande quería ver un canal y el segundo quería ver otro y el otro quería ver otro y se enojaron por que el más grande no les dejaba ver los canales a los otros dos. Después decidieron ver un canal nada más, se sentaron en los sillones y se pusieron a platicar."

Lámina 3. - "Había una vez dos mamás y dos niños, una mamá, estaba descansando, la otra estaba planchando, un niño estaba lavando los trastes y el otro estaba jugando y el más chiquito, jalcó el cordón de la plancha y se quemó, la mamá lo levantó y vio si no se había quemado mucho."

Lámina 4. - "Había una vez un papá y una mamá y tres niños y los niños se estaban peleando, el más grande se peleaba con el chiquito y el de en medio estaba jalando al más grande, para que no se pelearan y el papá y la mamá los separaron y les dijeron que no se pelearan por que se podrían lastimar. Se peleaban por que el más chiquito iba caminando y no se fijó y le pegó al más grande."

Lámina 5. - " Había una vez una mamá que estaba cuidando a sus hijas, los dos más grandes estaban platicando y el otro estaba sentado, y el otro más chiquito estaba jugando, se estaban como columpiando en el pie de su mamá, el otro más chiquito su mamá le estaba dando de comer, la mamá le dijo al más grande que si por favor se podían ir a su cuarto, por que le molestaba el ruido y ellos se molestaban, y luego la mamá se quedó con los más chiquitos y el más grandecito le pegó por que estaba jugando y le dijo la mamá que dejara de jugar. "

Lámina 6.- " Había una vez dos niños que estaban caminado por la calle y el más grande se le cayó su cartera y no se fijó y el otro que iba en la calle se la encontró y se la llevó al muchacho y le dijo muchas gracias."

Lámina 7.- " Había una vez una maestra y una mamá, la mamá llevaba a su hijo a la escuela y un día cuando lo fue a recoger le preguntó a la maestra que como iba su hijo y la maestra le dijo que iba más ó menos, cuando llegaron a su casa, le dijo al niño a su mamá que si lo dejaba salir a jugar y la mamá le contestó que no, que mejor se pusiera a estudiar, el niño se enojó pero se puso a estudiar y unos días después la mamá llevó a su hijo a la escuela y a la hora de la salida, la mamá le volvió a preguntar a la maestra como iba su hijo y la maestra le contestó que muy bien, la mamá le dijo al niño que ya iba mejorando y el niño se alegró y la mamá le dijo al niño que fuera a jugar y el niño se fue contento."

Lámina 8. - " Había una vez una mamá y un papá que vieron a su hijo jugando zorro y le dijeron que si querían que jugaran con él y el niño les dijo que si y se pusieron a jugar y después cuando el papá tiró el dado, el ganó y el niño se puso triste por que él no había ganado y el dijo el papá que no se pusiera triste que después ganaría."

Lámina 9. - " Había una vez un muchacho que se metió a una tienda y rompió el cristal y después llegó una señora y traía un niño y el muchacho se lo quitó y le dijo que si no le daba el dinero el no le daba a su hijo y la mamá le dio el dinero pero no le dio todo y el muchacho no se dio cuenta y le dio a su hijo, y el niño estaba triste."

Lámina 10. - " Había una vez tres muchachas y un muchacho, las muchachas eran amigas e iban caminando por la calle y el muchacho agarró a una de ellas, le quería dar un beso a ella y ella no se dejó y la muchacha le dijo que la soltara y el muchacho decía que no, ella se molestó y lo tumbó y se fue a su casa."