



01968

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL

**ADAPTACIÓN AL MEDIO HOSPITALARIO  
DE NIÑOS CON ENFERMEDADES  
HEMATO-ONCOLÓGICAS”**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A :  
LIC. XOCHITL PRADO SERRANO

DIRECTOR DEL REPORTE:  
MTRA. MARÍA FAYNE ESQUIVEL ANCONA

JURADO DE EXAMEN:

DRA. MARÍA EMILIA LUCIO GÓMEZ MAQUEO  
DRA. ROSA KORBMAN CHJETAITE  
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS  
DRA. BERTHA BLUM GRYNBERG  
MTRA. MARÍA CRISTINA HEREDIA ANCONA  
DRA. LUISA JOSEFINA ROSSI HERNÁNDEZ



MÉXICO, D. F.

2005

m346838



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.

## Juguetes

¡Qué feliz eres, niño, tirado ahí en el polvo, jugando hora tras hora con ese palito! No puedo menos de reírme viéndote jugar y jugar toda la mañana con ese pedacillo de palo. Yo sumo y sumo, hora tras hora también, preocupado por mis cuentas. Y quizás tú mirándome piensas: ¡Vaya juego tonto! ¡Qué ganas de perder la mañana!

¡Ay niño! ¡Yo he olvidado ya el arte de distraerme con palitos y con tortas de barro! ¡No quiero más que juguetes caros, reunir pedazos de oro y plata! Tú, con cualquier cosilla que te encuentras juegas contento. Yo malgasto tiempo y fuerzas en cosas que nunca podré tener. Pretendo atravesar el mar de la ambición con mi frágil barquilla, ¡y me olvido de que yo también estoy jugando!

Rabindranaz Tagore

Paro Xochitc

esta  
contento  
to



SUSU

Esta en la  
escuela

## DEDICATORIA

*Ésta es para mis padres, que me han apoyado en todas mis decisiones y en el andar de la vida. Que han estado y compartido mis momentos de felicidad, tristeza y enojo. Gracias por compartir su sabiduría, los quiero.*

## Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por brindar la oportunidad de seguir superándome académicamente y personalmente.

Al Hospital General de México por permitirme la oportunidad de realizar estudios de posgrado y de tenerlo como sede durante el último año de la residencia. En especial al Dr. Rodolfo de Anda, Dr. Francisco Mejía, Dr. Juan José Bustamante, Dr. Lino Cardiel y Dra. R. Erendira Durán, quienes como autoridades del hospital me apoyaron.

A todos los niños hospitalizados con quienes trabajé, que me proporcionaron invaluable experiencias, conocimientos y su cariño. Los admiro por su valentía, fortaleza ante situaciones adversas y continuar jugando y sonriendo.

A mis compañeros: Vero, Laura, Cris, Norma, Marypaz, Dennise, Teté, Adriana y Alejandro. Con quienes compartí esta odisea, llena de emociones y aventuras.

A mis amigos que contribuyeron con su apoyo incondicional: Armando, Rocío, Gaby, Gloria, Erendira, y Alma. Gracias por las aportaciones al trabajo y por escuchar mis alegrías y tristezas.

A todos los profesores de la residencia: Mtra. Fayne Esquivel, Dra. Emilia Lucio, Dra. Amada Ampudia, Dra. Bertha Blum, Dra. Lucy Reidl, Dra. Patricia Andrade, Mtra. Cristina Heredia, Mtra. Guadalupe Santaella y Mtra. Susana Eguía, por sus aportaciones y enseñanzas.

A la Dra. Rosa Korbman, quien contribuyó a la realización del presente reporte, con su tiempo y experiencia.

A todos los miembros del jurado que hicieron comentarios muy valiosos para la elaboración de este trabajo.

# ÍNDICE

Resumen	i
Introducción	ii
I. Panorama de Salud Mental Infantil en México	1
II. Reporte del Ejercicio de la Experiencia Profesional	13
Actividades en Sede	
1. Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro"	16
2. Instituto de la Comunicación Humana "Dr. Andrés Bustamante Gurría"	18
3. Hospital General de México, O. D.	19
III. Reporte de Sesión Típica: "Adaptación al medio hospitalario de niños con enfermedades hemato-oncológicas"	38
❖ Antecedentes	39
❖ Fundamentos Teóricos	43
❖ Justificación	71
❖ Objetivo General y específico	72
❖ Método	73
❖ Resultados	106
❖ Discusión	110
IV. Conclusiones	113
V. Referencia Bibliográfica	117
Anexos	

## RESUMEN

Uno de los retos hoy en día, es el tratamiento integral de los niños que padecen cáncer, continuamente se tienen nuevas técnicas de atención médica, pero el aspecto emocional en ocasiones no es tratado. Para la realización de este reporte de experiencia profesional, se trabajó en el Hospital General de México O. D., en el Servicio de Pediatría, específicamente en la sala de Hemato-oncología, se atendieron a 54 pacientes y de estos se eligió exponer el caso de un preadolescente que presentaba Linfoma de Burkitt, el cual se abordó con psicoterapia de juego individual; con un enfoque Psicodinámico y algunas técnicas de la teoría Gestalt. Se trabajó con el preadolescente en lo referente a su adaptación al medio hospitalario, la cual implica el conocimiento de su enfermedad y tratamiento, el reconocimiento y expresión de emociones, así como autoestima y la relación con las personas en su medio, para finalmente llegar al cierre.

Palabras clave: reporte de experiencia profesional, psicoterapia de juego, adaptación al medio hospitalario, hemato-oncología.

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad en la infancia puede tener importantes repercusiones en el desarrollo biopsicosocial y sus efectos son todavía más negativos cuando se precisa hospitalización. La hospitalización infantil es un campo en donde se han desarrollado diversas investigaciones.

Los problemas de salud eran manejados únicamente por personal médico, sin embargo, en la actualidad se acepta que se requiere trabajar de manera conjunta con otros profesionales relacionados con este campo. Ejemplo de ello es el caso de las enfermedades crónicas que se debe de abordar multidisciplinariamente. El menor que tiene que someterse a un tratamiento médico muy agresivo, costoso y que requiera de una larga hospitalización, durante su estancia en el hospital además del médico, es atendido por otros profesionistas de la salud como enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales.

Los niños que ingresan a la unidad de pediatría de un hospital, tienen un cambio brusco en su ambiente y su respuesta a la hospitalización está relacionada con la etapa de desarrollo en la que se encuentre en ese momento. Los lactantes y preescolares reaccionan con ansiedad ante la separación; durante la ausencia de los padres se comportan agitados, temerosos e introvertidos. Los escolares se enfadan más a menudo por la restricción de sus actividades, y se muestran agitados, enojados y demandan mucha atención de los padres y el personal de salud. Los adolescentes se ven más afectados por la pérdida de su ambiente e incapacidad para movilizarse, con frecuencia se comportan también muy demandantes y abiertamente manifiestan su tristeza y enojo, mostrando actitudes de mucha intransigencia (Bedlin, Linares y Benaim, 1993).

Generalmente, cuando el paciente es hospitalizado, la necesidad de apoyo emocional por parte de la familia se satisface visitando o permaneciendo periodos

prolongados con el menor, lo que a su vez es una fuente adicional de ansiedad para la familia. De hecho afecta el funcionamiento normal de la familia cuando uno de los padres o familiares cercanos permanece gran parte de su tiempo en el hospital o dejan la casa por estar al lado del paciente (Díaz, 1993).

Durante la hospitalización, el menor tiene que adaptarse a un nuevo estilo de vida, cambian abruptamente las normas de comportamiento y de su ambiente, además tiene que tratar con personas muy diferentes a las que él conoce, tiene miedo del dolor, de la enfermedad y de ser abandonado. La “adaptación” del niño al medio hospitalario dependerá en parte de la actitud de los padres frente a la enfermedad y el cambio, de la etapa de desarrollo en la que se encuentre así como de la estructura de personalidad del menor. Sin embargo es necesario enfatizar la contención que debe dar la institución tanto al menor como a su familia, para decrementar la ansiedad que este proceso de internamiento y atención médica genera. En este sentido, el psicólogo juega un papel primordial en el tratamiento de este tipo de niños, tanto en el apoyo emocional, como en la adherencia terapéutica.

Por lo anteriormente mencionado, se precisa cada vez más de una cierta especialización, el psicólogo que desee colaborar eficazmente dentro de una especialidad médica, está obligado a conocer de forma general las características de los problemas de salud que allí se atiendan, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, los aspectos epidemiológicos, los riesgos de todo tipo, las creencias populares de las enfermedades, las características de cada etapa de desarrollo normal y anormal en la infancia y alternativas de tratamiento con niños, entre otras. Una de las alternativas de especialización la proporciona el programa de Maestría en Psicología Profesional, específicamente la residencia en Psicoterapia Infantil.

En el presente trabajo se aborda un panorama acerca de la salud en México, así como las necesidades de atención psicológica en la población infantil y

alternativas de atención. Así como las actividades y conocimientos adquiridos durante la Residencia. Como parte de la experiencia profesional adquirida durante la formación, se presentará un caso clínico.

PANORAMA DE SALUD MENTAL INFANTIL EN  
MÉXICO

CRAYONS



Se ha considerado al psicólogo en el campo de la salud, debido a la naturaleza de su trabajo en los diferentes escenarios donde el cuidado de la salud es el objetivo de su trabajo y al psicodiagnóstico mediante la aplicación de pruebas psicométricas estandarizadas. Además, el avance en otras áreas de la psicología (de la psicofisiología y de la psicología experimental) han descubierto nuevas relaciones entre los procesos psicológicos y los procesos fisiológicos, logrando nuevas perspectivas de medición e intervención a relaciones psicofisiológicas observadas sólo en los laboratorios y tratadas de modo tangencial por los médicos. Este cambio ha permitido nuevos vínculos laborales entre los psicólogos y otros profesionistas de la salud, permitiendo una delimitación más clara de los campos de trabajo, la identificación de nuevos escenarios de intervención y la participación de los psicólogos como líderes de equipos multidisciplinarios de salud cuando así se requiere (Urbina y Rodríguez, 1993).

Estos hallazgos psicofisiológicos y de la psicología experimental permiten que los psicólogos realicen investigación aplicada para desarrollar nuevas técnicas de intervención directas para el tratamiento de diferentes tipos de padecimientos, lo que ha generado diferentes campos de investigación, logrando de esta forma que los psicólogos se desempeñen como profesionistas y como científicos. Desarrollando nuevas formas de atención y de procedimientos psicológicos destinados a la promoción, cuidado y mantenimiento de la salud, que se han aplicado a los tres niveles de atención, desde el nivel comunitario hasta el de la atención de pacientes que han sido desahuciados.

Este tipo de atención no se limita a ofrecer tratamientos colaterales de trastornos psicológicos resultantes del deterioro de la salud o de aquellos que puedan tener un efecto en la misma. Las aplicaciones de la tecnología psicológica han sido en lo relativo al desarrollo y aplicación de procedimientos preventivos, correctivos, rehabilitatorios y de apoyo (Rodríguez, 1989).

Este tipo de aplicación y desarrollo de la tecnología psicológica ha permitido que se defina la psicología de la salud como: "El conjunto de contribuciones de la disciplina psicológica en lo científico y profesional dirigidas a: la promoción y mantenimiento de la salud; la prevención y tratamiento de la enfermedad; la identificación de los correlatos etiológicos y de diagnóstico de la salud, de la enfermedad y de las disfunciones relacionadas; el análisis y mejoramiento de los sistemas de salud; y la formulación de políticas de salud" (American Psychological Association, 1981). Esta proposición esclarece las actividades del psicólogo de la salud, desarrollándose bajo el principio de que la salud es un estado general del organismo humano que puede ser prolongado de manera indefinida si se atiende tanto a la conducta de los individuos como a la cultura de sus sociedades.

Pero si existe el daño en la salud, el camino es el mismo; la identificación de los principios generales que regulan los estados de salud y enfermedad a través del comportamiento, para desarrollar procedimientos que modifiquen los procesos de enfermedad y promuevan la salud. Lo que nos indica que una diferencia básica se encuentra, no en los procedimientos mismos, sino en el "momento" en el continuo de la salud o de la enfermedad en que son aplicados los principios psicológicos reguladores. Esto determinará el nivel de atención, desde la prevención primaria (Rodríguez, 1988), hasta la atención en el tercer nivel, en donde los pacientes se encuentran en el período crítico de su enfermedad, cuando lo han superado y deben ser atendidos para que las secuelas no se acentúen, o para que puedan ser rehabilitados (Palacios, 1986; Rodríguez, Espinoza, Padua, Zaldivar y Hernández, en proceso).

Estas formas de aplicación juegan un papel importante en la identificación de los paradigmas que explican las relaciones entre los estilos del comportamiento y los estados de salud y enfermedad, y la identificación de los patrones de comportamiento (abierto y cubierto) que favorecen a tales estados. Por lo que es importante el desarrollo de escalas de medición que permitan hacer predicciones sobre el estado futuro de un individuo en términos de salud o enfermedad, si

continúan, se acentúan o modifican ciertos estilos de comportamiento característicos.

Aunque la intervención directa en la modificación de los patrones de comportamientos (inmunógenos y patogénicos) no necesariamente deben ser realizados por el psicólogo de la salud, ya que como profesional su tarea es supervisar la marcha de los programas que ha diseñado, y como científico la de generar conocimiento sobre los problemas de salud. En todo caso debe ubicarse en los niveles de diseño, conducción, supervisión y análisis de los efectos del o los programas diseñados expresamente, más que de su aplicación. El psicólogo diseña técnicas y procedimientos de intervención adecuados a las necesidades de las comunidades en las que trabaja, así como procedimientos de evaluación del impacto de las acciones del equipo de salud, planeando sus acciones (Rodríguez y Rojas, 1998).

Se ha considerado que la psicología de la salud es un área que permite la aplicación de los alcances metodológicos de otras áreas de la psicología y con esto una incidencia en la conducta particular de los individuos y de sus comunidades, para el cuidado, mantenimiento y promoción de la salud como un estilo de vida, planteando una alternativa diferente de la organización del comportamiento individual y colectivo al respecto. Esta incidencia debe hacerse después de conocer la cultura propia de la sociedad, que habrá de beneficiarse con la aplicación de algún programa de psicología de la salud, para establecer los objetivos a lograr ejerciendo un respeto profundo por dicha cultura. Sin embargo, el ámbito de la psicología de la salud no es solamente el comunitario, aquí es donde se puede ejercer la prevención.

La diferencia fundamental entre la psicología de la salud y el modelo médico o la atención psicológica convencional radica en que, desde esta perspectiva, se atiende a problemas que tradicionalmente han sido olvidados (considerados como índices de cronicidad y en algunos casos hasta de mejoría). En términos

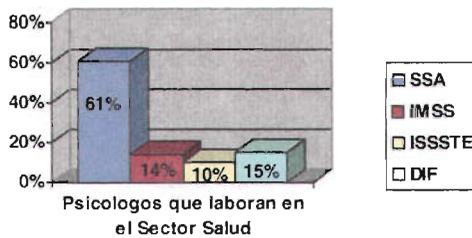
generales, se ha conceptualizado al especialista en psicología de la salud con dos tipos de habilidades: las del investigador y las del terapeuta y/o promotor de la comunidad, pues por un lado puede planear, diseñar y conducir una investigación específica sobre los aspectos básicos de la incidencia y prevalencia de una enfermedad o de algunos factores de riesgo en la comunidad, y por el otro dar servicio a la misma o a sus individuos para el control y/o prevención de las enfermedades y la promoción de la salud.

Aunque la participación fundamental es la prevención, por lo que su intervención requiere de la detección precoz de la incidencia y la prevalencia de los patrones conductuales que conducen a la enfermedad, cuando todavía no han dañado la salud de los individuos; al mismo tiempo se aplican los procedimientos de modificación de tales patógenos conductuales, lo que implica una intervención cognitivo-conductual para impedir el desarrollo de éstos y para que en su lugar se puedan establecer patrones de cognición y comportamiento que favorezcan la salud de los individuos.

Ramírez (1996) expone que el Sistema Nacional de Salud en nuestro país sigue teniendo como principal interés la atención medico-curativa, mostrando poca o ninguna atención en los aspectos de programación, diseño social, prevención y "calidad y calidez", particularmente en lo que respecta a la atención psicológica o al empleo de profesionistas que ayuden al cambio en el servicio médico. Por lo tanto, las funciones del psicólogo se han reducido a servir como auxiliar de otras profesiones, no otorgándole el rango de profesión, por lo que se dejan de aprovechar habilidades y conocimientos para el desarrollo de actividades de diagnóstico, intervención e investigación en numerosas ramas del sector (Urbina y Rodríguez, 1993).

En un estudio realizado por Urbina y Rodríguez (1993) en las instituciones de salud pública, se encontró que el número de psicólogos que laboran en el sector

salud es de 1546 aproximadamente, ubicándose el 61% en la Secretaría de Salud (SSA), el 14% en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el 10% en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el 15% en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) (estos datos se pueden apreciar en la siguiente tabla), siendo esta última institución la que más dirige el trabajo de los psicólogos al otorgamiento de servicios psicológicos personales (79%), seguida por el ISSSTE y por el IMSS (67 y 44%). En general el 18% de los psicólogos no efectúan labores que involucren ejercicio profesional, es decir, 430 psicólogos contratados no ejercen como tales en estas instituciones (Figura 1). La especialización de la que han egresado los psicólogos del sector es la clínica (88%) pero no resulta adecuado para la instrumentación de programas de salud novedosos y de mayor impacto. Rodríguez y Rojas, (1996) refieren que en México hay alrededor de 2000 psicólogos trabajando en la prestación de servicios de salud, para una población mayor a 90 millones de habitantes.



En México durante los últimos 50 años, la alternativa para la atención de la población infantil fueron los psicólogos, psiquiatras, paidopsiquiatras y peditras han realizado una labor muy importante en la atención al niño y al adolescente abriendo campos clínicos en la Secretaría de Salud, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en los Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal, en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y en la iniciativa privada (Secretaría de Salud, 2002).

Dentro de la Secretaría de Salud (2002), la capacidad instalada para la atención psiquiátrica y psicológica del menor no cubre todas las necesidades. De los 28 hospitales Psiquiátricos sólo 16 unidades cuentan con consulta externa para niños y adolescentes, y en el Distrito Federal los 3 Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM) y el Centro Integral de Salud Mental (CISAME) tienen servicio de paidopsiquiatría.

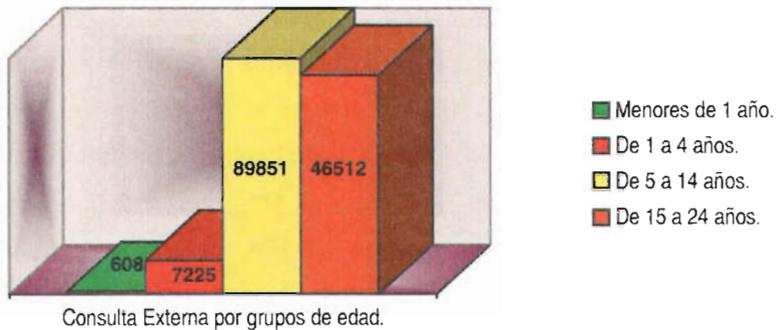
El Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, creado en 1966, es por su categoría el único hospital público de tercer nivel para población abierta que atiende a menores con trastornos mentales y del comportamiento en hospitalización y consulta externa. Anualmente se atienden alrededor de 4,000 consultas de primera vez, 40,000 consultas subsecuentes y 130,000 intervenciones terapéuticas. La atención es integral, ya que cuenta con otros servicios médicos y terapéuticos trabajando con un modelo de tratamiento inter y multidisciplinario. Es sede clínica de diversos cursos sobre desarrollo infantil y psiquiatría infantil y tiene una División de Investigación Clínica con expertos que se dan a la labor de aportar conocimientos en el área (Secretaría de Salud, 2002).

Complementariamente se tienen datos nacionales de los hospitales psiquiátricos de la Secretaría de Salud (2002), que reportan la consulta externa por grupos de edad en estas unidades operativas durante el año de 1998 (Figura 2).

Figura 2

CONSULTA EXTERNA POR GRUPOS DE EDAD EN HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS

CONSULTA EXTERNA EN LOS HOSPITALES  
PSIQUIÁTRICOS DE LA SSA, EN 1998.



Fuente: Boletín de información estadística de la Coordinación de Salud Mental, SSA, Anuario Estadístico 1998.

En la gráfica anterior, se observa que en 1998, el grupo de 5 a 14 años representa la mayor demanda en consulta externa con 89,851 consultas.

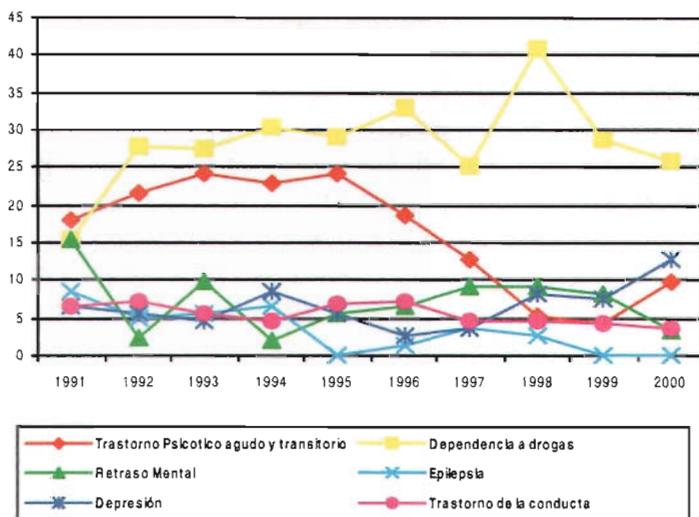
Los trastornos de conducta, de adaptación, de aprendizaje y emocionales son más frecuentes que los trastornos generalizados del desarrollo o los debidos a lesión o disfunción cerebral, o a enfermedades somáticas. El retardo mental requiere de mayores recursos para su atención.

Se presenta a continuación la prevalencia que han registrado los trastornos mentales y del comportamiento a lo largo de la última década en el área de hospitalización del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro (Secretaría de Salud, 2000). De antemano, no se considera esta institución como una muestra representativa de la atención médico-psiquiátrica que se proporciona en México; sin embargo, se trata del único hospital psiquiátrico infantil público en nuestro país,

en el que se concentra la atención especializada en salud mental de la mayoría de la población de 0 a 18 años (Figura 3).

Figura 3

PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN POBLACIÓN DE 0 A 18 AÑOS EN LA ÚLTIMA DÉCADA EN EL "HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "DR. JUAN N. NAVARRO"



Fuente: Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", SSA, 2000

La prevalencia de la dependencia a las drogas ubica a este padecimiento como la principal causa de internamiento psiquiátrico en adolescentes. Se encontró que el trastorno depresivo aumenta y asciende al segundo lugar, mientras que el trastorno psicótico agudo y transitorio ocupa el tercer lugar. Como se puede observar, la presencia de enfermedades mentales en la consulta externa y en la hospitalización difiere.

Estudios nacionales recientes revelan que la prevalencia de trastornos psiquiátricos infantiles está entre un 14 a 20%, un porcentaje importante, el 7% son casos que requieren atención especializada por la severidad que presentan, sin embargo, otros estudios han reportado que se detecta un porcentaje mucho menor por parte del personal de primer contacto. No existen la capacitación

profesional suficiente para el personal de salud y educativo, ni la información necesaria para los padres con respecto a la detección de probables padecimientos mentales y del comportamiento en los niños y adolescentes (Secretaría de Salud, 2000).

El tratamiento que se brinde al menor debe ser balanceado, es fundamental para casos severos la atención inter y multidisciplinaria y diseñar un programa terapéutico integral, donde la administración de los fármacos no se prolongue por un tiempo innecesario.

Como podemos observar las alternativas de atención emocional al menor son reducidas, en cuanto a instituciones especializadas. El psicólogo que trabaja con niños tiene como compromiso el capacitarse y mantenerse al día en los avances del campo del diagnóstico de problemas emocionales permiten actualmente el uso de procedimientos de evaluación innovadores, siendo uno de los más completos el enfoque de la evaluación múltiple (Sattler, 1996), que permite la recolección de un cúmulo de datos concernientes al niño dentro de diferentes ámbitos: escuela, familia y comunidad. Este enfoque permite evaluar al niño como un todo, considerando variables biológicas, cognoscitivas, emocionales, sociales e interpersonales que afectan la conducta del niño. Los resultados de este tipo de evaluación deben tomarse en cuenta antes de tomar cualquier decisión o recomendación diagnóstica, indispensable para establecer un tratamiento pertinente y oportuno.

En los últimos años ha tenido un apogeo el tratamiento de trastornos emocionales empleando la terapia de juego (O'Connor y Ammen, 1997; Oaklander, 1992; y Gil y Sobol, 2000). Tenemos que esta técnica de psicoterapia de juego se ha usado con este fin desde los años 20's, cuando Anna Freud (1926/1946, citado por Castillejo y De Alba, 1985) utilizó juegos y juguetes como una manera de construir una interrelación con sus pacientes niños y utilizó el juego infantil como base para

la interpretación de los conflictos de los niños. David Levy (1938, citado por Castillejo y De Alba, 1985) ayudaba a los niños a actualizar eventos traumáticos mediante un formato de juego estructurado y Frederik Allen (1942), Claude Moustakas (1959, citados por Castillejo y De Alba, 1985) y Virginia Axline (1997), enfatizaron el poder de la relación terapéutica en conjunción con el proceso natural de crecimiento de los niños como la llave para ayudar al niño en su individuación y desarrollo de autoestima básica. Estas metas se logran en una psicoterapia de juego no directiva que se da mediante el reconocimiento de los sentimientos del niño que se expresan a través del juego junto con la creencia terapéutica sobre la fortaleza y potencial de crecimiento emocional del niño (Castillejo y De Alba, 1985).

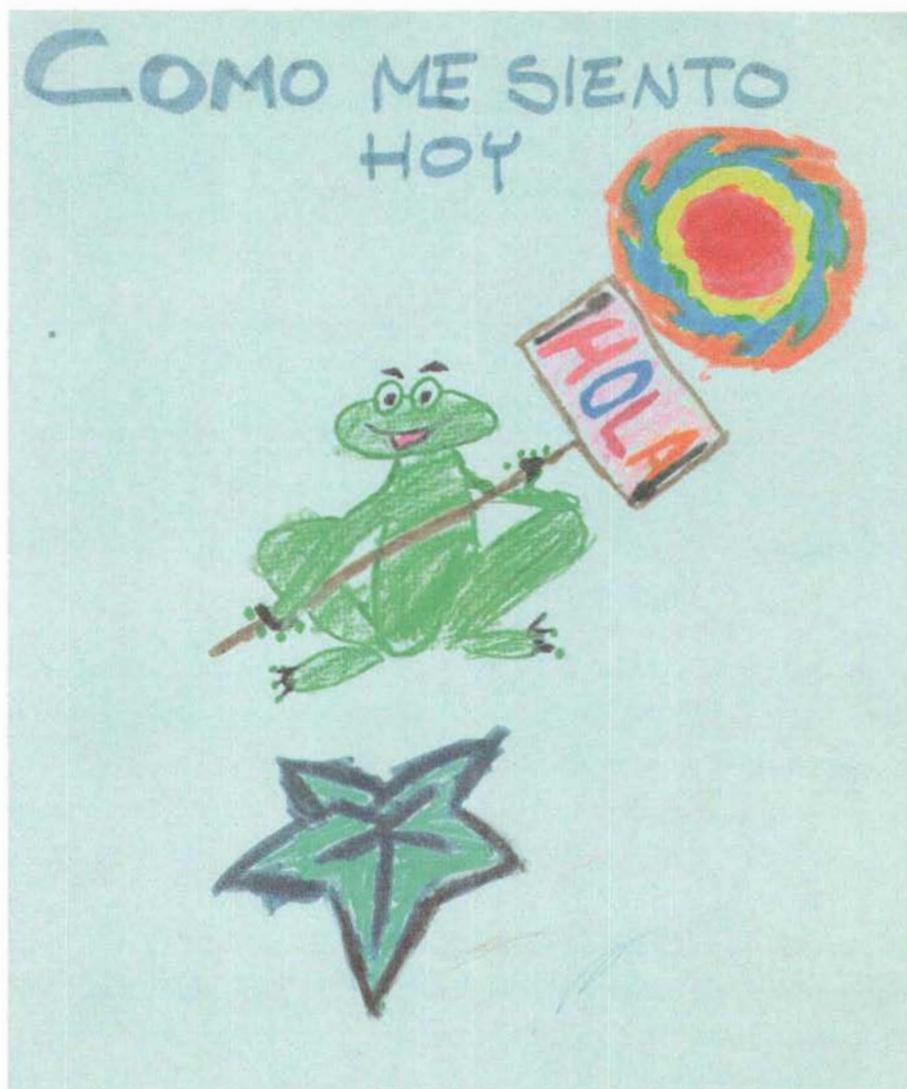
Actualmente se trabaja con una modalidad terapéutica humanista, orientada hacia un proceso que se interesa en el funcionamiento saludable del organismo en su totalidad – sentidos, cuerpo, emociones e intelecto-. En este modelo se utilizan muchas técnicas creativas, expresivas y proyectivas en el proceso terapéutico para ayudar al niño a expresar sus emociones, fortalecer su desarrollo emocional e integrar experiencias de vida (Oaklander, 1992). Por otro lado se trabaja con los niños y su familia con una modalidad de terapia de juego familiar para facilitar la comunicación y la interacción entre los miembros de la familia principalmente los niños muy pequeños dentro de un proceso terapéutico que incluye diversas técnicas de juego y la utilización de videotapes (Gil y Sobol, 2000). Dentro de un modelo de psicoterapia interaccionista se revisan las diferentes técnicas actuales de psicoterapia de juego que han demostrado su efectividad en el tratamiento de los problemas emocionales (Kriz, 1990; Feixas y Miró, 1993).

A demás las técnicas de la psicoterapia de juego se pueden utilizar de manera tanto individual como grupal, lo que permite avances importantes en el manejo de los problemas emocionales y en la socialización, además de que es posible atender en menos tiempo a un mayor número de niños e incorporar a sus familias. La Psicoterapia Infantil se aboca principalmente, a la identificación y al diagnóstico

acertado y oportuno de los trastornos que alteran el desarrollo emocional de los niños, para intervenir oportuna y eficazmente con un tratamiento psicoterapéutico adecuado a la problemática detectada (Barlow y Durand, 1999).

Dadas las aportaciones de la psicoterapia de juego en la atención psicológica del menor, han surgido opciones de formación y especialización en este campo de estudio. Una de estas es la Residencia en Psicoterapia Infantil en donde se brinda la oportunidad de trabajar directamente en las Instituciones de salud públicas que sirven como sede de la práctica clínica supervisada de las actividades de evaluación, diagnóstico y tratamiento de diversas problemáticas psicológicas presentadas en los niños. Las sedes que fueron escenario de las actividades realizadas dentro de la residencia fueron: Hospital Psiquiátrico Infantil "J. N. Navarro", Instituto de Comunicación Humana y Hospital General de México. Las actividades y experiencias obtenidas serán descritas en el siguiente capítulo.

## Reporte del Ejercicio de la Experiencia Profesional



El objetivo general del Programa de Residencia en Psicoterapia Infantil es formar terapeutas que tengan las habilidades necesarias para el manejo de técnicas de evaluación para poder establecer un diagnóstico y así poder brindar un tratamiento psicoterapéutico adecuado, a través de la Terapia de Juego. Así mismo se plantea que el egresado contará con los conocimientos, competencias y deberá conservar una actitud ética para identificar, solucionar, evaluar e investigar problemas en la población infantil. (Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, 2002)

El plan de estudios del Programa de Maestría en Psicología Profesional es mixto, ya que consiste en una combinación de cursos formales escolarizados y actividades de enseñanza práctica supervisada. De acuerdo a los que establece dicho Programa, los cursos formales escolarizados están organizados en tres ejes temáticos, que se impartieron en el curso en cuatro semestres escolares (ver cuadro 1). Las actividades de enseñanza teórico-práctico de la Residencia en Psicoterapia Infantil, se llevaron a cabo en Instituciones de Salud como son el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", el Instituto de la Comunicación Humana y el Hospital General de México O.D.. La organización de las actividades académicas y el número de créditos asignados para cada actividad corresponden a lo determinado en el plan de estudios del Programa de Maestría: 145 créditos de los cuales 42 se cubren en tronco teórico metodológico y 103 son las actividades de la residencia, teniendo una suma de horas acumuladas en la residencia de 1656.

Cuadro 1

<p><b>Eje I</b> <b>Clasificación de los Trastornos Infantiles.</b></p>	<p>Tiene que ver con el desarrollo normal y anormal. En este eje se revisan los problemas emocionales más frecuentes en los niños y alteraciones psicopatológicas que se presentan. Así</p>
--	---

como el desarrollo normal del menor que va desde el nacimiento a los 14 años, lo cual permite detectar dichas alteraciones.

**Eje II**  
**Evaluación y diagnóstico de los**  
**trastornos emocionales**  
**infantiles.**

Se proporcionan herramientas adicionales a las adquiridas en la licenciatura, como sería la sesión diagnóstica en donde se emplea el juego, además que se revisa de una manera más profunda y de acuerdo a los fundamentos teóricos adquiridos se elaboraron las valoraciones de los menores, lo cual sirvió de sustento para llegar a un diagnóstico adecuado.

**Eje III**  
**Tratamientos e intervención**  
**psicoterapéutica de los**  
**trastornos emocionales**  
**infantiles.**

El tener un enfoque integrativo, permitió conocer diversos fundamentos teóricos y técnicas (Psicoanálisis, Gestalt, Cognitivo-conductual, Sistémico, Filial, Centrada en el niño, entre otras), para ser empleadas en el tratamiento con el menor, durante las sesiones de Terapia de Juego.

En los primeros dos semestres se tuvieron como sedes el Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" y el Instituto de Comunicación Humana, en donde se tuvo más énfasis en los ejes I y II, que corresponden a clasificación de trastornos, evaluación y diagnóstico. En cuanto al tratamiento sólo se observaba como era impartido por los psicoterapeutas que laboraban en la institución.

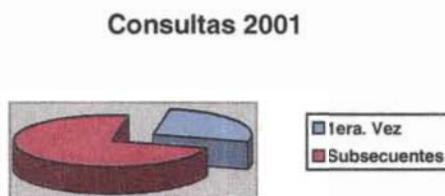
En cuanto al tercer y cuarto semestre, la sede fue el Hospital General de México, O.D., el cual pertenece a la Secretaría de Salubridad. Es aquí en donde convergen los tres ejes, debido a que con los conocimientos adquiridos se empiezan a hacer intervenciones, a demás de la evolución y diagnóstico.

## **Reporte de Actividades Realizadas en Sedes**

### **Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”**

Esta institución fue fundada el 24 de octubre de 1966. Es por su categoría el único hospital público de tercer nivel para población abierta que atiende a menores con trastornos mentales y del comportamiento en hospitalización y consulta externa. Anualmente se atienden alrededor de 12, 000 consultas de primera vez y 33,000 consultas subsecuentes (Figura 4). La atención es integral, ya que cuenta con otros servicios médicos y terapéuticos trabajando con un modelo de tratamiento inter y multidisciplinario. Es sede clínica de diversos cursos sobre desarrollo infantil y psiquiatría infantil y tiene una División de Investigación Clínica.

Figura 4



De acuerdo al tipo de psicopatología del menor, es canalizado a una de las diferentes clínicas que existen. La función del psicólogo va del psicodiagnóstico al tratamiento a través de diversas técnicas y enfoques terapéuticos. Se realizan cuatro tipos diferentes de valoraciones: de inteligencia, proyectivas, de desarrollo y

estudios completos. Estos son requeridos por los paidopsiquiatras ya que estos le son útiles para un diagnóstico diferencial.

Durante el primer semestre de la residencia se rotó por un periodo de tres meses, en donde se observaron entrevistas, aplicación de pruebas (proyectivas, psicométricas y de desarrollo) y las distintas técnicas terapéuticas utilizadas por los psicólogos, que emplean en los niños. La rotación por este centro hospitalario fue la siguiente:

- ✓ Rehabilitación psicosocial
- ✓ Clínica de las emociones
- ✓ Clínica de la conducta
- ✓ Clínica del desarrollo

En cada una de las clínicas se elaboró un registro de los pacientes que se atendían y se entregaron reportes detallados de los pacientes, los cuales incluían marco teórico, historia clínica, pruebas aplicadas, descripción de la patología de acuerdo al DSM IV y otras obras de consulta. Lo cual permitió conocer diferentes psicopatologías, su etiología, pronóstico, diagnóstico y valoración. En este aspecto se cubrieron los ejes I y II del programa, lo cual permitió integrar el conocimiento de los trastornos emocionales y psicopatologías con el tipo de evaluación y su diagnóstico.

La observación de las diferentes técnicas de tratamiento (eje III del programa), permitió conocer las diversas formas que hay para atender un problema de índole emocional, los enfoques que se observaron fueron: cognitivo-conductual y psicoanalítico.

## **Instituto de Comunicación Humana**

Es una institución de tercer nivel, debido a que se especializa en la atención de problemas de aprendizaje, lenguaje, audición, voz y habla. Se encarga de prevenir, diagnosticar, brindar tratamiento y rehabilitación, por medio de un equipo multidisciplinario.

El psicólogo pertenece al área de auxiliar de diagnóstico, en donde su función es la de evaluar, diagnosticar y dar tratamiento. Tienen un área en la cual se brinda Terapia de Juego grupal y en otro espacio, se trabaja simultáneamente con los padres acerca de la problemática que presentan sus hijos.

Durante el primer semestre y el segundo se rotó por esta institución, en donde primeramente se conocieron los distintos servicios que da a los pacientes, se observaron las sesiones de Terapia de juego grupal y grupo de padres. Posteriormente se trabajó en conjunto con las Terapistas de lenguaje, quienes nos canalizaron a los menores que requerían atención psicológica. La valoración de los menores en esta institución consistió las siguientes pruebas:

- a) de Inteligencia,
- b) proyectivas,
- c) visomotrices y
- d) de desarrollo.

Una vez que se integraron y elaboraron los informes, hubo devolución de datos a los padres y sugerencias para el manejo general del menor. Así como la detección de niños que requerían manejo psicoterapéutico. La entrevista al menor, fue a través de sesiones de juego, las cuales fueron observadas en la Cámara de Gesell y posteriormente se procedía a la discusión del caso.

El apoyo psicoterapéutico es de gran importancia, tanto para los problemas originados en el área afectiva, como para las complicaciones surgidas en la autoestima del paciente, que se ha visto lastimada por el fracaso escolar. Como se puede observar, se tuvo una integración de los tres ejes temáticos, los cuales fueron desde la evaluación, diagnóstico y tratamiento psicoterapéutico, en donde se tuvo la asesoría de la tutora académica.

### **Hospital General de México**

Es una institución centenaria de tercer nivel, la cual atiende a una población de escasos recursos y que no cuentan con un servicio de salud. Para poder tener acceso a consulta de primera vez es necesario sacar una ficha, en ocasiones tienen que hacer fila desde las 6:30 a.m., en caso de ser paciente subsecuente, el personal de archivo clínico es quien proporciona las citas.

El Servicio de Pediatría, es una Unidad que cuenta con consulta externa e interna (100 camas), los menores que asisten a consulta van desde neonatos hasta los 17 años. Son atendidos por diversas enfermedades, patologías y seguimiento neonatal. Para la atención de esta población se cuenta con médicos especialistas y subespecialistas de base, así como médicos residentes. Se proporciona el servicio de Urgencias, ortodoncia, laboratorio y radiográfico, con esto se evita que los menores internados salgan de la Unidad, a menos que sea necesario para algún estudio más específico como podría ser una resonancia magnética o tomografía computarizada.

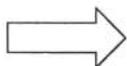
También se brinda atención psicológica principalmente en el área de consulta externa, en donde se aplican generalmente estudios psicómétricos (pruebas de inteligencia, proyectivas y escala de desarrollo), requeridos por lo médicos para poder tener diagnósticos diferenciales, ya que frecuentemente envían interconsultas por problemas de conducta y de aprendizaje. Pero en lo referente a consulta interna, los médicos envían interconsultas, debido a que los menores

presentan trastornos en el estado de ánimo y no cooperan con su tratamiento. Cabe mencionar que el servicio únicamente contaba con dos psicólogas y una de ellas pidió su cambio a otra unidad.

Durante el tercer y cuarto semestre de la residencia se trabajó con la población de consulta interna principalmente en el área de hemato-oncología, esto es porque los menores que son atendidos en esta área, se encuentran frecuentemente ante la incertidumbre de cómo evolucionará su enfermedad, ya que es impredecible, podrán estar un par de días o semanas hospitalizados. Se encuentran temerosos ante esta nueva situación debido a que sus padres o familiares cercanos, generalmente no pueden estar con ellos todo el tiempo y tienen que adaptarse al horario de visita, así como a nuevos procedimientos que les causan miedo, como sería el hecho de ser canalizados y que si mueven el brazo tendrían que recibir otro piquete. El tener que estar confinados en una cama en donde se pierde toda privacidad, al estar expuesto aún en las necesidades básicas (orinar y defecar en un cómodo), en una sala en donde hay más niños. Algunos médicos llegan y los revisan, pero no les explican que les están haciendo o cómo van evolucionando con su tratamiento, aunque hay ocasiones que sí se los dicen y les explican, en otras el médico le comenta al menor que probablemente fallezca.

Ante esta perspectiva se hace inminente la atención psicológica para los menores que se encuentran internados. Durante la residencia se trabajaron los aspectos de adaptación al medio hospitalario, donde también se empleó el juego como sesión diagnóstica, debido a que se tiene una incertidumbre de cuanto tiempo estará internado.

***Adaptación  
al medio  
hospitalario***



Bienvenida Que el menor pueda estar tranquilo de que está hospitalizado con el objetivo de sentirse mejor y no por un castigo. (Exploración de fantasías en torno al padecimiento y la hospitalización, explicación de los procedimientos médicos)

Identificación y expresión de emociones. Que se adapte a la rutina hospitalaria

Preparación para el alta y próximas hospitalizaciones

Las sesiones Terapia de juego y técnicas psicoterapéuticas (narrativa, juego libre, fantasía guiada, entre otras), fueron hechas directamente en la cama del menor, debido a sus características, ya que en la mayoría de las veces no se pueden parar a causa del tratamiento recibido o por la baja de plaquetas. Cuando se hacía entrevista o intervención con padres, no se contaba con un lugar, por lo que se terminaba en el pasillo, en la sala de juntas o en el jardín.

Durante la estancia en esta institución se contó con la tutoría académica de la residencia, en el hospital ya había mencionado que había dos psicólogas, bien la otra es la autora y por lo tanto no se tuvo asesoría en el área de pediatría. Lo enriquecedor es que se empezó a valorar el trabajo del psicólogo en la zona de hospitalización, en un principio durante las intervenciones era continuamente interrumpida por el personal de enfermería, ya que era necesario tomarles la temperatura, verificar que habían comido o si habían evacuado, que les dieran un medicamento o que les hicieran un procedimiento. Posteriormente cuando veían que estaba trabajando con un menor, regresaban después para que continuara con su sesión, en otras me comentaban que si les permitía un momento para

algún procedimiento. Al igual con el personal médico, en ocasiones interrumpían la sesión sin previo aviso, pero se les fue sensibilizando en la importancia de tener una intervención sin interrupciones.

Fue gratificante que conforme iba pasando el tiempo de la residencia, las enfermeras y médicos, identificaban y referían qué niños habían detectado para que tuvieran una intervención psicoterapéutica, además que reportaban los cambios en su estado de ánimo y mejor adaptación a su tratamiento.

Una de las fuentes de información además de los familiares de los niños, fue la revisión de expedientes clínicos, en donde se podía obtener información acerca de la evolución médica, de los estudios realizados o a los que sería sometido, con estos datos se podía preparar al menor y que su angustia disminuyera al explicarle a qué procedimientos médicos sería expuesto.

También se me requirió para la valoración de médicos aspirantes a la especialización médica en pediatría, en donde se les aplicaron pruebas y una entrevista, se integraron los respectivos informes. Fue gratificante el hecho que la valoración psicológica elaborada, fuera una herramienta para la aceptación de los aspirantes a la residencia, así como estar en la entrevista con los médicos, formar parte del comité de selección, es decir formar parte del todo el proceso.

Aunada a la experiencia previa de dos años de laborar en este hospital y dos más de la residencia, pude darme cuenta de la gran necesidad de tener alternativas de tratamiento para los niños que acuden a esta institución y no solamente estar aun nivel de diagnóstico. Con las herramientas adquiridas y los fundamentos teóricos, se podrá comenzar a trabajar de una forma más integral, desde la prevención, valoración, diagnóstico y tratamiento. No solamente para la población infantil que acude a consulta externa, sino también con los que se encuentran hospitalizados, con lo cual se cumple con los objetivos y los tres ejes.

Durante la estancia en esta sede se trabajó más dentro del eje III que corresponde a tratamiento e intervención psicoterapéutica, en donde se tomaron en cuenta las necesidades emocionales del menor hospitalizado, el tipo de enfermedad que padecía, tiempo de hospitalización. Todo esto para elaborar un plan de tratamiento a seguir, en donde las sesiones en su mayoría serían individuales, de acuerdo a las necesidades del menor en ocasiones se hacían las sesiones con dos pacientes. El plan podía ir variando de acuerdo a las necesidades individuales. En la siguiente tabla (1), se presenta el número de niños atendidos en el hospital, sesiones, así como la problemática presentada, temática presentada y técnicas utilizadas.

Tabla 1

NIÑOS HOSPITALIZADOS EN EL AREA DE HEMATO-ONCOLOGIA

No	SEXO	EDAD	DIAGNOSTICO	No. SESIONES	PROBLEMÁTICA PRESENTADA	TEMATICA TRABAJADA Y TECNICAS EMPLEADAS
1	M	6 años	Leucemia Linfooblástica Aguda †	7	Que su madre lo deje en el hospital (de hecho falleció por una insuficiencia renal). Enojo y tristeza por no estar en casa. Pérdida del control ante la baja de plaquetas, no podía bajar de la cama. Siente rechazo por parte de su padre.	Adaptación al medio hospitalario, manejo de emociones y duelo por la madre fallecida. Técnicas empleadas: Juego libre, narrativa y dibujo libre
2	F	12 años	Síndrome anémico descompensado anemia megaloblástica en estudio, trombocitopenia sin fenómeno hemorrágico.	1	Siente temor por que están tramitando su alta voluntaria, debido a que será trasladada a otra institución y por esta razón refiere que está contenta. Se siente insegura y con miedo ya que no sabe qué le van a hacer.	Terapia de apoyo para traslado
3	M	15 años	Osteosarcoma en miembro pélvico izquierdo	9	Tiene hipoacusia profunda y no puede hablar. Se siente aislado y se encuentra apático.	Adaptación al medio hospitalario y manejo de emociones Técnicas empleadas: Lenguaje signado y juego libre.

4	F	7 años	Púrpura de Henoch Schönlein y Sx doloroso abdominal	10	La falta de control que tiene sobre su cuerpo y de creer que se pueden reemplazar los órganos de su cuerpo con otros, por ejemplo su intestino por el de un gato. Enojo por no poder pararse y que su papá no la ha ido a visitar. Desconoce qué enfermedad tiene.	Adaptación al medio hospitalario y manejo de emociones. Metas a corto plazo y mediano Técnicas empleadas: Juego libre, narrativa y dibujo libre.
5	F	14 años	Anemia Aplásica	3	Está triste por no estar cerca de su casa, ya que ella vive en el Edo. de Guerrero, extraña a su mamá y hermanos. Todavía no sabe que diagnóstico tiene.	Adaptación al medio hospitalario y manejo de emociones Técnica empleada: Narrativa
6	F	5 años	Beta talasemia	7	Se encuentra deprimida y su estado emocional es de aplanamiento afectivo. Dice que cuando se siente mal, la llevan al hospital.	Adaptación al medio hospitalario. Técnicas empleadas: Narrativa, juego libre y dibujo.
7	F	12 años	Leucemia Linfoblástica Aguda	7	Tristeza y enojo ante la hospitalización, ya que no le es permitido levantarse de la cama. Además que solamente puede estar su mamá por las tardes. Sabe el nombre de la enfermedad que padece.	Adaptación al medio hospitalario y manejo de emociones Técnicas empleadas: Narrativa, dibujo y juego libre.
8	M	3 años	Ependimoma Anaplasico †	3	Se encuentra con aplanamiento afectivo y se dificulta entenderlo por que habla con monosílabos	Adaptación al medio hospitalario y manejo de emociones Técnica empleada: Narrativa

9	M	12 años	Hemofilia tipo B y presenta hemartrosis en rodilla izquierda de grado 1	6	Presenta aplanamiento afectivo, casi no habla, está preocupado por su pierna. No le gusta estar acostado y desea regresar a casa.	Adaptación al medio hospitalario, manejo de emociones y preparación para el alta. Técnicas empleadas: Juego libre y narrativa
10	F	15 años	Osteosarcoma MPI (pierna izquierda, la cual le fue amputada)	13	Se siente frustrada porque ingresó a 2° de secundaria y quiere continuar estudiando, pero falta mucho por la aplicación de quimioterapia, además de las recaídas. Es un sentimiento ambivalente ya que está contenta porque recibe el tratamiento y por el otro lado no le gusta ingresar tan seguido al hospital.	Adaptación al medio hospitalario, manejo de emociones, metas a corto, mediano y largo plazo. Preparación para el alta Técnicas empleadas: Juego libre y narrativa.
11	F	6 años	Leucemia Linfoblástica Aguda tipo L2 †	13	Se encuentra enojada debido a que no puede correr y a que no tiene apetito y su madre la obliga a comer. No quiere estar en el hospital, ya que ha tenido recaídas constantes y tiene que permanecer en la cama.	Adaptación al medio hospitalario, manejo de emociones, contención y duelo. Técnicas empleadas: Dibujo, relajación, juego libre y narrativa.
12	M	7 años	Linfoma no Hodgkin linfoblástico en fase de inducción a la remisión	2	Menciona que ya ha estado varias veces en el hospital y que conoce a los médicos y enfermeras. Que desea salir pronto y que pueda estar en casa.	Adaptación al medio hospitalario y manejo de emociones Técnica empleadas: Juego libre y narrativa

13	F	9 años	Leucemia Aguda Mieloblástica M1	11	Se encuentra enojada y triste, debido a que no puede jugar como antes lo hacía con sus amigos y además tiene que estar regresando al hospital por su tratamiento.	Adaptación al medio hospitalario, manejo de emociones y preparación para el alta. Técnicas empleadas: Juego libre, fantasía guiada, dibujo y narrativa
14	M	7 años	Leucemia Linfoblástica L2 †	14	Se sentía con miedo, ya que no sabía que tenía y no le explicaban los procedimientos. También se estaba triste y enojado, ya que no podía pararse, además que tenía que regresar al hospital, continuamente.	Adaptación al medio hospitalario, manejo de emociones, preparación para el alta, socialización en sala. Técnicas empleadas: dibujo, narrativa, fantasía guiada y juego libre.
15	M	7 años	Púrpura de Henosch Schonlein	1	Se encuentra temeroso debido a que este es su primer internamiento y su mamá no puede estar todo el tiempo con él.	Adaptación al medio hospitalario y manejo de emociones Técnica empleada: Narrativa
16	F	4 años	Púrpura trombocitopénica	1	Desconoce el porque sus papás no pueden estar con ella y el porque se va a quedar en el hospital. Se siente triste, ya que sus papás no estarán con ella en la noche.	Adaptación al medio hospitalario y manejo de emociones Técnica empleada: Narrativa.
17	M	4 años	Leucemia Linfoblástica	11	Se encuentra triste debido a que ve a su mamá llorar, no sabe que es lo que le sucede, está enojado porque no se puede ir y a demás no lo dejan bajar de su cama. Cuando regresa a casa le pega a sus hermanos.	Adaptación al medio hospitalario, manejo de emociones y preparación para el alta. Técnicas empleadas: Dibujo, juego libre, narrativa y fantasía guiada.

18	F	15 años	Insuficiencia medular	5	Conoce que enfermedad tiene, pero le desespera el hecho de estar reingresando al hospital por recaídas. No le gustan los procedimientos hospitalarios. Le gustaría ser una tortuga para poder dormir y despertarse cuando esté bien.	Adaptación al medio hospitalario, manejo de emociones, elaboración de metas a corto plazo. Preparación para el alta. Técnicas empleadas: Dibujo y narrativa
19	F	3 años	Linfoma no Hodgkin, enfermedad de Castleman	1	Está contenta porque la van a dar de alta, ya que solamente estuvo dos días, debido a que le pusieron un catéter.	Preparación para el alta Técnica empleada: Juego libre
20	M	10 años	Leucemia Linfoblástica Aguda L2	9	Está triste y enojado debido a que no puede jugar como antes lo hacía, además que se encuentra lejos de casa. No le gustan los procedimientos a los que es sometido y el sabor de los medicamentos.	Adaptación al medio hospitalario, manejo de emociones, elaboración de metas a corto y mediano plazo. Preparación para el alta. Técnicas empleadas: Juego libre, narrativa, dibujo, fantasía guiada y relajación.
21	M	7 años	Anemia aplásica †	3	Se encuentra triste debido a que está en aislamiento y no puede convivir con otros niños. Se pone ansioso cuando no le explican que procedimiento van a realizar.	Adaptación al medio hospitalario y manejo de emociones Técnica empleada: Narrativa
22	F	12 años	Osteosarcoma, desarticulación de miembro pélvico derecho	1	Está contenta porque ingresó a la secundaria, únicamente comenta que tiene que subir tres pisos. Ingresó por quimioterapia	Terapia de apoyo.

23	F	15 años	Sarcoma Granulocitoco, sx de compresión medular al nivel T8	7	Su estado emocional es de tristeza, debido a que le dieron la noticia de que no va a poder caminar nuevamente. A demás de estar con los sentimientos ambivalentes de tristeza y enojo, debido a que su madre falleció hace 2 años de SIDA y su padre está internado por la misma enfermedad, la comunicación que mantienen es por cartas.	Adaptación al medio hospitalario, manejo de emociones, trabajo con el duelo y aceptación. Técnicas empleadas: Narrativa, fantasía guiada y relajación.
24	M	10 años	Hemofilia tipo B y presenta hemartrosis en rodilla izquierda de grado 1	8	Menciona que únicamente se siente enfermo cuando lo tienen que hospitalizar, además que se compara con un animal, debido a que no le explican que es lo que padece. Comenta que en el hospital se encuentra solo, ya que sus padres no pueden estar con él	Adaptación al medio hospitalario, manejo de emociones y preparación para el alta Técnicas empleadas: Juego libre, dibujo, narrativa y fantasía guiada.
25	M	16 años	Celulitis pedi orbitaria derecha	1	Únicamente está un día hospitalizado para valoración y tratamiento de la infección de la infección de su ojo. En su estado anímico se encuentra contento, debido a que su cáncer está remitido.	Terapia de apoyo y metas a corto plazo.
26	M	2 años	Tumor testicular derecho del saco vitelino	5	La madre es quien le ayuda a terminar las frases. No quiere estar en el hospital, ya que su mamá se tiene que ir y no puede ver a su abuelo	Adaptación al medio hospitalario, manejo de emociones y preparación para el alta. Técnicas empleadas: Narrativa y dibujo.

27	M	11 años	Leucemia Linfoblástica Aguda tipo L2	5	Le disgusta estar en cama y no poder pararse, le desagrada tomar los medicamentos.	Adaptación al medio hospitalario, manejo de emociones, y preparación para el alta. Técnicas empleadas: Juego libre y narrativa
28	F	6 años	Anemia hemolítica	3	Estaba contenta porque solamente iba por un par de días y la darían de alta, pero le dio varicela y fue trasladada a otra sala.	Adaptación al medio hospitalario, manejo de emociones y preparación para el alta. Técnicas empleadas: Juego libre y narrativa
29	M	6 años	Hemofilia tipo A	4	Se encuentra contento porque lo darán de alta y va a ingresar a primaria.	Preparación para el alta y manejo de emociones Técnicas empleadas: Juego libre, narrativa y dibujo
30	F	15 años	Leucemia Linfoblástica Aguda L2	12	Está triste y a la vez enojada por no saber su diagnóstico, además de estar lejos de casa. Vive en el Estado de Guerrero. No le agradan los procedimientos que es sometida y que no le explican	Adaptación al medio hospitalario, manejo de emociones, metas a corto y mediano plazo. Preparación para el alta. Técnicas empleadas: Juego libre, narrativa, dibujo, fantasía guiada y relajación
31	M	14 años	Sarcoma sinovial monofásico de pie izquierdo	5	Se encuentra ansioso y con miedo, debido a que lo van a operar para quitarle el tumor, él cree que quedará deformado su pie.	Adaptación al medio hospitalario, manejo de emociones y fantasías en torno a su operación. Técnicas empleadas: Narrativa y entrevista.

32	F	10 años	Astrocitoma	1	Se encuentra triste porque le van a poner quimioterapia y no sabe cuanto tiempo se va a quedar.	Adaptación al medio hospitalario y manejo de emociones Técnica empleada: Narrativa
33	F	11 años	Síndrome mieloproliferativo	5	Se sentía triste y enojada porque no le explicaron a que iba al hospital.	Adaptación al medio hospitalario Técnica empleada: Narrativa y fantasía guiada
34	M	15 años	Leucemia Linfoblástica	7	Está triste, debido a que desconoce su diagnóstico y que sus familiares no lo pueden visitar. A demás no le gusta estar solamente acostado.	Adaptación al medio hospitalario, manejo de emociones y preparación para el alta. Técnicas empleadas: Juego libre y narrativa
35	M	14 años	Osteosarcoma en la T6 y T7 con fijación vertebral y resección parcial	6	Se encuentra preocupado debido a que presenta una infección en los riñones y por este motivo no le pueden administrar la quimioterapia. Hace 6 meses que no puede caminar por la tumoración que presenta, confía en que se va a recuperar	Adaptación al medio hospitalario, manejo de emociones, metas a corto y mediano plazo. Preparación para el alta. Técnicas empleadas: Juego libre y narrativa
36	M	17 años	Leucemia Linfoblástica Aguda L2	4	Conoce su diagnóstico y sabe que viene a aplicación de quimioterapia, al principio se sentía triste y enojado pero ahora menciona que confía salir adelante con el tratamiento.	Adaptación al medio hospitalario, manejo de emociones, metas a corto y mediano plazo. Técnicas empleadas: entrevista y narrativa.

37	M	9 años	Leucemia Linfoblástica Aguda	5	Se encuentra enojado, debido a que le ponen unas inyecciones y le duele, no sabe porque se las ponen. Además está triste porque reingresó muy rápido al hospital.	Adaptación al medio hospitalario, manejo de emociones y preparación para el alta. Técnicas empleadas: Juego libre y narrativa
38	M	12 años	Linfoma de Burkitt †	17	Se siente solo y triste, ya que no tiene amigos en la escuela. El dolor en ocasiones no lo deja descansar. Le gusta interactuar con las enfermeras y los médicos.	Adaptación al medio hospitalario, manejo de emociones, metas a corto plazo, preparación para el cierre. Técnicas empleadas: Juego libre, dibujo, narrativa, fantasía guiada y relajación
39	F	11	Tumor neuroectodérmico primitivo en región temporal izquierda †	3	Está triste, debido a que no le gusta su apariencia (su ojo sobresale, como si se le fuera a salir) y ya no desea estar en el hospital	Adaptación al medio hospitalario y manejo de emociones Técnica empleada: Entrevista y narrativa
40	M	7 años	Hemofilia	1	Menciona que está contento porque mañana lo darán de alta y podrá regresar a casa.	Preparación para el alta. Técnica empleada: Juego libre
41	M	3 años	Rabdosarcoma de glúteo derecho	3	Está asustado, ya que su mamá no está todo el tiempo con él y le tiene miedo a las enfermeras	Adaptación al medio hospitalario y manejo de emociones Técnicas empleadas: Juego libre y narrativa

42	F	7 años	Astrocitoma piloide juvenil	5	La acompaña su muñeca Paola, se encuentra triste porque ya no tiene pelo y espera salir pronto del hospital	Adaptación al medio hospitalario, manejo de emociones, imagen corporal y preparación para el alta Técnicas empleadas: Juego libre, narrativa y dibujo
43	M	11 años	Púrpura trombocitopenica idiopatica	4	Es la primera vez que está hospitalizado, lo llevó a su madrina, a su madre no la quiere ver porque los abandonó.	Adaptación al medio hospitalario, manejo de emociones y dinámica familiar. Técnicas empleadas: Juego libre, narrativa y dibujo
44	M	4 años	Hemofilia tipo A	4	Se cayó y su rodilla no sanaba, viene de Veracruz, se encuentra enojado porque su padre le pega a su mamá, no le gusta estar en el hospital y los medicamentos que le dan.	Adaptación al medio hospitalario y manejo de emociones Técnicas empleadas: Narrativa, juego libre y dibujo.
45	M	11 años	Rabdosarcoma embrionario en miembro pélvico derecho comprometido el ganglio inguinal derecho y caro aórtico	7	Ya ha estado hospitalizado y no le ha gustado, no se deja hacer los procedimientos y además mordió a su mamá, cuando lo sujetaba para que le pusieran la venoclisis.	Adaptación al medio hospitalario y manejo de emociones Técnicas empleadas: Narrativa y juego libre

46	M	12 años	Pinealoblastoma	8	Conoce que tiene una tumoración en la cabeza y que se está luchando porque disminuya o desaparezca. Cuando viene a aplicación de quimioterapia, menciona que se cansa mucho.	Adaptación al medio hospitalario, manejo de emociones, metas a corto y mediano plazo. Preparación para el alta Técnicas empleadas: Juego libre, narrativa, dibujo y fantasía guiada.
47	M	9 años	Anemia	8	No le gusta venir al hospital y está enojado por este hecho	Adaptación al medio hospitalario, metas a corto plazo. Manejo de emociones Técnicas empleadas: Juego libre, narrativa, dibujo, fantasía guiada y relajación
48	M	15 años	Tumor primario desconocido	5	Está triste debido a que desconoce que tiene, extraña a sus familiares, dejó la escuela y no puede ayudar a su papá en las labores del campo	Adaptación al medio hospitalario, metas a corto plazo y manejo de emociones. Técnicas empleadas: Narrativa y fantasía guiada.
49	F	15 años	Leucemia Linfoblástica Aguda	4	Se encuentra desconcertada, ya que desde hace 2 años no sabe nada de sus padres y únicamente vive con su hermana, quien le paga su tratamiento	Adaptación al medio hospitalario, manejo de emociones y metas a corto plazo Técnicas empleadas: Juego libre y narrativa
50	F	11 años	Tumor cerebral	1	Menciona estar contenta porque la darán de alta, pero tendrá que regresar por su tratamiento de quimioterapia	Preparación para el alta

51	F	2 años	Leucemia Linfoblástica Aguda L2	6	Siente miedo de que su mamá la deje en el hospital y no deja que se aleje, aunque tenga que ir al baño	Adaptación al medio hospitalario y reconocimiento de emociones Técnicas empleadas: Juego libre y narrativa
52	F	8 años	Meduloblastoma †	10	Le enoja que su mamá la haga comer, ya que no tiene hambre y se pelea con su hermana porque no la deja ver sus programas favoritos.	Adaptación al medio hospitalario y manejo de emociones Técnicas empleadas: Juego libre, narrativa y dibujo
53	M	11 años	Tumor craneal †	13	No quiere estar en el hospital, desea ir a su casa en Puebla, para jugar con sus hermanos, los extraña. Desea que sus dolores de cabeza cesen.	Adaptación al medio hospitalario y manejo de emociones Técnicas empleadas: Juego libre, narrativa, fantasía guiada y dibujo
54	M	15 años	Osteosarcoma pélvico derecho (fue desarticulado)	6	Está asustado debido a que le amputarán la pierna, pero es una opción para que el cáncer no se extienda a otras partes del cuerpo.	Adaptación al medio hospitalario y manejo de emociones Técnicas empleadas: Juego libre, narrativa y dibujo

† Niños fallecidos

† Total de niños fallecidos 9

Como se observa en la tabla, en el proceso que se sigue con los niños que son internados generalmente no se pueden tener sesiones consecutivas o de una duración fija, debido a su tipo de padecimiento y tratamiento médico. En ocasiones solamente se tendrá una intervención psicoterapéutica, por lo que hay que estar al tanto de su demanda de atención.

La rotación por distintas sedes, permitió conocer las diferentes psicopatologías y trastornos emocionales en las que se puede ver inmerso el menor, también que la causa de éstas puede ser multietiológica. Lo cual permite brindar una mejor atención al menor. Por ejemplo, una de las habilidades aprendidas en el Instituto de Comunicación Humana, fue el lenguaje signado, en donde creía que solamente se me sería útil ahí, pero en el Hospital me fue de gran utilidad con un adolescente con hipoacusia profunda.

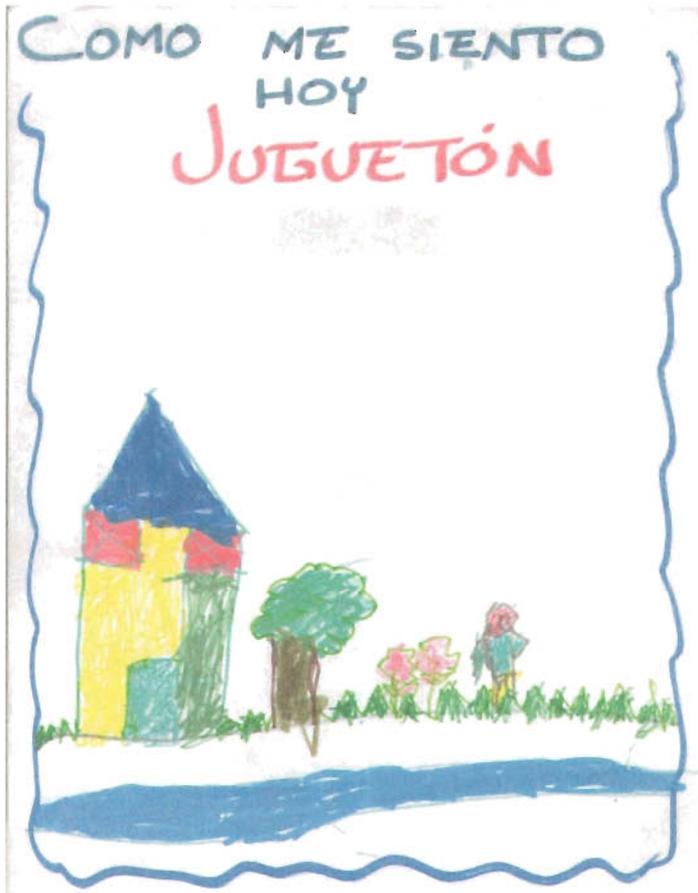
Durante los dos años de la Residencia, con la interacción de las bases teóricas, metodológicas y la práctica. Se adquirieron habilidades, que a continuación se enuncian:

- ψ Evaluación: la importancia de elaborar a profundidad una historia clínica completa, la entrevista es esencial, sesión diagnóstica de juego y la valoración psicológica (cualitativa y cuantitativa), para poder establecer el diagnóstico. Revisión del expediente clínico.
- ψ Intervención Psicoterapéutica: Poder brindar el tratamiento psicoterapéutico idóneo, se debe de contar con el sustento de la teoría, conocer los diversos enfoques y las técnicas terapéuticas. Con la finalidad de formular objetivos y así tener un plan de tratamiento. En esta área también se vio la importancia del encuadre, tratamiento y cierre.

- ψ Supervisión: Esta fue realizada por la planta docente de la residencia, en donde se tuvo la modalidad de grabar videos, los cuales fueron de gran ayuda para la retroalimentación de los casos. En clase también se analizaron estos, desde diferentes enfoques psicoterapéuticos.
  
- ψ Investigación: Se conoció la metodología de investigación e incluso se llevó a cabo con la realización de un instrumento denominado "Percepción de Estilos de Crianza", el cual fue dirigido tanto para las madres como sus hijos.

De los casos atendidos durante la residencia, en la sede del Hospital General de México, se eligió uno para ejemplificar mejor el tipo de trabajo realizado con los menores, el cual será expuesto en el próximo capítulo. Se optó por presentar el caso de Joaquín debido a que se puede apreciar las fases por las cuales pasó durante su hospitalización y como se fue trabajando con él la Terapia de Juego.

## Reporte de Sesión Típica



## “Adaptación al medio hospitalario de niños con enfermedades hemato-oncológicas”

### Antecedentes

Como se ha señalado anteriormente se trabajó en el área de Hemato-oncología, en donde se atienden a niños que tiene enfermedades en la sangre y de neoplasias, estas enfermedades pueden ser benignas o malignas. Como se puede apreciar en la siguiente tabla (2), es la tercera causa de egreso hospitalario, pero no se debe olvidar que regresan por su tratamiento de quimioterapia, por lo que ésta última ocupa el sexto lugar, en ocasiones tendrán que quedarse unos días hospitalizados o un par de horas para la aplicación de la misma.

Tabla 2

### 10 DIAGNÓSTICOS DE EGRESO MÁX FRECUENTES ENERO - DICIEMBRE 2003

CAUSA	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
SEPSIS DEL RECIÉN NACIDO	115	147	262
RECIÉN NACIDOS PRETERMINO E INMATURIDAD EXTREMA	96	151	247
NEOPLASIAS	66	101	167
TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO	70	81	151
SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIÉN NACIDO	51	66	117
SESIÓN DE QUIMIOTERAPIA POR TUMOR	36	67	103
RECIÉN NACIDO CON BAJO PESO AL NACER	45	50	95
APENDICITIS	35	51	86
ASFIXIA DEL NACIMIENTO	27	40	67
ANEMIA	26	17	43
OTROS	355	452	807
<b>TOTAL</b>	922	1,223	2,145

Fuente: Cuaderno Estadístico del Hospital General de México, O.D. (2003)

En el transcurso del año de 2003, el promedio de estancia hospitalaria fue de 11 días, se puede observar en la figura 5 un ligero incremento, con relación al 2002. Los menores que están en el área de Hemato-oncología, pueden estar un par de días o pasar hasta mes y medio hospitalizados, también hay casos en donde el menor recae continuamente, con lo cual, el intervalo entre hospitalizaciones se reduce, en ocasiones ingresarán a la sala de urgencias debido a su estado crítico.

Figura 5



Lamentablemente también se tiene que hacer referencia a la muerte de los menores, en pediatría ocupa el 5to lugar la defunción por neoplasias (ver tabla 3), los niños mencionan que cuando uno es bajado a la sala de urgencias ya no regresa o si lo ponen en lo que ellos denominan “el apartado”, (es una sala en donde solamente hay 2 camas) ya no salen. Ante la incertidumbre que viven los menores en el hospital, se hace necesaria una atención psicológica, para su estado anímico debido a los diferentes factores estresantes a los que están expuestos.

Tabla 3

**PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN ENERO - DICIEMBRE 2003**

CAUSA	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
HIPOXIA, ASFIXIA E INSUFICIENCIA RESPIRATORIA DEL R <sup>N</sup>	38	33	71
NEUMONIA CONGÉNITA	20	19	39
RECIÉN NACIDO PRETERMINO E INMATURIDAD EXTREMA	8	17	25
ATELECTASIA DEL RECIÉN NACIDO	11	9	20
NEOPLASIAS	10	10	20
SÍPSIS DEL RECIÉN NACIDO	9	6	15
MALFORMACIÓN CONGENITA DEL CORAZÓN	3	5	8
ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE	4	2	6
ASPIRACIÓN NEONATAL DE MECONIO	2	2	4
ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL	2	2	4
OTROS	32	31	63
<b>TOTAL</b>	<b>139</b>	<b>136</b>	<b>275</b>

Fuente: Cuaderno Estadístico del Hospital General de México, O.D. (2003)

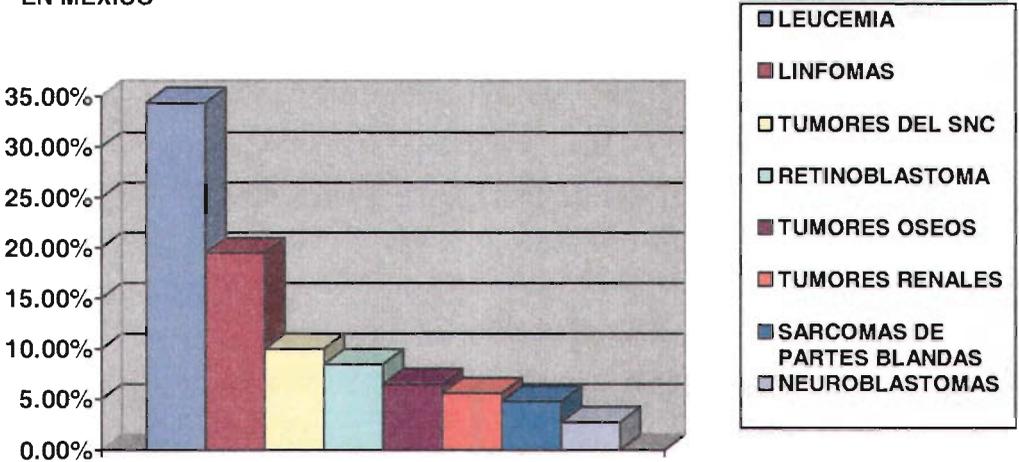
A nivel nacional en 2003, el cáncer fue la segunda causa de muerte entre los 5 y 14 años de edad, con 1066 casos, y represento la quinta causa de fallecimiento en edad escolar, de 1 a 4 años de edad con 522 defunciones (Figura 6).

El promedio de edad en que se presenta esta enfermedad en un niño es a los 4 años y 3 meses y la duración del tratamiento varia de acuerdo con el tipo de cáncer, sin embrago suele ser larga y costosa.

Entre 65% y 90% de las familias sin seguridad social que tienen un niño con cáncer, no cuentan con los recursos económicos para su tratamiento y más del 80% enfrentan gastos catastróficos por su atención.

Figura 6

**PREVALENCIA DE NEOPLASIAS MALIGNAS EN POBLACIÓN PEDIATRICA EN MÉXICO**



FUENTE: REGISTRO HISTOPATOLOGICO DE NEOPLASIS EN MÉXICO, DGE - SSA.

Ante esta perspectiva, en el presente año se instaló el Consejo Nacional para la prevención y tratamiento del cáncer en la infancia y adolescencia. Se trabajara en las áreas de investigación, prevención, diagnóstico y tratamiento. (Secretaría de Salud, 2005)

Ante esta panorámica se hace necesaria la atención psicológica para estos menores, debido que el Cáncer es una enfermedad crónica degenerativa, la cual conlleva largas hospitalizaciones y en algunos casos años de tratamiento, que incluyen operaciones y quimioterapia. Situaciones para las cuales el menor no ha sido preparado. Por lo que con las habilidades anteriormente adquiridas, además de la intervención y tratamiento psicoterapéutico, son de gran utilidad para este tipo de población.

## Fundamentos Teóricos

### Repercusiones emocionales en el niño hospitalizado

#### Hospitalización infantil

A continuación se abordarán los problemas que surgen cuando los niños son hospitalizados. Para esto se hará una diferencia entre enfermedad crónica y enfermedad aguda, para posteriormente abordar algunos subtipos.

Lo que es importante mantener en mente sobre algunas de las enfermedades crónicas es que en éstas existe un trauma repetitivo y no uno aislado (O'Connor, 2003).

Existen diferentes tipos de traumas crónicos:

1. Enfermedades crónicas o de "niveles", donde no hay cambios conforme pasa el tiempo, como es el caso de un problema ortopédico, pues ahí uno trata más bien de adaptarse a la enfermedad que, de hecho, es crónica, continúa y se mantiene igual, esto es, no hay cambios con el tiempo.
2. Enfermedades crónico episódicas: es cuando la enfermedad está presente todo el tiempo, algunas veces más bien en el trasfondo y posteriormente aparecen episodios donde la enfermedad es aguda, algunos ejemplos son: el asma, donde el paciente sólo se siente enfermo cuando tiene una crisis, pero cuando no, es una persona sana. Es ahí donde reside el problema, pues ellos no se identifican como individuos con una enfermedad. Otro ejemplo es la diabetes, enfermedad más crónica y continua, ya que si es tratada, el paciente no se siente particularmente enfermo, y, aun así, si el nivel de azúcar varía del normal, aparecen síntomas en los que hasta se siente mareado y un dulce puede arreglar el problema bastante bien. En la anemia de células falciformes, enfermedad crónica episódica con

episodios agudos, en la que entre episodio y episodio puede existir sintomatología leve, pero durante un episodio hay dolor y angustia.

Cuando es un trauma repetitivo, se está hablando acerca de enfermedades crónicas episódicas, donde, de vez en cuando, pasará algo que recordará al menor su enfermedad. Para un niño asmático cada episodio es un problema nuevo, es como sucede con un niño del que han abusado, entre más lastimado haya sido, mayor será el trauma. Otro ejemplo es un niño víctima de un accidente que falta a sus clases y al reintegrarse se encuentra con la realidad de que después de haber sido hospitalizado vive condiciones que lo restringen con respecto a los demás niños. Aquí se trata de un trauma secundario, pues no tiene que ver con niños que tienen secuelas de alguna enfermedad o lesión, sino más bien de las diferentes situaciones que el niño tiene que afrontar (O'Connor, 2003).

De este modo, se alcanza la definición de trauma: lesión no controlada. Esta definición es capital, ya que toca las afecciones, problemas sintomáticos y las intervenciones de tipo médico constantes que generan ansiedad.

El trauma es sencillamente no tener control sobre la enfermedad, es decir, simplemente se presenta. Este aspecto se debe tomar siempre en cuenta al tratar un trastorno, por ejemplo, en un niño asmático se sabe que los episodios asmáticos no son controlables, ya que se presentarán aun si se siguen las prescripciones dadas por el médico y es muy cuidadoso con las recomendaciones. Sin embargo, en el caso de la diabetes, si uno toma su insulina en el momento indicado y se sigue la dieta, los episodios estarán controlados, así que se puede decir que esta es una enfermedad más controlable que la anterior.

No obstante, si tomamos el ejemplo de la anemia de células falciformes, volvemos al problema del control, pues en ese caso sencillamente se presentará un episodio sin importar si se es o no cuidadoso en las prescripciones medicas. De modo que, esos ejemplos son más traumáticos que la diabetes.

Los niños presentan dos tipos de sufrimiento:

1. Sufrimiento temporal debido a la pérdida del estado saludable, se tiene el sentimiento de ser una persona diferente a la que era antes, es decir, hay un cambio repentino en el niño. Aquí es importante el aspecto de la relación médico/paciente en la que idealmente se llama al paciente por su nombre, no por el diagnóstico, pues de otro modo, el niño pierde su identidad personal para adquirir una identidad “de enfermedad”. Para los niños esto representa un suceso importante, “ahora se trata de algo que ha cambiado y de lo que se tiene muy poco o nada de control”; todas las personas a su alrededor hablan de “eso”, que ellos no alcanza a comprender, pero que interfiere con todas las actividades que realizan y como consecuencia hay sufrimiento por la calidad de vida que actualmente tienen.

2. Otro tipo de sufrimiento es el crónico, donde hay un cambio de salud permanente, por ejemplo cuando se trata de diabetes o de una enfermedad o lesión crónica que requiere de cuidados a largo plazo e implican cambios en el estilo de vida del menor, que limitan sus actividades cotidianas. No se incluyen aquí las enfermedades terminales porque en esos casos los cambios con el tiempo, se vuelven más severos y el tratamiento se enfoca principalmente a paliar el sufrimiento (O'Connor, 2003).

Dependiendo del trauma y del sufrimiento generado según el padecimiento de que se trate, se han considerado diferentes áreas en relación con los efectos de la hospitalización infantil (Benavides, G. González, R. Montoya, I. 2000): como son cambios en la vida cotidiana del niño, el malestar físico, las reacciones emocionales, las manifestaciones conductuales, los problemas educativos y los de relación social así como dificultades de ajuste post-hospitalario (Tabla 4).

**Tabla 4. Efectos de la hospitalización en el niño<sup>1</sup>**

Cambios en la vida cotidiana	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ruptura de actividades habituales</li> <li>- Nuevo entorno y normas</li> </ul>
Malestar físico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdida independencia</li> <li>- Dolor y malestar</li> <li>- Cansancio y agotamiento</li> <li>- Limitación movilidad</li> </ul>
Reacciones emocionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temor y ansiedad</li> <li>- Problemas en la imagen corporal</li> <li>- Sentimiento de culpabilidad</li> <li>- Alteraciones del sueño</li> </ul>
Manifestaciones conductuales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conductas de apego excesivo</li> <li>- Reacciones de ira y agresividad</li> <li>- Conductas regresivas e inhibitorias</li> </ul>
Proceso educativo y relaciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultades de aprendizaje</li> <li>- Fobia escolar</li> <li>- Pérdida de contactos sociales</li> <li>- Miedos sobre el hospital</li> </ul>
Ajuste post-hospitalario	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesadillas</li> <li>- Fobias escolares</li> </ul>

**Los cambios en la vida cotidiana** del niño provocados por la hospitalización, implican una ruptura con las actividades que hasta el momento realizaba, como sería acudir a la escuela, jugar, estudiar y relacionarse con sus compañeros, entre otros. El niño ha de enfrentarse a un nuevo entorno a procedimientos médicos, normas, hábitos diferentes a los suyos y adaptarse a personas con las que no está familiarizado y muchas veces se perciben como amenazantes.

<sup>1</sup> Benavides, G .González, R. Montoya, I. 2000

Por otra parte, la hospitalización lleva consigo una pérdida de independencia, de autonomía y de intimidad, pudiendo dar lugar a un proceso de despersonalización. El niño depende de extraños para satisfacer sus necesidades fisiológicas y funcionales. Las fisiológicas se convierten en públicas. En muchas ocasiones no tiene el control de cuándo comer, bañarse, defecar u orinar. Su cuerpo es observado, manipulado, rasurado, fotografiado, radiografiado, en ocasiones sin previo aviso por el personal médico (Palomo, 1995; Rodríguez-Marín y Zurriaga, 1997). Las funcionales son apenas conservadas por el personal que los atiende, como ayudarlos a incorporarse o a caminar.

**El malestar físico y el dolor** provocado por la propia enfermedad, los procedimientos médicos, los tratamientos y los posibles efectos secundarios de los mismos son el eje de la hospitalización (Goldman, 1993; Sierrasesúniga, 1997). Sin embargo, de todos los procedimientos médicos, las inyecciones (o similares como las extracciones de sangre o la punción lumbar) son uno de los acontecimientos más estresantes para el niño, y suelen simbolizar su estancia en el hospital al ser vivido como una invasión dolorosa de su cuerpo.

Para conocer más a fondo las reacciones conductuales y emocionales de los niños con respecto al dolor físico y los procedimientos médicos utilizados durante la hospitalización, González, Calvo, Benavides y Sifre (1998), aplicaron un listado elaborado por Le Baron y Zeltzer, 1984 **Conductas ante Procedimientos Dolorosos** a una muestra de niños hospitalizados. En sus resultados se pudo observar que mientras más corta es la edad del niño, las manifestaciones y expresiones de dolor suelen ser más marcadas.

De hecho, es importante evaluar cuidadosamente el nivel real de dolor experimentado por el niño y adoptar las medidas oportunas para evitar, en la medida de lo posible, el sufrimiento físico (anestesia local, sedación, calmantes, cambios posturales, almohadas y colchones especiales, entre otros). Los psicólogos que trabajan con niños hospitalizados, suelen recurrir a técnicas tales

como la relajación, la distracción o el biofeedback para ayudar al niño a controlar el dolor y el malestar físico, así como coadyuvar en las reacciones de ansiedad y miedo que se generan con los procedimientos médicos y el dolor físico (Crosson, 1993; Díaz, 1993).

**Las reacciones emocionales** de temor, miedo, inquietud y ansiedad suelen desencadenarse cuando se ingresa al hospital, los procedimientos médicos, las intervenciones quirúrgicas, la separación o el abandono por parte de los padres, la desfiguración física o la posibilidad de morir (Wolfer y Visintainer, 1975). El miedo a la invasión o agresión corporal suele ser tal que los niños tienden a reaccionar del mismo modo tanto a procedimientos dolorosos como no dolorosos (Palomo, 1995). En ocasiones, la ansiedad y el miedo pueden llegar a generar crisis de ansiedad de separación, ataques de pánico, tics o movimientos espasmódicos involuntarios, especialmente en los casos en que no se permite a la madre estar con su hijo (Gila y Martín- Mateos, 1991; Zetterstróm, 1984).

Pueden producirse también dificultades de aceptación de la imagen corporal y vergüenza a ser observado por los demás debido a posibles cambios que se produzcan en su cuerpo, tales como caída del cabello por efecto de la quimioterapia, amputación de algún miembro, cirugías deformantes, aumento o pérdida de peso, etc. (Díaz, 1993). Estos cambios pueden generar importantes problemas de autoestima y de pérdida de autoconfianza en el niño.

Un estudio llevado a cabo por Tévar, González, Benavides y Costa (1995) en el contexto de la oncología infantil pone de manifiesto que las reacciones de ansiedad son más frecuentes en los niños con enfermedades oncológicas diagnosticadas recientemente, mientras que los síntomas depresivos tienden a ser más acentuados en niños que hace tiempo (un año o más) han sido diagnosticados. Quizá esto se deba a que los primeros contactos con la enfermedad y la hospitalización suelen ser percibidos como amenazantes y angustiosos, mientras que a medida que transcurre el tiempo, las secuelas físicas,

sociales y psicológicas, y la necesidad de adaptación a una enfermedad crónica, pueden mermar el estado de ánimo del niño.

En algunos casos, los niños en edad escolar desarrollan sentimientos de culpabilidad al pensar que la enfermedad, la hospitalización y los procedimientos dolorosos son un castigo por un comportamiento previo o por la trasgresión de ciertas normas (Díe- Trill, 1993; Palomo, 1995). Suelen ser también comunes las alteraciones del sueño, el insomnio, las pesadillas o las fobias a la oscuridad (Zetterstróm, 1984). Estos problemas generalmente pueden estar relacionados con los propios tratamientos médicos, los cambios en las rutinas de sueño, los ruidos durante la noche y/o el miedo a ser abandonados o sometidos a algún procedimiento médico mientras duermen.

Se ha observado (Díe- Trill, 1993), que el niño necesita información para poder adaptarse a la nueva situación y paliar sus efectos. En caso de no recibirla, la elabora tomando pequeños indicios de muy diversas fuentes (conversaciones, miradas, gestos...), lo cual puede dar lugar a interpretaciones erróneas y fantasías perturbadoras que, en ocasiones, convierten la situación en más amenazante de lo que en realidad es (Rodríguez-Marín y Zurriaga, 1997). En este sentido, la información proporcionada tendría que responder a las necesidades manifestadas por el niño, teniendo en cuenta su edad, el tipo de dolencia y su desarrollo cognitivo. Todo ello teniendo como finalidad mantener su confianza y aumentar su sentimiento de control (Crosson, 1993). Generalmente, el niño es más consciente de su problemática de lo que los padres y adultos creen, y esperan de ellos una actitud de franqueza.

**Las manifestaciones conductuales** asociadas a las emociones que se generan con la hospitalización se centran en conductas de apego, tales como llanto, gestos, sonrisas, contactos táctiles, seguimiento visual de las personas significativas, exigencia de su presencia, aproximación, comportamiento caprichoso y dependiente, así como el negarse a dormir solos entre otras

conductas manifiestas (Maguire, 1983). Estas conductas suelen ser reforzadas por la actitud de sobreprotección y permisividad que los padres tienden a adoptar en su relación con el niño enfermo. En el medio hospitalario, se ha observado la conveniencia de evitar separar al niño de sus padres, y asegurarse de que disponga de varias personas de apego, de manera que pueda compensarse la ausencia temporal de alguna de ellas (Palomo, 1995; Sierrasesúniga, 1997).

La falta de comprensión que tiene el niño de lo que está sucediendo, unido a la frustración causada por la hospitalización, puede dar lugar a reacciones de ira o agresividad, que generalmente son descargadas en los padres, en los hermanos, en los amigos o en el propio personal de salud (DíeTrill, 1993). También es posible observar conductas regresivas e inhibitorias, manifestadas a través del rechazo de alimentos, la evitación del contacto con los demás, o la pérdida de aprendizajes adquiridos previamente y presentar trastornos como enuresis y encopresis diurnas o nocturnas o bien mutismo (Zetterström, 1984). Tal como lo consideran Rodríguez-Marín y Zurriaga (1997), la hospitalización es un acontecimiento que sitúa al niño en una cama y se espera que mantenga un papel pasivo, lo cual promueve la regresión psicológica.

**El proceso educativo y las relaciones sociales**, se ven afectadas, ya que durante la estancia hospitalaria el niño no puede acudir a la escuela. En algunos hospitales se cuenta con profesionales encargados de atender las necesidades pedagógicas y educativas de los niños y con frecuencia éstos no se sienten motivados o con fuerzas para realizar las tareas escolares encomendadas, o consideran la hospitalización como un privilegio para librarse de dichas tareas. Estos factores, unidos a los efectos de la enfermedad y de los tratamientos, pueden dar lugar a problemas en la adquisición de aprendizajes, pudiendo influir en el curso de su desarrollo escolar. Como consecuencia de ello, el niño puede llegar a perder seguridad en sí mismo y sentir temor por su vuelta a la escuela.

La necesidad de permanecer en el hospital suponen para el niño ausentismo escolar y pérdida de contacto con situaciones sociales, lo que puede generar un empobrecimiento de las relaciones con sus pares (Díaz, 1993). El niño se siente recluido en un mundo de adultos que hablan un lenguaje distinto y con los que es difícil compartir sus juegos e intereses.

A este respecto, suele ser beneficioso para el niño tener contacto con sus hermanos y compañeros, así como con otros niños ingresados en el hospital (Díaz, 1993). El promover cartas periódicas, envío de regalos o llamadas telefónicas, entre otras, permitiría mantener una red de comunicación dentro-fuera del hospital (Mijares, 1993).

**Las dificultades en el ajuste post-hospitalario** puede manifestarse en problemas para separarse de la madre o de la figura de apego, o sentirse nervioso cuando se oye hablar del hospital o de los médicos y también tener pesadillas relacionadas con la experiencia hospitalaria (Palomo, 1995). Además, son comunes las fobias escolares, observándose una gran resistencia a volver a la escuela, lo que deriva en problemas de tipo académico (Díe- Trill, 1993; Grau, 1993).

Para finalizar, se puede señalar que los cambios psicofisiológicos que acompañan a estas diferentes manifestaciones pueden influir en el curso de la enfermedad de manera negativa (Rodríguez-Marín y Zurriaga, 1997). Las reacciones emocionales y conductuales del niño pueden tener efectos negativos sobre su sistema inmunológico y, por lo tanto, en su estado de salud, provocando, entre otros, mayor sensibilidad al dolor, cambios en la frecuencia y tasa cardiaca, mayor propensión a desarrollar infecciones, agotamiento físico y aumento del tiempo de hospitalización (Barr, Boyce y Zeltzer, 1994; Díe- Trill, 1993; Seligman, 1975; Volicer y Volicer, 1978). Aunado a lo anterior, la variabilidad en el tiempo de estancia en el hospital y la incertidumbre de cuándo serán dados de alta, hacen necesario considerar una intervención focalizada y breve.

La psicoterapia breve y focalizada permite trabajar a pesar de las circunstancias propias de la hospitalización (recaídas, tratamiento de quimioterapia, transfusiones, evolución), que determinan el tiempo de internamiento de un paciente.

A continuación se enmarcan las fases de la Terapia breve descritas por Malugani (1990):

Ψ Fase Inicial: Consiste en desarrollar una estrategia focal, esto es, actuar incisivamente y en un tiempo limitado tanto sobre el síntoma que se considera principal como sobre el problema de base del paciente.

El niño será tratado con respeto, comprensión y aceptación. Durante la primera sesión se hace una recopilación de los datos relativos a la historia personal del paciente, identificar el trastorno primario, facilitar la comunicación a través del juego diagnóstico. La importancia que tiene para la amnesis en psicoterapia breve la estimación de la fuerza del yo del menor, concretizada en la capacidad para extraer satisfacción de las relaciones interpersonales a pesar de los síntomas presentes, en la capacidad para soportar las frustraciones o para no ser destructivo hacia sí mismo o hacia los demás.

También es de importancia el comportamiento no verbal, observando la postura, gesticulaciones, mímica, entre otras.

La alianza es el compromiso del paciente en el proceso psicoterapéutico al cual ha de ser llamado a participar activamente. La alianza implica la aceptación de un contrato, es decir las reglas que deberá respetar.

Ψ Fase intermedia: Se caracteriza por la concentración de la acción sobre el objetivo (síntoma o problema). La tarea del psicoterapeuta durante esta fase consiste en dedicar todo su esfuerzo a la movilización de las partes

sanas del paciente, es decir, de sus energías latentes y de las potencialidades escondidas pero no obstante siempre presentes en todo ser humano. A este nivel del proceso se trata de aplicar todas las técnicas terapéuticas que se consideren aptas para el caso.

- Ψ Fase final: La conclusión de la terapia breve va íntimamente ligada, por su lado, al resultado obtenido en el plano del refuerzo del yo y por el otro, al hecho de que el paciente haya logrado adquirir los medios psicológicos que le permitan afrontar por sí mismo su situación alterada.

La conclusión del vínculo jamás debe producirse de forma brusca sino gradual y por medio del paulatino espaciamiento temporal de los encuentros. Sin embargo en este punto, es importante mencionar que en el menor hospitalizado, dependiendo del tipo de padecimiento, en ocasiones su salud se deteriora de forma impredecible, por lo que se debe de intervenir de manera inmediata, ya que a veces se llega a la fase terminal de la vida del menor y es importante el poder cerrar con el menor el proceso y finalmente que el terapeuta pueda despedirse.

Como se puede observar, la atención integral del niño debe incluir tanto su recuperación física, como la adaptación a las nuevas condiciones adversas y el bienestar emocional. Es aquí dónde el tratamiento psicológico mediante la Terapia de juego ofrece una alternativa terapéutica, como se podrá apreciar en el presente trabajo se emplearon enfoques teóricos de psicoterapia de juego, psicoterapia psicoanalítica infantil, psicoterapia focal y psicoterapia humanista, las cuales dieron fundamento a las intervenciones realizadas en el hospital, en donde se emplearon las técnicas de la narrativa, dibujo libre, juego libre, narrativa y fantasía guiada. El material que se requirió fue diverso el cual abarcó: papelería, libros y diversos juguetes. A continuación se abarcarán los fundamentos teóricos, las técnicas empleadas y los materiales requeridos, para el proceso que se siguió con los niños hospitalizados.

## Psicoterapia de Juego

En este tipo de terapia se emplea el juego como una herramienta de comunicación entre el niño y el terapeuta, en donde se elige una estrategia específica para cada paciente de acuerdo a la teoría y técnica que se utilice. Entonces tenemos que aquí el juego tiene un propósito terapéutico y no solamente lúdico como se supondría.

En la terapia de juego, se utilizan diversas estrategias dependiendo de los diferentes puntos del proceso de tratamiento físico y psicológico.

Tal vez la más importante intervención en términos de cualquier tipo de trauma (porque trauma, por definición, es descontrol) es volver a introducir el control. Las intervenciones que ayuda al niño (a) a tener control, generalmente, contribuyen a disminuir los síntomas de trauma. Probablemente la estrategias de control más eficaz es la información realista que el menor pueda procesar e integrar a su yo, de este modo tiene menos miedo a lo desconocido y a lo nuevo (enfermedad). Idealmente es una estrategia de prevención primaria (O'Connor, 2003). Obviamente esta intervención, no siempre es posible, sobre todo si se trata de lesiones repentinas o accidentes en los que el tiempo es muy valioso. Sin embargo, en procedimientos quirúrgicos planeados que causan ansiedad o miedo, el terapeuta debe de intervenir días antes con información sobre los procedimientos médicos que se utilizarán, antes, durante y posterior a la intervención. Mediante juego guiado se informa y se familiariza al niño con los instrumentos que se emplearán como el estetoscopio y el baumanómetro que por muy grandes o peligrosos que se vean, no lo lastimaran, esto se puede hacer con muñecas(os) o sencillamente permitir que el niño (a) jugar con los instrumentos de juguete y otros reales para que conozcan su funcionamiento y puedan expresar sus fantasías y elaborar sus temores. Con relación a los procedimientos quirúrgicos es necesario informar a cerca de la intervención misma enfatizando que el no lo va a sentir porque lo van a dormir.

En la información que se proporciona al menor, es muy importante que se hable también sobre las sensaciones o molestias que va a experimentar (información sensorial). En este proceso, se favorecerá la expresión de emociones y la formulación de posibles dudas y preguntas que el menor quiera hacer (Grau, 1993; Sierrasesúniga, 1997). Todo ello ayudará a reducir en gran medida los efectos negativos, al mismo tiempo favorecerá la colaboración del niño en su tratamiento, generando así una actitud de cooperación.

A fin de reducir efectos negativos, se ha observado que es importante dar protagonismo al niño pidiéndole su opinión cuando esto sea posible y existan varias posibilidades de elección (por ejemplo, cómo quiere tomarse las pastillas, qué postura prefiere, en qué brazo quiere que le canalicen). Ello estimulará en el niño una mayor sensación de control y una actitud más cooperadora y participativa para con el personal de salud (Díe- Trill, 1993).

También se pueden usar estrategias para ayudar al niño a comunicar sus necesidades, como el decir qué algo le da miedo o sencillamente que quiere comer, o cualquier otra necesidad que tenga. Para comunicarse puede utilizar, además del lenguaje, códigos o señales graciosas o bien imágenes. Por ejemplo, en algunos hospitales se utilizan caritas con las que puede expresar la intensidad del dolor.

Gran parte del material de juego hospitalario, se dirige a crear un sentido de control, y trabajar con las emociones que experimente el menor (ansiedad, miedo, soledad, tristeza, enojo, entre otros). Es muy importante que se cuente con instrumental médico de juguete, que los niños puedan manipular, ya que mientras el niño juega y adopta el papel del médico siente que tiene control y esto le proporciona seguridad.

Se sugiere también, tener muñecos que ellos puedan modificar, un muñeco al que puedan someter a cirugía así como juguetes relacionados con el ambiente hospitalario, pero no hay que olvidar tener otro tipo de juguetes y material de

lectura en donde se puedan reflejar emociones o situaciones estresantes que el protagonista deba afrontar y resolver. Aquí se utiliza la narrativa y la metáfora como técnicas de intervención.

En el juego, se trata de sublimar la agresión, por lo que se debe evitar que el niño dañe los juguetes, no se puede permitir que se comporte cruel y que quiera lastimar al muñeco que manipula. Si el niño va a ser intervenido, siempre se debe aclarar que la intervención médica tiene el propósito de ayudar y no es para lastimar, de este modo se trata de evitar su agresión y no colaboración con médicos y enfermeras. En este caso es preferible que utilicen juguetes que no estén relacionados con el área médica para que los golpeen o aprieten (pelotas de esponja o muñecos de trapo), pero es importante recordar que no destruyan el material, ya que tienen que aprender a controlar su enojo y canalizarlo de otra forma. Es decir la parte médica no debe usarse como el vehículo para expresar coraje o, se tiene que tratar de ayudar al niño a entender que los procedimientos médicos aunque a veces duelen no son un acto agresivo. También a través del juego repetitivo relacionado con algunos aspectos de su tratamiento y/o su enfermedad, se puede hacer una “catarsis de trabajo de control”, la cual ayudará al menor a sentirse mejor, ya que se le ha puesto nombre al sentimiento expresado, con ayuda del terapeuta (O’Connor, 2003).

No hay que olvidar lo significativo que es dejar que los padres, estén presentes tanto en los tratamientos de sus hijos como en los episodios de la enfermedad, pues para ambas partes la ausencia de salud constituye un trauma. La separación es en sí misma parte capital del trauma.

Siempre en la atención psicológica del menor hospitalizado, el estado físico repercute en el emocional y viceversa. El psicoterapeuta tiene, en este sentido una labor substancial de enlace con el médico tratante y la familia.

Como se ha visto el juego sirve como un vehículo terapéutico y a continuación se abordará la Terapia de Juego psicodinámica.

## **TERAPIA DE JUEGO PSICODINÁMICA**

El juego ofrece al examinador un acercamiento único de como experimentan los conflictos psicológicos los preescolares y escolares.

A continuación se enlistan los elementos del mundo interno del menor y que pueden ser inferidos durante la sesión de juego diagnóstica:

- Conflictos, miedos y problemas
- Deseos y fantasías
- Experiencias anteriores
- Experiencias traumáticas
- Experiencias recientes
- Estrategias para resolver problemas

Es fácil que el niño exprese a través del juego dificultades emocionales que de otra forma no podría expresar. El juego es un vehículo para el simbolismo y la metáfora en el cual la mente provee de un marco para estructurar, integrar y organizar la experiencia cargada de afecto. La capacidad innata de jugar para organizar, sintetizar y promover el proceso de autorregulación, provee de un elemento terapéutico poderoso (Cepeda, 2001).

Gardner (1975) ha descrito diversas técnicas de juego atractivas que pueden ser usadas en el trabajo con niños que tienen resistencias y que se les dificulta la comunicación verbal directa o quienes requieren de un contrato no verbal. Incluye ejemplos de la técnica de contar cuentos mutuamente y el juego de hablar, sentir y hacer.

Como toda conducta, el juego es conducta motivada (es decir, producto de los sentimientos y emociones del niño, tanto conscientes como inconscientes). Al

juego lo determinan las necesidades orgánicas y los deseos, igual que a los sueños y las fantasías. El niño puede distinguir el juego de la realidad, pero utiliza los objetos y las situaciones para crear un mundo propio en el cual se repiten las experiencias placenteras y dolorosas: sin embargo, intenta ordenar y alterar los sucesos de una manera que le resulten gratificante (Padilla, 2003).

Por ejemplo, las niñas que odian tomar medicamentos, se los dan a sus muñecas o vuelven a actuar de modo gráfico un accidente o hecho atemorizante. Dado que se intenta mantener la excitación en el mínimo, ya que todos los incrementos de excitación se sienten como displacenteros y todas las disminuciones como placenteras, repetir las experiencias angustiantes o molestas en el juego es, de hecho, un intento por evitar el dolor, dado que la repetición reduce la excitación asociada con ellas. El impulso a repetir (compulsión a la repetición) es parte de la necesidad regresar a un estado anterior, más estable y libre de tensión. Según la teoría, el niño buscará a través del juego conseguir experiencias gratificantes y placenteras y evitar lo angustiante y doloroso.

A través del juego, el niño puede dominar las experiencias perturbadoras al actuarlas repetidamente de manera activa, más que sólo ser una víctima pasiva e indefensa; este punto de vista contribuyó al desarrollo de la terapia de juego y al uso de pruebas proyectivas de personalidad.

a) *Proyección*. Se proyecta en muñecas, amigos imaginarios, brujas malvadas, sentimientos amenazantes y displacenteros, sentidos y provocados por cualquier persona importante en su vida.

b) *Desplazamiento*. Se desplaza en un muñeco bebé o un juguete simbólico a un hermano hacia el cual se tienen celos y deseos de dañarlo. Al desplazar al muñeco-bebé ya no se daña al hermano puesto que aquél se le sumergió en el agua y se le ahogó

c) *Regresión*. Es el mecanismo mediante el cual el niño, ya sea en fase del desarrollo, en proceso topográfico (consciente–preconsciente-inconsciente), o en conducta, regresa a actuar como más niño todavía, tratando de resolver en esta forma el conflicto que le aqueja. Por ejemplo un niño de 7 años burbujas de jabón para gratificar una necesidad oral.

d) *Sublimación*. La sublimación es el mecanismo de defensa saludable y digno de ser utilizado con frecuencia en la psicoterapia de niños. El jugo del arenero y el agua son juegos útiles por ejemplo para sublimar tendencias anales.

e) *Negación y represión*. También en los juegos los niños utilizan, con bastante frecuencia, los mecanismos de negación y represión. Estos son fáciles de observar y en la psicoterapia resulta también sencillo ayudar al niño ya sea a reprimir o a desreprimir, igual que enseñar al niño a que no niegue.

En esta teoría se parte de la base de que *la conducta motivada* inconsciente, está determinada y es repetitiva. En el juego psicodinámico no se deben olvidar estos 3 aspectos para trabajar con cualquier juego.

Acorde a Erikson (1980) las situaciones de juego son oportunidades para que el niño externe sus problemas, los traslabore y llegue a resolverlos. Este concepto da pie para que el psicoterapeuta observe y comprenda dichos problemas y además ayude al niño a resolverlos.

El niño utilizará el juego para compensar sus derrotas, sufrimientos y frustraciones, en especial aquellas que resultan de uso limitado de lenguaje, en sentido técnico y cultural (Erikson 1980). El juego tiene que ver con experiencias vitales que el niño intente repetir, dominar o negar para organizar su mundo interno en relación con el exterior. También implica autoenseñanza y curación.

Representar a través del juego se vuelve el medio de razonamiento del niño y le permite liberarse de las limitaciones físicas de tiempo, espacio y realidad, pero

puede mantener una orientación de la realidad porque tanto él como otros saben que es solo un juego. El juego es una manera importante de autoexpresión del yo y ayuda al niño a dirigirse a un nuevo dominio y nuevas etapas de desarrollo. Por ejemplo, el juego proporciona un sitio seguro donde él puede desarrollar su sentido de autonomía dentro de sus propios límites o leyes.

Durante el proceso psicoterapéutico el niño no sólo va a resolver tareas y problemas propios de las diferentes etapas del desarrollo que propone el autor, sino también aquellos problemas propios de su psicodinamia.

Winnicott (1990) muestra la relación entre el juego y la creatividad estableciendo la relación de causa y efecto, pues como el niño tiene libertad para explorar su medio ambiente siente que él mismo ha creado lo que describe. Proyecta su mundo interno en el externo.

Este concepto de ilusión, que desde el punto de vista de esta teoría hay que utilizar con mucha frecuencia, sirve al terapeuta tanto para conocer el mundo interior del niño como para ayudarlo a adaptarse al mundo exterior.

Existe una relación recíproca entre la realidad del mundo exterior y la realidad de las representaciones infantiles que comienzan en la infancia.

**Objeto transicional.** Los juguetes y situaciones del juego son en este sentido un desplazamiento de la madre, del padre o un hermano, incluso de una mascota. Esto es, un osito de peluche puede representar para la niña el seguir unida a la madre, cuando está con él.

El *falso self* es la personalidad que el niño adopta y que no tiene cualidades, características falsas que desearía tener y que a través del juego representa.

Para Melanie Klein (1930) .El juego infantil se tradujo como el lenguaje del inconsciente, por lo general dentro del marco de la configuración de transferencia-

contra-transferencia. A través el niño puede expresar todas sus fantasías, sobre todo las inconscientes.

El juego del niño se considera totalmente equivalente a las asociaciones libres de los adultos e igualmente accesible a su interpretación.

El juego es un modo de conducta que el yo utiliza como mediador que sirve a una variedad de propósitos psicológicos que producen un cuerpo sustancial de datos, pero requiere de suplementos de fuentes adicionales diferentes, incluyendo a los padres. El juego es sólo una de las fuentes de que el psicoterapeuta obtiene inferencia sobre el niño, pero que puede ser muy útil el proceso de evaluación diagnóstica inicial y durante el tratamiento.

### **Evolución del Juego en los niños**

Se puede realizar un breve esquema sobre la evolución de juego de los niños; A. Abesrastury, en *El niño y sus juegos* hace este trabajo desde su concepción teórica, siguiendo las ideas de M. Klein:

Hacia el *final del primer año* el juego del niño simboliza al vientre materno. Hay una gran descarga agresiva, el ejemplo típico es el niño que juega con los utensilios de cocina, la olla y la cuchara, haciendo mucho ruido; en este momento los juegos representan las fantasías de tener hijos, comienzan a jugar con animales, muñecas, globos y pelotas.

Alrededor de los *dos años* aparecen los juegos relacionados con el control de esfínteres, los juegos o juguetes son moldeables, amasables, cortables, la plastilina es el mejor ejemplo, pero la arena del parque y la tierra o el barro son excelentes sustitutos, también el niño comienza a jugar a trasvasar sustancias de un recipiente a otro.

En esta edad ya aparecen los juegos de aparecer y desaparecer, juegos de encuentro y separación (el fort-da)

Hacia los *tres años* la madre no parece indiferente, los juegos giran en torno a esta identificación materna, aparecen los juegos de hacer comida para los demás, juega a alimentar y alimentarse. También es la edad en la que el niño comienza a dibujar, recreando de este modo aspectos de su propio cuerpo, sobre todo en el dibujo de la casa.

Entre los *cuatro* y *cinco* años el juego comienza a representar las fantasías de la vida sexual de los padres, tener hijos y cuidarlos, las muñecas y sus derivados ocupan un lugar especial, reparar los juguetes rotos y comienza la personificación con los objetos idealizados y persecutorios; a esta edad se comienza a dibujar para retener imágenes y aparece la monotonía en la repetición de historias y cuentos.

Entre los *seis* y *siete* años, ya comienzan los juegos de competencia, de conquista y acción. Entre los varones va apareciendo el juego de competencia y acción a través de personificación de los diversos héroes, indios, pistoleros, policías, extraterrestres, mientras las niñas se va a manifestar esta competencia a través de la identificación femenina, jugar a encuentros entre mujeres, se disfrazan v de mujer, les gusta ponerse ropa de mujeres mayores, o bien jugar a ser la maestra o a la directora de la escuela.

En ambos sexos comienza el interés por los juegos de reglas: damas, dominó, parkasé, y juegos de cartas.

También en ambos sexos el juego va a expresar deseos genitales claros: jugar a papás y mamás, novios, a bodas, al doctor, juegos donde la necesidad de tocar y ser tocados, de ver y ser vistos es clara.

Durante la *Latencia* se van a acentuar estos juegos identificatorios y aparecerá un mayor interés hacia los juegos regulados, jugará a ser adultos con juegos como el *monopoly*, coches, muñecas, maestros, van a dar pistas sobre la presencia del momento edípico (Blinder, Knobel, Siquier, 2004).

Otros autores han realizado nuevos intentos de categorizar el juego de los niños evolutivamente, siempre siguiendo sus esquemas teóricos.

## **TERAPIA DE JUEGO GESTALT**

Es una terapia humanista, que es un proceso orientado a un modo de terapia que concierne a la salud y al funcionamiento integral del organismo (las sensaciones, el cuerpo, las emociones y el intelecto). La terapia Gestalt desarrollada por Frederick Perls y Laura Perls, ha tenido sus raíces teóricas en la teoría psicoanalítica, la psicología Gestalt, teorías humanísticas, así también como aspectos fenomenológicos y de existencialismo (Schaefer, 2003). Desde estas fuentes el cuerpo de conceptos teóricos ha evolucionado en el concepto de la terapia Gestalt (Latner, 1986; Perls., 1969; Pals, Hefferline, y Goodman, 1951).

El juego puede ser un buen instrumento diagnóstico. Se puede observar su madurez, inteligencia imaginación y creatividad, organización cognitiva, periodos de atención, destrezas en resolución de problemas, entre otros.

Es importante darse cuenta que un niño puede también usar el juego para evitar expresar sus sentimientos y pensamientos. Además puede quedarse atascado en un tipo de juego o resistir involucrarse significativamente en algunas etapas del juego.

La relación yo/tú es un tipo particular de relación que se deriva de los escritos filosóficos de Martin Buber (1958). En este tipo de relación se incluyen varios principios. Por mencionar uno, el terapeuta se entrega por completo a la sesión,

dispuesto a que el paciente lo afecte. No existe la colocación de una pared artificial entre el terapeuta y el paciente.

Más allá de esto, el terapeuta tiene una responsabilidad, al reunirse con el niño, no obstante que presente al sí mismo con respeto y honor. El terapeuta deberá genuino y congruente, nunca manipulador; al mismo tiempo, debe respetar sus propios límites y fronteras, y no debe perderse a sí mismo en el paciente. El terapeuta, también, mantiene la actitud que apoya al potencial completo y saludable del niño (Oaklander 1997, citado en O'Connor).

En el trabajo con niños, la relación con el terapeuta es fundamental debido a que es la base del proceso terapéutico. Además que en sí misma puede ser curativa.

## **Expresión Emocional**

Para ayudar a los niños a que expresen emociones que han mantenido ocultas, lo mismo que a que experimenten y fortalezcan las partes perdidas y estancadas de sí mismos, se utilizan técnicas creativas, expresivas y proyectivas en el proceso terapéutico. Éstas incluyen **dibujar**, pintar y la realización de *collages*, así como el uso de alfarería de barro, **la fantasía y la imaginación**, la narración de historias, **la representación con títeres**, la cubeta con arena, el teatro creativo, la música, **las metáforas**, el movimiento corporal, la conciencia sensorial y la fotografía. Muchos de estos medios proporcionan proyecciones poderosas a los niños, las cuales pueden evocar fuertes sentimientos.

La estabilidad del sí mismo es un requisito previo para la expresión emocional. Más allá de eso, algunos niños necesitan enfocar primero la expresión de una manera cognoscitiva. Hablar acerca de distintos sentimientos, hacer litas de ellos, jugar juegos que impliquen su expresión clara, la experimenten con ellos por medio de la música, dibujar sentimientos de alegría y tristeza, con otros semejantes, ayudan a que algunos niños lleguen a familiarizarse y estar cómodos

con la idea de los sentimientos. Esto junto con las actividades de autoapoyo, ayuda a los niños en su movimiento hacia la expresión auténtica.

### *Procedimientos de terminación*

El concepto de terminación, o conclusión, implica una concepción errónea, debido a que no existe una finalización real de la terapia y, en particular, en el trabajo con niños. Éstos quedan limitados en la translaboración de situaciones de un modo terapéutico, sólo en la medida en que sus niveles de desarrollo se los requieran. La conclusión se realiza en esa etapa en particular.

Los niños alcanzan niveles de estabilización que indican un lugar para detenerse. El indicador ideal se presenta cuando el niño se está desempeñando bien en la vida, fuera del escenario de la terapia y parece que en las sesiones carece de la energía que antes resultaba evidente.

No importa cuál sea la razón para la terminación de la terapia, debe programarse una sesión especial y debe prestarse una atención particular a este momento de conclusión. De manera ideal, en las tres o cuatro sesiones previas a la última, se notificará al niño que la finalización de la terapia está muy cercana. En la última sesión puede tener lugar un ritual particular, según la edad del niño. Algunas de las maneras de dar un énfasis especial a la última sesión son que el niño y el terapeuta escojan un juego, Instrumento o actividad que sea su favorito; que realicen cartas de despedida de una para el otro; o que revisen dibujos y fotografías de escenas entre otros. El exaltar los sentimientos combinados que se relacionan con la terminación de la terapia alivia la confusión del niño con respecto a su escisión interna (Oaklander 1997, citado en O'Connor).

A continuación se expondrán dos técnicas que se utilizaron durante la intervención hospitalaria, que serían el cuento y el dibujo.

## **CUENTOS (NARRATIVA)**

Dice Bettelheim (1975) que los cuentos son simbólicos, dividen y excitan la curiosidad del niño; pero además enriquecen su vida estimulando la imagen, y le ayudan a desarrollar su intelecto y a clarificar sus emociones.

El propio Sigmund Freud (1913/1981) hace una conexión entre el carácter lúdico dramático de los cuentos como generadores de sueños. Esto es a través del sueño se filtran los personajes y el niño los acomoda según su propia conflictiva.

Hablan del contenido del inconsciente del niño, dan contención a sus angustias inconscientes y a través de ellos liberan alegrías y sufrimientos sin llegar nunca al conocimiento consciente.

Trasmiten sentidos evidentes y ocultos. Aportan mensajes importantes al consciente, preconscious e inconsciente. Hacen referencia a problemas humanos universales.

Las historias estimulan al yo en formación e incrementan su desarrollo, y al mismo tiempo liberan al preconscious y al inconsciente de sus pulsaciones. Al irse descifrando las historias, se les deforma consciente.

A las pulsaciones del ellos y se muestran los distintos modos de satisfacerlas, de acuerdo con las exigencias del yo y del superyó, en concordancia con la realidad.

Su mensaje es que la lucha contra las dificultades serías de la vida son inevitables; son parte intrínseca de la existencia humana. Pero si no se huye y se enfrentan con las frustraciones y privaciones inesperadas, a menudo injustas, este enfrentamiento con lleva a la superación y a la fuerza para dominar todos los obstáculos y salir victorioso.

Los cuentos suelen plantear, de modo muy breve y conciso, un problema existencial. Simplifican cualquier situación: los personajes están bien definidos y los detalles quedan suprimidos. El mal es omnipresente al igual que la bondad. Los personajes no son ambivalentes o se es bueno o se es malo, lo que ayuda al niño a comprender más fácilmente la diferencia entre ambos.

Hacen hincapié en los problemas y angustias existenciales y ofrecen soluciones que están al alcance y comprensión del niño.

Muestran que se puede ayudara obtener un estímulo en la formación de un vínculo realmente satisfactorio con otra persona alcanzando una seguridad emocional de la existencia, y se puede también lograr la permanencia de la relación adecuada para el niño y el futuro adulto.

Se orientan al futuro y ayudan al niño a renunciar a sus deseos infantiles de dependencia y a alcanzar una existencia independiente más satisfactoria. Al mismo tiempo, les advierte, les alienta en el desarrollo de su personalidad. Llevan al niño a descubrirse identidad y posible vocación, planteándole qué experiencias necesita para desarrollar su carácter.

Es terapéutico por que el paciente encuentra sus propias soluciones mediante la contemplación de lo que la historia parece aludir sobre él mismo y sobre sus conflictos internos. Proporciona seguridad y da esperanza respecto al futuro.

En ellos, los procesos internos se externalizan y se hacen comprensibles al ser representados por los personajes de una historia y sus hazañas. Los protagonistas y los acontecimientos de los cuentos personifican e ilustran conflictos internos, pero sugieren sutilmente la resolución de dichos conflictos.

Señalan el camino hacia un futuro mejor, se concentran en el proceso de cambio más que en la descripción de los detalles exactos de la felicidad que se va a

ganar. Las historias comienzan precisamente en el desarrollo en el que se encuentra el niño y sugieren el camino a seguir, poniendo énfasis en el proceso en sí.

Retomando a Bettelheim (1975), dice que a través de los cuentos el niño comprende lo que ocurre en su yo consciente. Al adquirir esta comprensión puede luchar ordenando de nuevo y fantaseando sobre los elementos significativos de la historia, en respuesta a las pulsaciones. Así puede dominar los problemas psicológicos del crecimiento, superando las frustraciones narcisistas, los conflictos edípicos, rivalidades fraternas, renunciara las dependencias de la infancia, obtener sus sentimientos de identidad y de auto evaluación y un sentido de la obligación moral.

Plantean seriamente problemas y angustias existentes, como sentimientos de soledad, aislamiento y sensaciones de angustia mortal. Enfatizan angustias tales como la necesidad de ser amado y el temor a que se crea que uno es despreciable, el amor a la vida y el temor a la muerte (González Núñez, 2001).

Las soluciones y finales que los cuentos ofrecen están al alcance de la comprensión del niño: lo único que puede ayudarnos a obtener un estímulo a partir de los estrechos límites de nuestra existencia en este mundo es la formación de un vínculo realmente satisfactorio con otra persona, y si uno ha encontrado el verdadero amor adulto morirá satisfecho.

El niño irá superando cada vez más el caos interno incontrolable conforme lo externaliza Si queremos funcionar bien tenemos que integrar las tendencias discordantes inherentes a nuestro ser. En el complejo edípico el cuento le dice como puede vivir con sus conflictos: le sugiere fantasías que él nunca podría inventar por sí solo. Con el cuento disfrutan plenamente de las satisfacciones edípicas en sus fantasías y a la vez mantienen buenas relaciones con ambos progenitores en la realidad. (Padilla, 2003).

Es necesario enfatizar el hecho de que el proceso psicoterapéutico con niños es indispensable estar en constante contacto con el lenguaje simbólico del cuento, y de esta manera conocer el inconsciente y sus conflictos.

## **DIBUJO**

Los dibujos nos pueden dar una buena indicación del nivel de inteligencia, creatividad, talento artístico y puede indicar déficits neuropsicológicos que estén presentes. El dibujo también puede ayudar a identificar dificultades en la imagen corporal, conflictos psicológicos y estresores psicosociales (Cepeda, 2001).

Una ventaja de los dibujos es que pueden servir para poner en evidencia de forma concreta y visible, que puede ser presentada a los padres cuando no creen que algo esté mal con sus hijos.

Los dibujos realizados son representaciones y no reproducciones, que expresan su interior pero no un realismo visual. La imagen tiene elementos tanto afectivos como cognitivos.

A continuación se enlista la secuencia diagnóstica de los dibujos:

Dibujo libre

Dibujo de una persona

Dibujo de una persona del sexo opuesto a la anteriormente dibujada

Dibujo de una familia haciendo algo juntos (dibujo de la familia cinético)

Dibujos opcionales: un árbol, una casa, un automóvil

Los niños generalmente hacen dibujos de figuras masculinas, cuando se les indica que dibujen a una persona; si el niño dibuja a una figura femenina, puede ser que estén presentes conflictos de identidad sexual. Este no es el caso para las niñas. El dibujo de la familia, llamado dibujo de la familia cinético, ofrece al examinador una comprensión de la dinámica familiar y particularmente de cómo percibe su rol

dentro de la familia. El dibujo de la persona puede indicar su nivel de desarrollo cognitivo, el dibujo de la familia muestra las movilizaciones de las emociones, además de la expresión de su vida emocional interna. El dibujo de la familia puede verse como una técnica proyectiva y que puede revelar los sentimientos del menor en relación a sus más importantes figuras y de influencia formativa.

En ocasiones es importante que se involucre a los padres y al menor en el proceso del dibujo, ya que la convergencia de los temas y los sentimientos puede ayudar al examinador a determinar si está recibiendo cuidado y atendido en sus necesidades.

## COMO ME SIENTO HOY



A continuación se expondrá el caso de Joaquín que ilustra el trabajo realizado durante la residencia de Psicoterapia Infantil.

## Justificación

En el hospital General de México, donde se realizó este trabajo, no se cuenta con un programa o manual de procedimientos para la atención psicológica para el menor internado, quien permanece hospitalizado por periodos cortos o prolongados. Durante el tiempo que el menor permanece hospitalizado, es usual que se someta a estudios de gabinete (radiografías, tomografía computarizada, punción lumbar, biometrías hemáticas, entre otras) y rehabilitación. Con frecuencia también los menores son sometidos a quimioterapia, tratamiento que tiene como efectos secundarios: vómito, mareo, dolor de estómago, cansancio, somnolencia y dolor de cabeza, entre otras molestias, por lo que se dificulta llevar con ellos una continuidad en cuanto al apoyo psicológico.

Sin embargo, ante este panorama, el apoyo emocional mediante la terapia de juego individual tiene un gran valor para los niños que enfrentan una hospitalización prolongada por una enfermedad crónica o terminal y progresiva. La psicoterapia de juego facilita la relación niño-adulto, además de ayudar al niño a afrontar emocionalmente los diversos tratamientos a los que se ve sometido, por otro lado, contar con una atención psicológica individual promueve el desarrollo de una relación de confianza que ayuda a explorar simbólicamente las ansiedades y a estructurar diversos procesos psíquicos. Los efectos nocivos de la hospitalización son más intensos para los niños que enfrentan hospitalización prolongada que para los que permanecen un promedio de 2 a 7 días. Sin embargo en todos los casos los niños enfrentan una gran incertidumbre en torno a su hospitalización. Y el terapeuta de juego infantil en ocasiones, únicamente tiene oportunidad de realizar una intervención antes del alta, intervención que deberá de ser certera y tranquilizadora para el menor.

De hecho el niño hospitalizado pasa por cambios en la vida cotidiana, experimenta malestar físico y emocional, que con frecuencia se acompaña de cambios conductuales que afectan su proceso educativo, sus relaciones sociales y su

ajuste post-hospitalario problemática que también es posible abordar mediante la psicoterapia de juego individual,

En resumen, la Terapia de Juego facilita que el menor se adapte al medio hospitalario, pueda identificar y expresar sus emociones y, aceptar su enfermedad.

### **Objetivo General**

Facilitar a través de la Terapia de Juego que el menor se adapte al medio hospitalario, pueda identificar y expresar sus emociones y, aceptar su enfermedad.

Para esta investigación se reporta el caso de Joaquín, un niño tratado en el Hospital General de México.

### **Objetivos específicos**

- Ψ Evaluar el estado psicológico actual del menor a través de entrevista y juego diagnóstico
- Ψ Realizar la intervención de la terapia de Juego, breve y focalizada, y los registros de sesión.
- Ψ Realizar el cierre terapéutico.
- Ψ Realizar el análisis del proceso terapéutico
- Ψ Realizar el reporte de caso

### **Hipótesis conceptual**

La terapia de juego facilitará que Joaquín se adapte al medio hospitalario, pueda identificar sus emociones y aceptar su enfermedad.

## **Método**

### **Descripción del paciente**

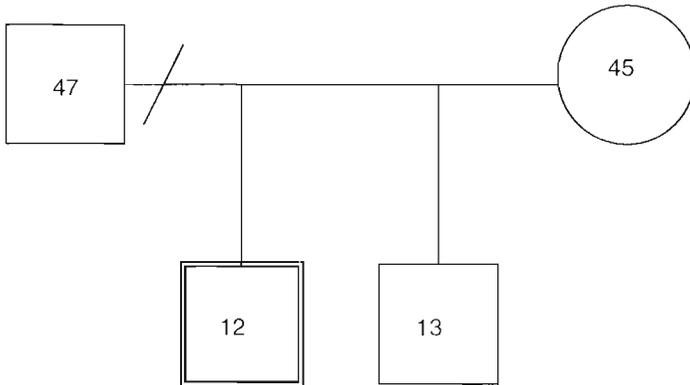
Joaquín es un preadolescente de 12 años, de cara ovalada, presenta alopecia (en el transcurso del tratamiento, es rapado), de cejas poco pobladas, sus ojos grandes y café claro, nariz recta, boca regular, de labios delgados, sobresalen sus orejas, su cuello es largo. Su complexión es extremadamente delgada, se le notan los huesos, su tronco es proporcionado con sus extremidades largas. Mide aproximadamente 1.50 cm. Su vestimenta generalmente es un calzoncillo tipo boxer.

En cuanto al lenguaje y pensamiento, puede establecer una conversación fluida e hilada, utiliza conceptos abstractos y metáforas. Su ritmo de pensamiento se torna lento después de sus sesiones de quimioterapia.

Aproximadamente en junio del 2003 se empezó a sentir mal, por lo que es enviado a esta institución para su valoración y tratamiento. La médico especialista en hematología le diagnosticó Linfoma de Burkitt (ver anexo 1). Lo que el paciente conoce sobre su enfermedad es que tiene que permanecer en el hospital, por periodos cortos o largos dependiendo de la gravedad de su enfermedad.

El personal médico lo reporta generalmente malhumorado. Por lo cual se solicita atención psicológica.

En cuanto a su núcleo familiar está integrado de la siguiente manera:



Joaquín es producto de la segunda gesta, nace el 15 de octubre de 1991, actualmente vive con su madre y hermano, tienen casa propia y comparten el terreno con una tía materna del menor. Sus padres se separaron hace aproximadamente 3 años, el niño relata que sus padres peleaban constantemente, pero que a él no le importa ahora, sólo que le gustaría que regresaran a vivir juntos. Casi no ve al padre y durante el periodo que estuvo hospitalizado no lo visitó.

La madre menciona que las discusiones con su marido tenían que ver con la economía familiar, ya que no alcanzaba lo que les daba para sus hijos, ahora les envía una pensión y ella se dedica a cuidar a Joaquín, no puede tener trabajo, ello debido a que cuando está hospitalizado, ella es quien viene a verlo y a cuidarlo. En ocasiones le ha tocado quedarse por días o semanas internado, lo cual depende si viene a quimioterapia o si tiene alguna recaída.

Cuando está en su casa convive con sus dos primos (5 y 6 años) y con su hermano. Le gusta jugar al Play Station, ya sea solo o con su hermano.

Aparentemente en la familia no ha habido antecedentes hereditarios de alguna enfermedad crónica degenerativa. La madre comenta que había sido un niño muy sano, casi no padecía enfermedades, sólo gripas ocasionales.

En cuanto al área escolar es un menor que ha tenido un buen rendimiento académico, pasó a secundaria y los maestros le han dejado tarea para realizar en casa. Joaquín menciona que cuando regresa a clases, después de un periodo de hospitalización, se siente “raro” debido a que sus compañeros ya llevan un ritmo de trabajo al que él no se adapta. Comenta que sus amigos lo reciben “bien” cuando regresa a la escuela, le dicen en donde se quedaron, pero conforme van pasando los meses, él menciona que no tiene amigos, que no le gusta jugar con sus compañeros por que son unos tramposos.

**En relación con su actitud con la terapeuta,** en un principio se mostró cauteloso, sólo contestaba las preguntas, y difícilmente establecía contacto visual. Conforme avanzó el tratamiento se mostraba más confiado y cooperador, porque sentía que estaba haciendo cambios y porque entendía y aceptaba su enfermedad.

**Respecto a su actitud hacia las sesiones,** en general siempre mostró disposición para participar, se empeñaba por realizar las actividades que escogía o que se le sugerían. Cuando se le aplicaba quimioterapia o presentaba fiebre o dolor se respetó su decisión de no tener sesión. En cuanto al dolor independientemente de los medicamentos que se administraron, se realizaron ejercicios de relajación, además de la fantasía guiada.

## **Escenario**

El Servicio de Pediatría del Hospital General de México, en el área de hematología en donde la disposición de la sala es la siguiente: Al entrar a mano derecha se encuentra el área de hematología que tiene cinco camas y un cuero,

del lado izquierdo es el área de oncología que consta de tres camas y un cunero, a demás de dos camas en un cuarto aledaño. No hay separaciones y cada uno de los menores puede verse a simple vista. Tienen una televisión y generalmente estaba encendida en el canal cinco.

## **Instrumentos**

*Expediente clínico:* Es en donde se lleva el registro de la evolución, tratamiento, diagnóstico y procedimientos a los que es sometido el paciente.

*Historia clínica:* Permite reunir información del paciente, la cual consta de ficha de identificación, motivo de consulta, evolución del problema, historia familiar y familiograma, desarrollo, salud, disciplina, área escolar y social.

*Juego diagnóstico:* Este se desarrolló durante las primeras sesiones para poder identificar la problemática del menor.

*Terapia de Juego:* A través de una técnica y objetivos para el tratamiento del menor, esta se realizaba usualmente durante la fase intermedia y final, con fines terapéuticos.

*Fantasía guiada:* Esta técnica elaborada por Violet Oaklander (1992). Se utilizó con estas instrucciones que se adaptaban al caso particular que se estuviera trabajando.

*Terapia breve:* Que fue focalizada y consistió en tres fases: inicial, intermedia y final.

*Narrativa (cuentos):* Hablan del contenido del inconsciente del niño, dan contención a sus angustias inconscientes y a través de ellos liberan alegrías y sufrimientos sin llegar nunca al conocimiento consciente. Trasmiten sentidos

evidentes y ocultos. Aportan mensajes importantes al consciente, preconsciente e inconsciente. Hacen referencia a problemas humanos universales.

*Dibujo:* Los dibujos realizados son representaciones y no reproducciones, que expresan su interior pero no un realismo visual. La imagen tiene elementos tanto afectivos como cognitivos.

## **Materiales**

Se tuvo un especial cuidado al elegir el tipo de material que se requiere para trabajar con niños hospitalizados, tomando en cuenta las bases teóricas, las recomendaciones de que material se podría ocupar en sala y de acuerdo a recomendaciones médicas, debido a que se sugiere que el material sea lavable para evitar infecciones.

Los materiales empleados en la Terapia de Juego, en la hospitalización fueron los siguientes:

Papelería:

Hojas de papel bond, tamaño carta	Lápices de colores
Folders	Lápices del número 2
Plumones	Crayones de cera
Estrellas de colores	Resistol

Libros elegidos que se adaptaban a cada caso:

Castellanos, Givaduan, <u>Cuando se muere alguien que queremos</u> , Noriega editores, 1999	Crary, E. <u>Estoy enojada</u> , Panorama, 2002
---	---

- Crary, E. Estoy furioso, Panorama,2002
- Crary, E. Estoy frustrado, Panorama, 2002
- Grejniec, M. Mira, Ediciones Norte-Sur/Nueva Cork, 1999
- Krisher, T. El sombrero de Kathy, una historia de esperanza, Alberth Whitman & Company, 1992
- Moses B, Estoy aburrido, Albatros, 1997
- Moses, B. Perdón, aprender a ser amable”, Albatros, 1997
- Novotny, J. ¡Tengo sentimientos!, Publicaciones CITEM, 2001
- Peral-Gilson, Aitana, la ratita despistada, está enferma, Ediciones Hemma, 2001
- Pick, Maillard, Sabrina está cansada de quedar bien con todos, Noriega Editores,2001
- Rübel, D. Descubramos nuestro cuerpo, Publicaciones CITEM, 1999
- Crary, E. Estoy orquillosa, Panorama,2002
- De Fleishmann Aprendizaje de español signado de México, Libre acceso, AC., 2001
- Krischanitz, R. ¡Nadie me quiere!, Ediciones Norte-Sur, 1999
- Llewellyn, C. ¿Me hace bien o me hace mal?, Aprender sobre medicamentos, drogas y salud, Albatros, 2000
- Moses, B. Me siento solo, Albatros, 1997
- Mills, J. El Pequeño árbol, una historia para niños con serios problemas médicos, Magination Press, 2003
- Origami, Papiroflexia, Editorial Barco, 2004
- Peterkin, A. ¿Qué será de mi?, Cuando los hermanos y hermanas se enferman, Magination Press, 1992
- Pick, Rubio, Vargas. Hablando se entiende la gente, Noriega Editores,1998
- Scheffler, U., Ginsbach, J. Leonor va al hospital, una historia sobre valor y amistad, Publicaciones CITEM, 2001

Stone, B. <u>Operación Ratón</u> , Fondo de Cultura Económica, 1993	Tiourina, S. <u>¡A lavarse los dientes!</u> , Publicaciones CITEM, 2000
Weiss, A. <u>Las aventuras de Alberto y su caña de pescar</u> , Noriega Editores, 1992	Weninger, B., Tharlet, E. <u>¿Qué te pasa Dany?</u> , Ediciones Norte-Sur, 2001

Juegos que eran adaptados a cada caso:

Títeres digitales tejidos	Maletín de doctor y un estetoscopio (este último real)
Operando	Palillos chinos
Dominó	Tridominó
Hospital de Kitty	Lotería
El lince	Escaleras y Toboganes
Ajedrez	Rompecabezas
Rompecabezas tridimensional	Damas chinas
Damas españolas	Cartas
Tarjetas para hacer historias	Tarjetas de sentimientos
Maratón del pollito Campero	Bienvenidos a la Selva
Sala de cirugía	Cuarto de hospital

## Procedimiento

Como se ha visto en los capítulos anteriores, la hospitalización es un proceso difícil por el cual pasan los niños, sobre todo quienes tienen enfermedades crónicas degenerativas. A continuación se presenta el caso de Joaquín, como

ejemplo de los casos que se atendieron en el hospital, se presentará un resumen de las sesiones que se llevaron a cabo con él y al final se sacará una conclusión de las observaciones.

Las intervenciones que se realizaron con cada uno de los niños dependieron del tiempo de hospitalización y de su estado físico, debido al proceso propio de la enfermedad o por su tratamiento de quimioterapia. En general se consideraron tres etapas de tratamiento (inicial, intermedia y final); para cada sesión se planteó un objetivo específico y una actividad como puede apreciarse en el siguiente recuadro.

No. de Sesión	Objetivo Específico	Actividad	Etapa de tratamiento
1-3	Bienvenida: Que el menor pueda estar tranquilo de que está hospitalizado con el objetivo de sentirse mejor y no por un castigo. (Exploración de fantasías en torno al padecimiento y la hospitalización, explicación de los procedimientos médicos)	Entrevista, juego diagnóstico	Inicial
4-7	Identificación y expresión de emociones. Adaptación al medio hospitalario. Conocimiento de su padecimiento. De acuerdo al caso, se especificarían mas objetivos	Psicoterapia de juego: juego libre, narrativa, dibujo, fantasía guiada y relajación.	Intermedia
8-10	Preparación para el alta y próximas hospitalizaciones. Despedida de acuerdo al caso.	Elaboración de metas a corto y mediano plazo. Cierre de acuerdo al caso Despedida de acuerdo al caso	Final

## **Estrategia de intervención**

La intervención psicoterapéutica tuvo las siguientes características:

Se iniciaba con una visita a sala para conocer que niños permanecían internados, cuales habían sido dados de alta y quienes habían ingresado. Esto se hacía con la finalidad de conocer cual sería su probable estado emocional.

### *Fase Inicial*

El acercamiento que se hacía con los niños era primeramente saludarlos por su nombre, posteriormente realizaba mi propia presentación, mencionando mi nombre, profesión y a que se refería ésta. Se proseguía con el rapport y la bienvenida que consistía primero en averiguar si conocían el motivo de su estancia y los procedimientos a los que eran sometidos, de no ser así, se procedía a explicarles con un lenguaje sencillo, los procedimientos a los que serían sometidos y siempre haciendo énfasis en que estaban ahí para conocer que enfermedad tenían y que sus padres o familiares estarían al pendiente de ellos, así como los médicos y enfermeras.

En las sesiones posteriores se procedía a realizar el juego diagnóstico para conocer sus fantasías y temores en torno a la hospitalización y su padecimiento, así como su estado emocional.

También se entrevistaba a los padres o familiares para conocer el entorno en donde vivía el menor, y se trabajaba con ellos las dudas y temores que tenían en cuanto a la hospitalización y tratamiento del menor.

### *Fase Intermedia*

Antes de trabajar con los menores, se revisaban sus expedientes clínicos, con la finalidad de conocer como se encontraban en el aspecto físico y de ser necesario prepararlos para los estudios clínicos o intervenciones quirúrgicas, que deberían

ser sometidos. Pero siempre preguntando al médico tratante, si ya habían sido notificados los padres y el menor.

Se trabajó con las fantasías, temores, identificación y expresión de emociones, que hay con respecto a su enfermedad y hospitalización, por medio de la Terapia de Juego, ya que el niño a través de ésta podrá identificar, reconocer y expresar sus emociones y sus necesidades, para aceptar su enfermedad, y adaptarse al medio social y hospitalario, lo que contribuiría a la adherencia al tratamiento médico y una mejor relación con el personal de la institución.

Esto se lograría con la utilización de diversas técnicas como sería la Fantasía guiada, el niño podría crear un espacio seguro, que le permitiría tener el control de sí mismo y de su entorno, el dibujo, la narrativa y el juego.

En esta etapa se trabajaba con los menores y sus padres o familiares, el hecho de que podían preguntarle a su médico las dudas que tuvieran en cuanto a su padecimiento y tratamiento, así como palabras que no entendieran.

### *Fase Final*

Se retomaba lo trabajado en las sesiones anteriores, haciendo énfasis en lo logrado y en tener metas a corto y mediano plazo, para después de la hospitalización. También se repasaba con el menor los cuidados que debía de tener al regresar a su casa. Al concluir cada sesión se le decía al menor que de no vernos al día siguiente eso sería bueno porque ya lo habían dado de alta y si nos veíamos que también era bueno porque los médicos estaban ahí para que mejorara de salud y después pudiera irse en mejores condiciones.

El médico tratante informaba cuando un menor estaba próximo a fallecer y se procedía a dar apoyo a los familiares, se exploraba que pendientes tenía el menor para trabajarlos con él y estuviera tranquilo. Se manejaba que sus padres, hermanos o familiares cercanos siempre estarían con él y lo acompañarían a

través de su sueño. Como terapeuta también se procedió a la despedida, resaltando las fortalezas y logros del menor, durante el tratamiento y que se estaría al pendiente de él.

La duración de las sesiones variaba, ya que dependía del estado físico del menor, en ocasiones estaban débiles a causa de la quimioterapia o tenían fiebre o les habían hecho algún estudio, entre otras causas.

### **Descripción de las sesiones:**

#### 1era. Sesión

Martes 28 de octubre de 2003.

Objetivo: Bienvenida y exploración de conciencia de enfermedad

Me presenté con Joaquín y le expliqué que los psicólogos trabajan con las emociones y procediendo a indagar que tanto conocimiento tenía acerca de su padecimiento y hospitalización. Se le explicó que es una venoclisis, la importancia de no mover mucho el brazo y que por esa vía se le administrarían parte de su tratamiento, ya que en ocasiones tendría que tomar la medicina o se la inyectarían. Se percibió que conocía su diagnóstico y que tiene dos tumoraciones (éstas se encuentran localizadas en tórax anterior y posterior que no le provocan sintomatología, se le indicó Tomografía computarizada de tórax para descartar metástasis), se le advirtió que probablemente tenga que reingresar para practicarle algunos estudios (biometrías hemáticas, punción lumbar y radiografías) para conocer como ha ido evolucionando y para su quimioterapia, lo cual aceptó pero expresó su desagrado por tal situación, ya que volvería a perder clases en la escuela.

Durante la entrevista mencionó que se encontraba en primero de secundaria, en donde eligió el taller de electrónica ya que le gusta armar y desarmar aparatos y así podrá conocer su funcionamiento. Estaba contento de poder seguir estudiando

y que sus compañeros lo reciban bien después de cada hospitalización pero él se sentía “raro” después de incorporarse ya que el grupo llevaba un ritmo, que él tardaba en seguir. Los maestros le dejaban trabajos en los periodos que no asistía a la escuela. En casa recibía el apoyo de sus familiares lo cual le permitió adaptarse nuevamente a su ritmo diario de vida.

Comentario:

Joaquín ingresó para aplicación de quimioterapia y será dado de alta. La bienvenida al hospital consiste en mi presentación, se le explicó que es un psicólogo y la forma de trabajo en las sesiones de psicoterapia, se exploró que tanto conoce acerca de su enfermedad, además de explicarle los procedimientos médicos que le serán realizados.

Joaquín es un preadolescente que tiene conocimiento de su enfermedad desde hace 4 meses, pero no de su gravedad. Es la primera vez que le explican los procedimientos con respecto al tratamiento de su enfermedad (aunque él ya lo había inferido), así como el hecho de ser tratado psicológicamente. Lo impredecible y desconocido de su padecimiento, así como no poder llevar una vida normal y la readaptación a su rutina cotidiana en casa o en hospitalización, son factores que le enojan, frustran y que no le permiten el tener el control de su vida.

## 2da. Sesión

Martes 24 de febrero de 2004

Tiempo transcurrido de la última sesión: 4 meses

Actividad: Dibujo Libre

Objetivo: Evaluación emocional del menor.

En esta sesión se sugirió que hiciera un dibujo, el cual resultó ser un fantasma que “aparece en unos videojuegos y que siempre se interpone y te impide pasar a otro nivel” sic. Joaquín, se le hizo el símil de lo niveles de tratamiento a los que se

estaba sometiendo y que quien podría ser el fantasma, mencionó que uno mismo y al preguntarle lo que ocurría cuando no pasaba de nivel, él mencionaba que lo repetía en el videojuego hasta que pasaba de nivel, se le decía que así también es su tratamiento que algunas veces no avanzaría tan rápido y él replicaba que no importaba porque él intentaría repetirlo hasta que saliera. Esto mostraba la fortaleza y valentía que Joaquín tenía ante su situación.



**Comentario:**

Joaquín ingresó por quimioterapia y para hacerle algunas transfusiones. El tiempo prolongado que transcurrió entre las sesiones se debe a que estuvo asistiendo a quimioterapia ambulatoria, en consulta externa.

Este dibujo y sus comentarios permitieron conocer la importancia que tenía para él el dibujo, de que tenía cierta conciencia de enfermedad y que se sentía atorado, pero que saldría adelante. El tratamiento con quimioterapia, se divide en tres fases: a) fase de inducción a la remisión, b) mantenimiento y c) remisión.

Al equiparar su dibujo con el video juego, quien lo juega es quien tiene el control de los movimientos, pero en este caso, Joaquín sentía que no tenía el control y que habían otros factores que no se podían ver o predecir para él (como el fantasma), en cuanto a su tratamiento, como sería el caso de las transfusiones que requiere ante la baja de plaquetas y la incertidumbre del tiempo que debería permanecer hospitalizado.

Estas cuestiones son las que le provocaban confusión, enojo, tristeza e impotencia, pero su fortaleza yoica le permitió reestructurarse y seguir adelante, porque él mismo decía que no se daría por vencido.

### 3era. Sesión

Lunes 1° de marzo de 2004

Tiempo transcurrido de la última sesión: 6 días

Actividad: Cartas de pensamientos y sentimientos

Objetivo: Entrevista

En esta sesión se barajaron las cartas y se acordó que cada uno las leería y respondería alternadamente. Una situación que resaltó en esta sesión fue su preocupación por no tener amigos en la escuela, dice, desconocer la causa, pero al hablarlo sale a relucir que probablemente sea por su aspecto o porque que no pueda hacer ciertas actividades como correr o porque falta mucho a la escuela. Al estar hablando de esta situación, mostró un rostro de tristeza. Mencionó que los maestros lo apoyaban dándole ejercicios y tareas extras, cuando no podía asistir a la escuela. También se abordó como se sentía enojado sobre todo cuando estaba en casa ya que en ocasiones todo le molestaba. Relataba con tristeza que sus padres se encuentran separados, anteriormente discutían frecuentemente y a él le hubiera gustado que se entendieran para que vivieran juntos otra vez. Le apenaba que las Doctoras lo revisaran (en este punto se tapó con la sábana). Una situación que lo ponía muy triste es que le dijeran que lo iban a dar de alta y no se lo cumplieran.



Comentario:

Se escogieron las cartas de Pensamientos y Sentimientos, debido al poco tiempo con el que se cuenta para las sesiones de psicoterapia. Estas cartas son del tipo de la Prueba de Frases incompletas, en donde se exploran las siguientes áreas: Familia, social, temores, identificación de sentimientos, percepción de sí mismo y al mismo tiempo, se integran los tiempos pasado, presente y futuro. De acuerdo al tipo de respuesta que da, se hace la indagación correspondiente, por ejemplo *Platico con mis amigos de nada*, al preguntarle que sucedía, menciona que ya no se quieren juntar con él y en el transcurso de la sesión se va armando el panorama. Cuando me tocaba leer una carta, la respondía y lo incluía para que respondiera también, por ejemplo *Me da pena cuando me ven en pijama y ¿a ti?*, en esta parte menciona que cuando lo van a revisar las doctoras.

En esta sesión predominaron los sentimientos de tristeza, enojo y frustración, no solamente en relación con su enfermedad, sino con su familia y amistades. Esto se relaciona con las capacidades de dominio-competencia, en donde Joaquín ha visto cómo se han estado modificando sus relaciones de objeto, él ya no tiene las mismas capacidades físicas que antes, esto no lo reconoce y utiliza el mecanismo de defensa de la negación con el objeto de que no le genere angustia, lo cual podemos apreciar cuando dice desconocer el porque de la separación de sus amigos.

#### 4ta. Sesión

Martes 2 de marzo de 2004.

Tiempo transcurrido de la última sesión: 1 día

Actividad: Dominó

Objetivo: Preparación para el alta.

Con la finalidad de que comenzará a socializar con pares, que están en condiciones similares y tuviera la posibilidad de compartir experiencias, se le dejó a su compañera de sala, un dominó. Los presenté y les comenté que pusieran una mesa entre las camas, así podría jugar, cada uno en su lugar.

Al llegar con Joaquín para su sesión, lo primero que eligió fue jugar dominó, ese día lo darían de alta, por lo que se indagó sobre sus planes a futuro. Sus planes consistieron en llegar a casa, acostarse para descansar, ver televisión, jugar con su hermano y en ocasiones ayudar a su mamá en labores domésticas como lavar platos o barrer. En la sesión comentó que le gustaba ganar y que de eso se trataba el juego, no le gustaba perder aunque a veces sucedía. Mencionó que quien jugaba bien dominó era su vecina de cama Luchita.

Comentario:

Conforme van pasando las sesiones se va formando una alianza terapéutica, lo que se vio reflejado en la aceptación de la sugerencia para socializar con su compañera de sala y de la disposición que mostraba en las sesiones para trabajar.

Las expectativas que tenía con respecto a su alta, eran a corto plazo y únicamente a nivel familiar, esto probablemente debido a que en el aspecto escolar y social, no había tenido el desarrollo esperado y se encontraba combinado con sentimientos de inadecuación. Un aspecto importante por remarcar es el deseo que manifestaba por seguir luchando y no darse por vencido, aunque en ocasiones no le resultaba fácil. También en esta sesión se vio reflejada su resolución de ganar en el juego, aunque reconoce que a veces se puede perder.

## 5ta. Sesión

Lunes 22 de marzo de 2004

Tiempo transcurrido de la última sesión: 20 días

Actividad: Dibujo libre

Objetivo: Conocer como se sentía ante su reingreso al hospital

Se saludó a Joaquín y se le preguntó el motivo de su hospitalización, a lo que él refirió que fue para aplicación de quimioterapia y que se quedaría hospitalizado por unos días. Se le preguntó que actividad le gustaría realizar durante su sesión, a lo que él respondió que le gustaría hacer un dibujo, entonces se le sugirió el tema de cómo se sentía en ese día. Se le proporcionaron las hojas, lápices de colores, plumones y una tabla para recargarse. Joaquín se sentó en su cama y comenzó a dibujar en silencio, lo cual se respetó. Cuando terminó se le preguntó en torno al dibujo, comentó que estaba cansado y que en el desayuno no tenía hambre, pero después de haber hecho el dibujo, le dio hambre. Se encontraba preocupado por que no iba a ir a la escuela debido a que tendrían actividades y salidas, como sería el ir a un laboratorio para conocerlo. Finalmente comentó que en el dibujo se encontraba mostrando su lengua porque tenía sed, pero esperaba a que llegara su mamá debido a que tenía poco agua. Al preguntarle si deseaba que se le diera agua, él comentó que sí que le gustaría tomar un poco y se le dio de beber.

Al terminar la sesión se le comentó que era importante su tratamiento y que en ocasiones como él ya sabía, tendría que faltar a clases, pero que tenía el apoyo de sus maestros para que continuara a su ritmo.



Comentario:

En esta sesión se exploró como se sentía en torno a su reingreso, a lo que él manifestó preocupación por su situación escolar, pero en cuanto a su hospitalización se le permitió expresar e identificar que se sentía cansado. Así como el hecho de haber estado trabajando con él, es algo que lo nutre emocionalmente y estimula, esto se infirió cuando mencionó que ya tenía hambre y además permitió que se le diera agua. Este era un espacio en donde se le permitía expresar su sentir abiertamente y sin temor a ser criticado. El hecho de mantener su atención en la escuela le permitía afrontar su hospitalización.

## 6ta. Sesión

Martes 23 de Marzo de 2004

Tiempo transcurrido de la última sesión: 1 día

Actividad: Tarjetas de pensamientos y sentimientos

Objetivo: Conocer como se sentía emocionalmente

Esta fue una actividad en donde se emplearon tarjetas (con frases y dibujos) se barajaron, por turnos se fueron tomando y leyendo su contenido para completar las frases que ahí se indicaban. De los datos sobresalientes de la sesión, destacó su preocupación por la relación que tenía con sus compañeros de escuela. Ellos ya no le hablaban y no lo invitaban a jugar, lo que refería es que se burlaban de él por no tener pelo, además de no poder realizar actividad física. Todo esto como consecuencia de su enfermedad y tratamiento, que eran muy agresivos para su cuerpo.

Sus maestros del primer año de secundaria, continuaban apoyándolo en cuanto a dejarle trabajos para que entregara, al integrarse a clases.

En cuanto a su enfermedad, conocía que tenía y sabía a que procedimientos a que lo someterían, expresó que sus deseos eran: curarse, salir del hospital y estar en casa.



Comentario:

Sus capacidades de dominio-competencia se han visto disminuidas, por el tipo de tratamiento recibido (quimioterapia) y por su enfermedad. Sus habilidades físicas y aspecto, se han modificado y alterado su autoestima, lo que lo llevó a tener sentimientos de enojo, tristeza y rabia, ante una situación que no puede modificar.

Se trabajará con él, la socialización ya que el estar aislado, no es bueno para él, necesita un mayor contacto con sus pares.

### 7ma. Sesión

Miércoles 24 de marzo de 2004.

Tiempo transcurrido de la última sesión: 1 día

Actividad: Dibujo libre

Objetivo: Preparación para el alta

En esta ocasión, Joaquín se encontraba recostado y sonrió al verme llegar, lo saludé y le pregunté cómo se sentía a lo que respondió que bien, debido a que habían terminado con la aplicación de quimioterapia y lo darían de alta. Propuso que le gustaría hacer un dibujo, se le dieron las hojas y los colores, escogió una hoja azul y los plumones. Dibujó un barco y al cuestionarle a donde se dirigía, respondió que "a una isla, para buscar un tesoro, lleva mucha gente, todos se sienten bien y acompañados. Es un mar tranquilo en donde viven los peces, los alacranes, tiburones, ballenas y los delfines, cada uno tiene su casa y son amigos. El tesoro tiene mucho dinero y peces, con el dinero comprarán un barco nuevo porque el otro se está descomponiendo. Tiene un hoyo, muchos agujeros, se siente mal, los demás lo tratan de ayudar y le ponen nuevos palos para que no tenga hoyos y así pueda sentirse bien, porque las personas lo están ayudando y le están quitando la vieja madera" sic Joaquín.

Se le mencionó que el hospital sería como la isla en donde el tesoro sería el tratamiento y que en este viaje no estaría solo, ya que contaba con el apoyo del

personal médico, de las enfermeras y de la terapeuta. Los hoyos serían como las tumoraciones que se tenía pero que con el tratamiento de la quimioterapia se las estaban combatiendo y se le recalcó que en este recorrido no estaría sólo ya que contaba también con el apoyo de sus familiares y de sus profesores. Además que al darlo de alta, él ya sabía a donde recurrir en caso que necesitara tratamiento médico y que en su estancia en casa, estaría acompañado. A lo que Joaquín respondió que efectivamente se sentía acompañado y que continuaría con su tratamiento.



Comentario:

Pareciera que Joaquín se estaba dando cuenta de la gravedad de su enfermedad y que su cuerpo, en ocasiones pareciera no resistiera los embates de la misma. Se encaminó la intervención para que pudiera establecer una alianza con el personal de la institución y los viera como un equipo que lo ayudaría a que se sintiera mejor y no desplazara hacia ellos su enojo, ya que el personal lo reportaba como “malhumorado”.

## 8va. Sesión

Lunes 19 de abril de 2004.

Tiempo transcurrido de la última sesión: 26 días

Actividad: Narrativa (¡Nadie me quiere!)

Objetivo: Socialización y autoestima

Joaquín se encontraba acostado y al verme sonrió, comentó que ingresó para aplicación de quimioterapia y para transfusión. Desde finales de la semana pasada se empezó a sentir mal y dejó de ir a la escuela, la madre comentó que lo trae hasta ahora porque se atravesó el fin de semana y no lo puede ver la Doctora Bolea. La madre se retiró porque necesitaba hacer unos trámites en Servicio Social.

Encontré a Joaquín con su venoclisis, en cuanto a su estado de ánimo, aparentemente se encontraba tranquilo, comentó que esperaba salir pronto del hospital. Al sugerirle la lectura aceptó que leyéramos el cuento de ¡Nadie me quiere! Es la historia de un perro llamado Migas, que recientemente llega a un pueblo y siempre que quiere acercarse a un animal, éste huye, no se explica porque no quieren ser sus amigos. Joaquín se identifica con el personaje y dice que él se siente como Migas, que no puede hacer amigos. Al analizar las opciones del porque no tiene amigos, sale a relucir su aspecto físico, que es muy grande y que tiene cara de asustado. Al continuar con la narración hay un animal que no le teme y se ofrece a presentarlo con los demás habitantes, entonces es cuando se entera que creían que él les podía hacer daño, por lo tanto huían cuando lo veían. Migas a todos les dice que sería incapaz de hacerles daño. Al hacer el símil con Joaquín del porque no podría hacer amigos, mencionó que por su aspecto y tal vez porque no lo conocían como realmente era, además de mencionar que a veces se sentía mal y no tenía ganas de jugar. Se le comentó que podría explicarle a sus compañeros acerca de su enfermedad y mencionarles que en ocasiones a él le gustaría jugar con ellos, pero al sentirse mal, se ponía de mal humor y que no era por ellos.

Comentario:

Joaquín se sentía aislado y no reconocía que a veces él es quien alejaba a los demás con su mal humor. Lo cual era debido a que en ocasiones presentaba dolor de cabeza y en las zonas de las tumoraciones.

Logró tener insight en cuanto a su comportamiento y la relación con sus compañeros de clase. Se pensó en decirle que le podría pedir permiso a algún profesor para que le diera la oportunidad de hablar enfrente del grupo acerca del cáncer, pero no se hizo, ya que se tendría que esperar a que comprendiera mejor sus emociones.

### 9na. Sesión

Martes 20 de Abril de 2004.

Tiempo Transcurrido de la última sesión: 1 día

Actividad: Juego libre (damas chinas y palillos chinos)

Objetivo: socialización

Para continuar con la dinámica de integrarlo a la sala del hospital, se le preguntó si deseaba que se integrara a la sesión Luis, quien era su vecino de cama, lo cual aceptó. En un principio Luis declinó la invitación, pero al ver que estábamos acomodando las pijas del juego de damas chinas, él accedió y se integró.

Luis comentó que en la tarde lo darían de alta y que solamente fue a su aplicación de quimioterapia. En el transcurso de la sesión se trabajó la relación que tienen con sus pares, ambos coincidieron que es difícil tener amigos, lo cual asociaban a su aspecto y que no podían hacer esfuerzos físicos. Al terminar la sesión, mencionó que se sintió bien jugando con alguien más, se le comentó si esto lo podría hacer en la escuela, al principio pareció entusiasmarle la idea de jugar juegos de mesa (ya que no podía hacer actividad física) pero rápidamente lo descartó ya que dice que sus compañeros de escuela eran unos tramposos.

Comentario:

Joaquín pudo convivir con alguien más que se encuentra hospitalizado ya que generalmente no hablaba con sus compañeros de sala. Además logró identificarse con Luis, debido a que él también tiene sentimientos de inadecuación ante sus compañeros de clase.

La autoestima, se ve afectada debido a que la rutina a la que estaban acostumbrados se encontraba alterada, así como su aspecto físico, su fuerza, ya no era la misma, por lo tanto aparecieron los sentimientos de minusvalía y de enojo, que se mencionaron también en la sesión anterior. Estos factores son los que le impedían tener una relación con sus pares.

#### 10ma. Sesión

Jueves 22 de Abril de 2004.

Tiempo transcurrido de la última sesión: 1 día

Actividad: Entrevista

Objetivo: Preparación para el alta

La madre se encontraba con Joaquín y está acomodando sus cosas debido a que este día sería dado de alta. En cuanto a sus metas a corto plazo tenía el llegar a descansar, ya que al día siguiente tendría que comenzar a hacer la tarea que tenía atrasada, debido a que había faltado por más de una semana a la escuela, pero no todo era estudio y jugaría play station con su hermano.

Al indagar un poco en cuanto a la relación con su hermano, la madre dijo que a los dos los trataba igual y “no porque Joaquín se encuentre enfermo se le trata diferente, a él también se le castiga” (con no jugar con el play station), a lo que él respondió “pero siempre me castigas a mí y no a mi hermano”. “No es cierto, también lo castigo a él cuando se pasa de la hora de juego”.

Comentario:

Joaquín se encontraba bien adaptado a la hospitalización, esto es, se encontraba tranquilo, era cooperador con los procedimientos, es decir, había llegado a la etapa de aceptación de su enfermedad. Además pareciera que influía en su comportamiento el tener como meta el continuar con sus estudios, ya que aún estando en casa, contaba con el apoyo de los maestros que le dejaban trabajos, así como la relación con su hermano y al hecho de no ser el consentido ya que la mamá manejaba la igualdad entre ellos. Esto ayudaba a que no fuera señalado como el enfermo o el débil de la familia, ayudando a una mejor adaptación, sin embargo señalaba que no tenía amigos en la escuela porque no se querían juntar con él y si jugaba con ellos, le hacían trampa, esta parte de socialización es la que se estuvo trabajando con él cuando estaba internado.

#### 11era. Sesión

Jueves 6 de Mayo de 2004.

Tiempo transcurrido de la última sesión: 14 días

Ingresó Joaquín por presentar fiebre y los médicos estuvieron investigando la causa de esta. Su madre lo estaba cuidando cambiándole las compresas y se le veía somnoliento, por lo que únicamente pasé a saludarlo y estar un breve instante con él, le dije que después trabajaríamos a lo que él asintió.

#### 12da. Sesión

Martes 11 de mayo de 2004.

Tiempo transcurrido de la última sesión: 5 días

Actividad: Fantasía guiada

Objetivo: Relajación

Seguía presentado dolor y temperatura, el día de ayer no tenía ánimo para trabajar, lo cual se respetó. Este día aceptó tener una actividad de relajación, se le explicó que se iba a sentir mejor y que el dolor disminuirá un poco. Los médicos

tenían la duda si presentaba solamente dolor o si éste estaba acompañado de un factor psicógeno, ya que referían que cuando estaba la madre, se incrementaba el dolor. El día de ayer se quejó de dolor, lo cual es impresionante observarlo, esto provoca angustia por no poder hacer más que llamar al médico y estar a su lado.

Se empleó la técnica de la Fantasía Guiada para ayudar a disminuir el dolor (ésta se encuentra transcrita en instrumentos), claro está que fue también con la interacción de los medicamentos, que se ayudó al control del dolor.

En un minuto te pediré que cierres los ojos, y te conduciré a un fantástico viaje imaginario. Ponte tan cómodo como sea posible, cierra los ojos y entres en tú espacio. Cuando cierras los ojos, hay un espacio donde te encuentras a tí mismo. Esto es lo que llamo tu espacio. Tú llenas este espacio en este cuarto y donde sea que estés, pero generalmente no lo notas. Con los ojos cerrados, puedes tenerla sensación de espacio, donde esta tu cuerpo y el aire que lo rodea. Es un lindo lugar para estar, porque es tu lugar, es tu espacio. Empezaremos por las respiraciones, mete el aire por la nariz y sácalo lentamente por la boca, eso es, lentamente. Ahora empezaremos a utilizar respiraciones mas profundas. Deja salir el aire con algún sonido. Haaaaaaah. Muy bien, ahora te voy a contar una pequeña historia y llevarte en un viaje imaginario. Ve si puedes seguirme. Imagina lo que te voy diciendo y observa cómo te vas sintiendo mientras lo haces. Percibe si te gusta o no ir en este pequeño viaje. Si llegas a un lugar que no te agrada, no tienes obligación de entrar en él. Sólo escucha mi voz, sígueme si lo deseas y simplemente veamos qué sucede.

“Quiero que imagines que vas caminando por un bosque. Hay árboles por todos lados y pajaritos cantando. El sol asoma entre los árboles y está sombreado. Es muy agradable pasear por este bosque. Hay pequeñas flores, flores silvestres, en las orillas. Vas caminando por el sendero. Hay piedras en el costado del camino, y de vez en cuando miras correr a un animalito, quizá un conejo. Estas caminando y de pronto te das cuenta que el camino asciende y marchas hacia arriba. Ahora

sabes que estás subiendo un cerro. Cuando llegas a la cumbre, te sientas a descansar sobre una gran roca. Mira alrededor. El sol brilla; vuelan aves. Al otro lado del camino, valle de por medio, hay otra montaña. Puedes ver que en aquella hay una cueva. Te das cuenta y deseas poder estar en esa montaña. Te das cuenta que los pájaros vuelan fácilmente hacia allí y deseas ser un ave. De pronto, como esto es una fantasía y todo puede suceder ¡Te das cuenta que te has transformas en pájaro! prueba tus alas, y por supuesto, puedes volar. Así que despegas y vuelas fácilmente al otro lado, disfrutas de lo que estas viendo, sientes el aire sobre tu cara.

“Al otro lado te posas sobre una roca y de inmediato vuelves a ser tu mismo. Trepas las rocas buscando la entrada a la cueva y vez una puertecita. Te agachas, la abres y entras a la cueva. Cuando estas dentro, hay espacio suficiente para estar de pie. Te paseas examinando las paredes de la cueva y de improvisto vez un corredor- un pasillo. Caminas por éste y de pronto te das cuenta que hay fila tras fila de puertas., cada una con un nombre inscrito en ella. De pronto llegas a una puerta que tiene tu nombre. Te paras frente y sabes que pronto la abrirás y entraras al otro lado de la puerta. Sabes que ése será tu lugar, el cual será tranquilo.

Así que gira la perilla y entra. ¡Mira alrededor de tu lugar! ¿Estas sorprendido? Obsérvalo bien. Ve qué hay y dónde está. Disfruta de lo que ves, es un lugar en donde puedes encontrar paz y tranquilidad, puedes quedarte un momento.

Ahora vamos a salir, le damos una última mirada y nos traemos la sensación de paz y tranquilidad que nos dio nuestro espacio. Cerramos la puerta y nos dirigimos a la entrada, ahí nuevamente nos convertimos en un ave, siente nuevamente el aire sobre tu cara, la vista es hermosa y la disfrutas, llegamos nuevamente a la roca del cerro y nuevamente eres Joaquín, regresamos por el camino del bosque y ahora estamos en la sala del hospital, recuerda que regresas con la sensación de paz y tranquilidad. Abre los ojos.

Comentario:

Fue muy cooperador en la sesión y pudo relajarse, se le hizo hincapié que la sensación de tranquilidad la conservara al momento de abrir los ojos. Comenta que le agrado, que se sintió bien y ya no presentaba el dolor.

Es importante el conocer otras técnicas de relajación, ya que con estos niños, a veces es difícil trabajar, por las incapacidades con que cuentan, por ejemplo no se le puede pedir que tensen y aflojen las extremidades, por su tipo de padecimiento esto en ocasiones puede ser contraproducente, ya que esta clase de ejercicios les causan dolor.

### 13era. Sesión

Miércoles 12 de Mayo de 2004.

Tiempo transcurrido de la última sesión: 1 día

Actividad: Fantasía Guiada

Objetivo: Relajación

Continuaba presentando dolor por lo que se realizó nuevamente la técnica de relajación, que en esta ocasión tuvo como escenario el mar, la respiración seguiría el vaivén de las olas, en un mar tranquilo, se trabajó la respiración a nivel abdominal. Con esto se anexaron dos factores para la relajación y esto le permitiría hacerlo cuando lo requiera. El dolor que presentaba fue disminuyendo, así como la temperatura. Probablemente lo darían de alta unos días para que descansara en su casa.

En este momento era primordial trabajar con su dolor y posteriormente retomar la parte de socialización, ya que ha quedado pendiente. El personal de enfermería lo tenía catalogado como un niño enojón, pero en las sesiones disfruta de su espacio, se tendrá que averiguar el porque de la actitud con las enfermeras.

Comentario:

Con Joaquín se ha trabajado en sus internamientos, para estas fechas se encontraba adaptado al medio hospitalario, cooperaba con su tratamiento y en su terapia emocional, en las sesiones que se han tenido, mostraba sus emociones, se quedaba con lo que le correspondía y lo aplicaba en su ambiente. Se estuvo trabajado con la dificultad para poder socializar y posteriormente con el dolor que presentaba en su pierna izquierda. Me entristeció la noticia que proporcionó la Dra. Bolea en cuanto a su pronóstico, la razón por la cual estaba asistiendo continuamente a su quimioterapia era porque las tumoraciones no habían disminuido y lo más probable era que falleciera, en cuanto tiempo, no se sabía. Es algo que a mi me producía mucho enojo y tristeza, el observarlo cada vez más delgado pero con ganas de luchar y generalmente recibía al personal con una sonrisa. Lo que correspondía era continuar trabajando con él, para posteriormente irlo preparando, así como con su familia para lo que parecía inevitable.

#### 14ta. Sesión

Lunes 24 de Mayo de 2004.

Tiempo transcurrido de la última sesión: 12 días

Actividad: Juego libre (rompecabezas)

Objetivo: conocer como se siente actualmente

El rompecabezas que escogió era de una granja, estaba consciente que la quimioterapia era para reducir el tamaño de las tumoraciones, mencionó que realizó los ejercicios (fantasía guiada y de respiración) que hicimos cuando estaba en la otra cama y le ayudaron a que no le doliera tanto su pierna. Esto me dio gusto, ya que él podía relajarse sin necesidad de que lo guiaran, además que lo podía hacer en casa. Dijo que en los días que se sienta mejor, le pedirá a su mamá que vaya a la escuela para que le pasen los apuntes y así poder hacer la tarea. En estos últimos días se cansaba con facilidad, solamente jugaba por momentos con su hermano ya que no podía permanecer mucho tiempo sentado, al igual en la sesión se sintió cansado y con sueño, por lo que se le dejó para que

se recostara. El lunes siguiente, volvería al hospital para continuar con su quimioterapia, comentó también, que en casa tenía que hacer ejercicios para que sus venas se recuperaran y que por el momento no le podían poner un catéter por que se encontraba un poco agripado y que probablemente más adelante se lo pondrían.

Comentario:

Se le vio únicamente este día debido a que fue internado para aplicación de quimioterapia y al día siguiente sería dado de alta, para que estuviera en casa el mayor tiempo posible.

Cada vez era más notoria su debilidad física, pero no se daba por vencido y seguía luchando, tenía metas a corto plazo, que al cumplirlas le generaban un incentivo, como sería el hecho de pedirle a su mamá que fuera a la escuela para pedir la tarea y así no atrasarse en los estudios. La escuela seguía siendo un punto de apoyo para él.

#### 15ta. Sesión

Martes 22 de junio de 2004

Tiempo transcurrido de la última sesión: 22 días

Actividad: Entrevista

Objetivo: Conocer los pendientes que tenía Joaquín.

Reingresó y se encontraba en la sala en donde solamente había dos camas, tenía conectado un respirador, una compresa fría en la cabeza, sus piernas las tenía sobre unas sábanas. Se veía muy delgado, apenas y podía hablar.

Se habló con la madre y comentó que desde el sábado se sentía mal, pero que no quería estar en el hospital, le pidió de favor que lo dejara el fin de semana en casa con su hermano y primos, que él estaría el próximo lunes listo para internarse. La madre aceptó, pero el domingo, se percató de que su salud se estaba deteriorando muy rápido, pero Joaquín se mantuvo firme y le dijo que le

diera un día más para poder estar con sus primos y su hermano. Lo cual aceptó la madre y fue hasta el lunes en la mañana que lo llevó al hospital, en donde fue internado de inmediato en urgencias y el martes en la mañana fue trasladado a la sala de hemato-oncología.

La hematóloga, le mencionó que ya no había opciones de tratamiento para Joaquín, que sólo quedaban los cuidados paliativos para que estuviera tranquilo y sin dolor.

Se trabajó con la madre la muerte de Joaquín, al explorar que pendientes tenía el menor, la madre mencionó que se despidió de su hermano y primos, que le faltarían sus tíos, por lo que se sugirió que hablara con la Dra. Con el fin de que sus familiares pudieran pasar a despedirse y se le propuso que se le creara un ambiente tranquilo dentro del hospital. Al ser conocido por el personal de enfermería, le prestaron una radiograbadora, en la cual se empezó a reproducir música instrumental y new age.

Al preguntarle sobre que planes tenía la madre y el hermano de Joaquín, comentó que quería terminar sus estudios de primaria, así como de buscar trabajo y que su hijo de continuara sus estudios.

Comentario:

La madre estaba consciente de que a Joaquín únicamente iba a tener cuidados de tipo paliativo y que estaba próximo a fallecer, dentro de este contexto se encontraba tranquila, ya que ella le había brindado el cuidado y afecto que necesitaba. Ella acompañó a su hijo durante su enfermedad y se apoyó de sus hermanas para cuidar a Joaquín.

Se investigó que pendientes tenía Joaquín, para ver cuales se podían resolver y estuviera tranquilo. Lo importante era que no sintiera que iba a dejar solos a su mamá y hermano, que ellos estarían bien, que podían continuar y él podría

acompañarlos de otra forma. Él ya sabía inconscientemente que estaba cerca su muerte y empezó a despedirse de su hermano y primos, disfrutó de su fin de semana y se preparó para la hospitalización.

Se logró que en la sala de hospitalización se hiciera un espacio para él, en donde pudiera sentirse cómodo y tranquilo, sin los ruidos comunes de la sala.

### 16ta. Sesión

Miércoles 23 de junio de 2004

Tiempo transcurrido de la última sesión: 1 día

Actividad: Fantasía guiada

Objetivo: Cierre y despedida del Terapeuta

Joaquín se encontraba con mascarilla, tenía su venoclisis por donde le administraban sus medicamentos, sus piernas estaban sobre unas sábanas dobladas, tenía un pañal. La madre comentó que el día anterior por la tarde sus tías estuvieron turnándose para acompañarlo y que este día harían lo mismo. Le regalo un CD de New Age y al saludarlo únicamente sonríe, ya que no puede abrir los ojos y tampoco hablar.

Con la música de fondo se le llevó por medio de la técnica de la Fantasía Guiada a su lugar seguro, en donde se resaltó la valentía con la que estuvo luchando, la fortaleza de poder afrontar su enfermedad y de que aún en los momentos difíciles siempre tenía una sonrisa (también sonrió), se hizo una recapitulación de lo que se trabajó y se le comentó que se disfrutó trabajar con un chico tan fuerte y sonriente. Que siempre estará presente y que el tiempo que se encuentre internado se le visitaría.

Comentario:

En esta sesión se trabajó la despedida con la terapeuta, la cual ha sido una de las más difíciles de llevar a cabo. Ya que se tenía que hablar en presente, en

ocasiones ciertas frases, las empezaba a decir en pasado como si ya no estuviera, por lo que tuve que corregir el tiempo.

### 17ma. Sesión

Jueves 24 de junio de 2004

Tiempo transcurrido de la última sesión: 1 día

Actividad: Fantasía Guiada

Objetivo: Despedida de la mamá

En esta sesión se le mostró a la madre como despedirse de Joaquín, de lo trabajado con ella en la sesión antepasada se retomó y se revisó si Joaquín ha dejado algún pendiente, lo único que le preocupaba es que ella y su hermano estén bien. Se le explicó en que consistía la técnica que se utilizaría y como terminarla, para que lo dejara con una sensación de tranquilidad.

La madre me pidió que iniciara la sesión con él, ella la continuaría y concluiría. Se empleó la Técnica de Fantasía Guiada, para llevarlo a un lugar en donde se sintiera tranquilo y sin temores, se le indicó que en este espacio se encontraba también su madre y que quería hablar con él.

La madre al comenzar le dice que siempre lo va a acompañar en su sueño, que no tema, que estará a su lado. Que ha estado buscando un lugar para continuar sus estudios.

En esta parte permití que la madre esté en la intimidad con su hijo, retirándome de la sala.

Comentario:

Se trabajó la despedida de la madre con su hijo y viceversa.

La madre solicitó mis datos particulares, los cuales se le proporcionaron, y se le indicó que si requería localizarme, no dudara en hacerlo.

El manejo sobre la muerte que se hizo con el paciente fue que la muerte era como dormirse y que a través del sueño estaría acompañado siempre por su madre.

El deceso de Joaquín se dio el fin de semana, esto es el 26 de junio de 2004

**Resultados**

El resumen del proceso se presenta en el siguiente recuadro

Fase	Sesiones	Objetivos focales	Técnicas utilizadas
Inicial	1, 2, 3	Establecimiento de una relación terapéutica. Conocimiento del paciente en las áreas, familiar, social y escolar. Si tenía conciencia de enfermedad. Sesiones de juego diagnósticas.	Entrevista Dibujo Libre Cartas de Pensamientos y Sentimientos
	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14	Adaptación a su enfermedad y al medio hospitalario. Conocimiento de su enfermedad Socialización con sus pares Autoestima Reconocimiento de emociones y expresión de las mismas	Dibujo Libre Fantasía Guiada Cartas de Pensamientos y Sentimientos Narrativa Juego Relajación
Intermedia			

		Expectativas a corto plazo y mediano	
Final	15, 16 y 17	Preparación para el cierre Despedida del Terapeuta Despedida de la madre	Entrevista Fantasía Guiada

Durante las sesiones diagnósticas, se estableció que Joaquín tenía conocimiento de su enfermedad pero no de su gravedad, se le dificultaba relacionarse con sus compañeros de escuela. Se encontraba presente el “fantasma” el cual representaba la enfermedad y el tratamiento, en donde sentía que no tenía el control y que no podía avanzar, lo cual le generaba enojo, tristeza y frustración, debido a que su enfermedad estaba repercutiendo en otras áreas, como sería la familiar, social y escolar, en donde las habilidades de dominio-competencia estaban siendo percibidas como disminuidas. Esta situación no le permitía el tener una adaptación al medio hospitalario y era percibido por el personal como “malhumorado”. El mecanismo de defensa que utilizaba era la negación ante esta situación, con la finalidad de que no le generara angustia. Tenía fortaleza yoica, la cual le permitió continuar con su vida, tanto en lo familiar como en la escolar, es decir continuar con sus estudios aún y cuando faltaba a la escuela.

En cuanto al apoyo social, este se encontraba presente en los maestros de la escuela, que le dejan trabajos especiales para entregar cuando se reintegra a clases. En casa contaba con el apoyo de su madre, hermano, sobrinos y tíos, quienes estaban al pendiente de él.

En cuanto a la fase de tratamiento se logró con Joaquín una alianza terapéutica que se veía en su disposición de trabajar en las sesiones, así como en la aceptación de las intervenciones. Pudo expresar sus sentimientos e identificarlos a través de las diversas técnicas que se utilizaron (Dibujo libre, Fantasía guiada,

Cartas de pensamientos y sentimientos, narrativa, juego y relajación). Al disminuir su angustia ante la situación de la hospitalización, pasó de la negación a la aceptación de su enfermedad y gravedad, lo cual manifestó en una de las sesiones en donde dibujó un barco, el cual era la representación de su cuerpo y de sus sentimientos. En este punto se constató nuevamente su fortaleza yoica de seguir luchando y no darse por vencido ante su padecimiento. Se logró su adaptación al medio hospitalario, al manejarle que el equipo de salud estaba para ayudarlo y apoyarlo durante su tratamiento, y que no se encontraba sólo en la lucha de su enfermedad.

En lo referente al campo de dominio-competencia, éstas siguieron viéndose disminuidas ante sus compañeros de escuela, debido a que su cuerpo se encontraba débil por la aplicación de quimioterapia, pero también tuvo el insight de que él también los alejaba con su mal humor, el cual era debido a que le dolía la cabeza, las tumoraciones o articulaciones, pero no pudo verbalizarlo con sus compañeros. En lo referente a socialización se optó por la integración con sus compañeros de sala, quienes también se encontraban en condiciones similares de dominio-competencia, en donde se logró que interactuara con ellos, sin que mediara la intervención del terapeuta.

En su estancia hospitalaria no presentó problemas de apego con respecto a la figura materna, esto probablemente debido a que fue una madre introyectada como un objeto bueno y nutridor.

En cuanto a los cambios físicos que estuvo sufriendo a consecuencia de su enfermedad, pudo reconocerlos y verse a sí mismo, esto se pudo observar en el autorretrato que realizó.

Las metas que él manejaba a corto y mediano plazo, eran llegar a casa para descansar, ver la televisión, jugar con su hermano, ayudar en algunas actividades domésticas, terminar la tarea o pedir a sus profesores que se la enviaran, cuidarse

para no tener recaídas y una meta que no logró hacer fue la de terminar su primer año de secundaria.

Al final de esta etapa presentó dolor por lo que se optó por trabajar con la Fantasía guiada y llevarlo a través de esta a un lugar tranquilo, para que pudiera relajarse. Esta técnica la continuó haciendo en casa.

En la etapa final del proceso, se puede inferir que sentía que su muerte estaba cerca, ya que él manifestó a su madre que lo dejara más tiempo en casa para convivir con sus primos y hermano. Ese fin de semana estuvo rodeado por personas que lo querían y fue una forma de despedirse de ellos.

La madre ya esperaba esta situación, debido a que la Dra. Bolea ya se lo había comentado y también lo habíamos hablado en una anterior hospitalización. En cuanto a su estado físico, Joaquín se deterioró muy rápido y solamente podía asentir con la cabeza. La relación que estableció con el equipo médico y de enfermería se vio reflejado en las atenciones que le brindaron al dejarle un cuarto para él y proporcionarle por momentos una radiograbadora, así como el permitir el acceso de familiares.

Durante el cierre que se dio con él se resaltó la valentía, su fortaleza y disposición para afrontar la enfermedad, así como los cambios que tuvo y que ahora el personal de la sala y médicos lo iban a visitar. Finalmente se le dijo que había sido un placer el trabajar con él y que seguiría visitándolo el tiempo que estuviera hospitalizado.

A la madre se le brindó terapia de apoyo, se sugirió como despedirse a ella, a su hijo y familiares.

Durante este proceso terapéutico se corroboró que la Terapia de juego facilitó que Joaquín se adaptara al medio hospitalario, que identificara sus emociones y aceptara su enfermedad.

## **Discusión**

Durante este proceso terapéutico, puede decirse que se cumplió con el objetivo general, en donde la Terapia de juego facilitó que Joaquín se adaptara al medio hospitalario, que identificara sus emociones y aceptara su enfermedad. Ya que a través del juego se provee de oportunidades al niño de desarrollar la sensación de control de sí mismo y de su ambiente, de una prueba de realidad, el poder expresar sus necesidades y requerimientos, el controlar sus miedos y ansiedades, y tener una actividad en donde él tiene el control (Landreth 1991). De acuerdo a Erikson (1963) el juego en los niños es su primera experiencia en crear situaciones para controlar su realidad por medio de la experimentación y planeación. Piaget (1962) enfatizó la importancia de la naturaleza simbólica del juego para los niños, como una asimilación del pensamiento concreto y abstracto. Piaget consideró el juego como parte integral del desarrollo y para proveer al niño de oportunidades de control, experimentación y de autoexpresión.

Joaquín tuvo cambios en su vida cotidiana provocados por su enfermedad y las constantes hospitalizaciones, las cuales implicaban una ruptura con las actividades que hasta el momento realizaba, como sería acudir a la escuela, jugar, estudiar y relacionarse con sus compañeros, entre otros. Lo cual llevó al detrimento de la relación con sus pares, pero se fortaleció el lazo con sus maestros. A este respecto, fue beneficioso para Joaquín tener contacto con su hermano y con otros niños ingresados en el hospital.

Tuvo que enfrentar nuevo entorno a procedimientos médicos, normas, hábitos diferentes a los suyos y adaptarse a personas con las que no estaba familiarizado y muchas veces se perciben como amenazantes. Por otra parte, la hospitalización

lleva consigo una pérdida de independencia, de autonomía y de intimidad, en este aspecto Joaquín mencionó que le daba pena cuando las doctoras lo revisaban, esto aunado a las características propias de un preadolescente.

En cuanto al malestar físico y el dolor provocado por la propia enfermedad, los procedimientos médicos, los tratamientos y los posibles efectos secundarios de los mismos son el eje de la hospitalización (Goldman, 1993; Sierrasesúniga, 1997). En este aspecto se tuvo como técnica la Fantasía guiada de Oaklander (1992), que le permitió a Joaquín el tener una sensación de tranquilidad y de disminución del dolor.

Díe- Trill, (1993), mencionó que el niño necesitaba información para poder adaptarse a la nueva situación y paliar sus efectos. En caso de no recibirla, la elaboraba tomando pequeños indicios de muy diversas fuentes (conversaciones, miradas, gestos...), lo cual podía dar lugar a interpretaciones erróneas y fantasías perturbadoras que, en ocasiones, convertían la situación en más amenazante de lo que en realidad era (Rodríguez-Marín y Zurriaga, 1997). En este sentido, la información que se le proporcionó a Joaquín con respecto a su hospitalización, enfermedad y procedimiento, tuvieron como finalidad mantener su confianza y que aumentara su sentimiento de control.

La falta de comprensión que tiene el menor de lo que está sucediendo, unido a la frustración causada por la hospitalización, puede dar lugar a reacciones de ira o agresividad, que generalmente son descargadas en los padres, en los hermanos, en los amigos o en el propio personal de salud (DíeTrill, 1993). En este sentido, Joaquín empezaba a descargar su frustración con el personal de salud, ya que generalmente cuando era revisado o se le realizaban procedimientos, él respondía con mal humor. Ante esta situación se le brindó la información necesaria en cuanto a su hospitalización y se trabajó que el equipo de salud estaba para ayudarlo, logrando que estableciera una relación cordial con el personal.

Ante las circunstancias propias de la hospitalización (recaídas, tratamiento de quimioterapia, transfusiones, evolución), que determinan el tiempo de internamiento de un paciente. La psicoterapia breve y focalizada fue una opción para la intervención con Joaquín ya que permitió que se tuviera una continuidad a pesar de los períodos cortos o largos de hospitalización.

## Conclusiones

La importancia de esta residencia, radica en que nos ofreció la posibilidad de adquirir los conocimientos teóricos con el claro objetivo de ponerlos en práctica para realizar las intervenciones requeridas, nos dio las herramientas basadas en las teorías de la personalidad. Lo cual permite dar una atención idónea a los menores y familiares, de acuerdo a los casos particulares.

El hecho de trabajar directamente en los escenarios, permite tener experiencia en la atención de distintas poblaciones de menores que requieren de atención psicoterapéutica,

En el transcurso del proceso terapéutico de los niños hospitalizados, se tuvo la supervisión de profesores de la residencia, así como de la tutoría y del proceso psicoterapéutico personal que seguí durante el segundo año de la residencia.

El área de hemato-oncología, es un espacio en donde los niños llegan supuestamente para poder mejorar su salud y sanar, pero esto no siempre es así, debido a que hay enfermedades crónicas degenerativas que atentan contra su vida.

Cabe resaltar la importancia del propio análisis y supervisión, para poder trabajar con estos niños, ya que es difícil el poder llevar todo un proceso psicoterapéutico con ellos, como se ha visto, por las características especiales que presentan. Hay un cúmulo de emociones que se generan al trabajar con estos niños, se pasa de estar contentos porque su conteo de plaquetas ha aumentado o las tumoraciones han disminuido, hasta la tristeza, enojo e impotencia por que su cuerpo no ha respondido al tratamiento. En otras ocasiones, no es posible despedirse de ellos, debido a que su estado de un día a otro se torna más crítico y se encuentran inconscientes o fallecen.

Las emociones que he comentado, no se daban por días, sino que a veces se generaban en un mismo día y era manejar la empatía con cada uno de los niños, de acuerdo a sus necesidades, lo cual en ocasiones no resultaba sencillo, pero el estarlo trabajando en análisis y supervisión, permitió tener un panorama más real, acerca de la problemática de los menores.

El enfrentar la muerte de los niños es un proceso difícil, que he trabajado en terapia, pero no se deja de sentir tristeza y enojo por la frustración de no lograr que el niño se recupere (médico, psicológico), en este proceso he estado aprendiendo a despedirme de ellos y a terminar el proceso. Me ha fortalecido esta experiencia para continuar trabajando con los niños que ingresan a sala y el poder darles la bienvenida, para mejorar su estado emocional en su estancia hospitalaria.

En la bibliografía consultada mencionan la elaboración de trípticos pero no se indica como elaborarlos, con la experiencia obtenida en la residencia, logre elaborar tres trípticos, uno contiene la bienvenida al hospital y los otros dos es la introducción a su tratamiento (ver anexo 2).

En cuanto al ámbito hospitalario dependiendo de la edad y situación del niño será conveniente cuidar la información que se le ofrece, de manera que pueda comprenderla e integrarla. Los niños entienden con más facilidad el vocabulario concreto, por lo que se pueden evitar aquellas palabras que por su complejidad puedan crear confusión y aumenten el temor y la ansiedad del niño. Trabajar y elaborar el duelo por la enfermedad. En ocasiones, los padres necesitan ayuda profesional para reducir su nivel de ansiedad, para determinar la información a transmitir, la forma más adecuada de hacerlo, así como para potenciar un afrontamiento eficaz en los niños. Esta ayuda puede proporcionarse también a través de grupos de apoyo para padres, donde poder compartir su experiencia y emociones con otros padres en situaciones similares, favoreciendo de esta manera que se reduzca su ansiedad.

Es tan importante la información que se transmite como lo es determinar el momento oportuno y la forma adecuada para ofrecerla. Una de las formas más efectivas para transmitir la información, especialmente con niños pequeños, es mediante el juego. En el contexto de un clima lúdico y no amenazante, el niño es capaz de simbolizar, asimilar e integrar mejor la información recibida.

En este mismo sentido, la selección de los métodos y técnicas de preparación se realiza teniendo en consideración los intereses, las motivaciones y los gustos de los niños. Generalmente, los niños tienen preferencias por determinados tipos de juego (activos o pasivos, de marionetas, casitas de muñecas, dibujo, masa, etc.) y la eficacia de las técnicas de preparación será mayor si se individualizan en función de dichas preferencias.

La creación de un clima terapéutico y el interés mostrado al niño pueden favorecer que el niño se sienta con libertad para formular preguntas que puedan resolver sus dudas. Las preguntas de los niños señalan aquella información que no han asimilado o que necesitan y que quizá el adulto no consideraba relevante. Tanto los padres como el personal de salud pueden escuchar al niño y resolver sus dudas, en la medida de lo posible.

Este clima de confianza favorece la expresión de emociones y sentimientos tanto positivos como negativos por parte del niño. Por lo que acompañarle, tanto cuando se siente bien (quiere jugar y reírse), como cuando está triste o tiene miedo, se considera importante. Frases como "los valientes no lloran", o "si lloras vendrá la enfermera y te inyectará", pueden inhibir la expresión de sus emociones, aumentando su ansiedad y malestar.

A partir de la expresión de sentimientos se pueden conocer los temores y preocupaciones del niño y ayudarlo a reducir sus miedos resaltando los aspectos positivos de la hospitalización, por ejemplo, señalándole que le están curando para que se sienta mejor. Evitando de esta manera que los niños vivan la experiencia

hospitalaria y/o quirúrgica como un castigo, dado que es frecuente en los niños en edad escolar pensar que sus padres les han ingresado al hospital por algo que han hecho mal y que les van a abandonar allí.

Los padres pueden suavizar los momentos de separación no despidiéndose excesivamente cada vez que salen de la habitación o van a casa. Una situación que suele ser estresante para el niño es la entrada al quirófano donde sus padres no pueden entrar.

Ayudar al niño a expresar sus emociones, así como informarle de los aspectos positivos de la hospitalización puede realizarse a través de la utilización del juego de forma terapéutica. Los psicólogos pueden organizar actividades, trabajar diversas técnicas y utilizar materiales que favorezcan la comunicación con el niño (juegos, juguetes, lecturas, entre otros) y desarrollar estrategias de afrontamiento ante la hospitalización y de "control", manejo de emociones y los procedimientos médicos. Sensibilizar al personal de salud en cuanto a las necesidades emocionales del menor y que no sea nombrado como la enfermedad, sino devolverle su identidad de individuo al hablarle por su nombre.

## REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- Ardila, R. (2000) Prevención primaria en Psicología de la salud. En: L. Oblitas y E. Becoña (Eds), Psicología de la salud. Edit. Plaza y Valdés, México (53-65).
- Armstrong, F.D. & Horn, M. (1995) Educational issues in childhood cancer. School Psychology Quaterly; 10: 292-304
- Balint, M. (1996) Psicoterapia Focal, terapia breve para psicoanalistas, Modelo desarrollado en la Clínica Tavistock. Edit. Gedisa, España.
- Ballester, R.(1997). Introducción a la Psicología de la Salud. Promolibro, España
- Barr RG, Boyce WT, Zeltzer LK. (1994) The stress-illness association in children: A perspective from the biobehavioral interface. En: Haggerty RJ, Sherrod LR, Garmezy N, Rutter M, editores. Stress, risk and resilience in children and a.dolescents: Processes, mechanisms and interventions. Cambridge University Press; Cambridge, England p.182-224.
- Becoña, E. Vázquez, F y Oblitas, L. (2000). Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. En: E. Becoña. y L. Oblitas (Eds.), Psicología de la salud. Plaza y Valdés. México, D. F. (11-51)
- Bedlin, Linares, Benaim (1993) Tratado de Quemaduras Edit. Interamericana Mc Graw Hill.
- Bettelheim, B. (1977), Psicoanálisis de los cuentos de hadas, Grijalbo, México.
- Blinder, C., Knobel, J. y Siquier M. (2004) Clínica psicoanalítica para niños. Editorial Síntesis. España

- Calderón N. G. (1981) Salud Mental Comunitaria: Un nuevo enfoque de la Psiquiatría. Edit. Trillas, México.
- Castillejo, A. y De Alba, M. (1985). Compendio de Psicoterapia Infantil. Universidad de Guadalajara. México.
- Cepeda, C. (2001) The Psychiatric interview of children and adolescent. American Psychiatric Press, LTD.
- Costa, Ma. (2000) El juego y el juguete en la hospitalización infantil. Nau Llibres; España 35-62.
- Cornejo, L. (1996) Manual de Terapia Infantil Gestáltica. Edit. Desclée de Brouwer. España
- Cuaderno Estadístico (2003) Dirección de planeación y desarrollo de sistemas administrativos. Hospital General de México, O.D.
- Cuaderno Estadístico (2004) Dirección de planeación y desarrollo de sistemas administrativos. Hospital General de México, O.D.
- De la Fuente, R. (1997) La salud mental en México. Edit. FCE, México
- Del Valle, S. (2002) Los servicios de hospitalización. Boletín Informativo, Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". México
- Díaz, H. (1993) El cáncer Infantil. Un corte radical en la vida familiar. Presentado en las I Jornadas Internacionales de Atención Multidisciplinar al niño con cáncer: 23-25 de abril, Valencia España.

- Díe-Trill M. (1993) Niños y adolescentes con cáncer: Aspectos psicológicos. *Jano*; 23:35-41. España
- Fernández, R. (1996). Evaluación en psicología de la salud: algunos problemas metodológicos. En: M. Casullo (Ed.), *Evaluación psicológica en el campo de la salud*.(39-89).: Paidós. España.
- Flores, L. (2001). Psicología de la salud (14 párrafos). Psicología (En red). Disponible en: [www.psycologia.com/biblioteca](http://www.psycologia.com/biblioteca).
- Gaceta de Comunicación Interna de la Secretaría de salud (2005) Salud. Secretaría de Gobernación.
- García, H. V. (1987). "El trabajo del psicólogo en el campo del desarrollo infantil"; en Urbina, S. J. (compilador) 1989. *El psicólogo: formación, ejercicio profesional y perspectiva*", 473-482. México, UNAM.
- García, V. B. (2002) Semblanza del Dr. Juan N. Navarro. Boletín No. 2. Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. México.
- Gardner, R. (1975) *Psychotherapeutic approaches to the resistant child*. Jason Aronson. New York.
- Gil, E. y Sobol, B. (2000). Engaging families in Therapeutic Play. En C. Everett Bailey (Editor) *Children in Therapy. Using the Family as a Resource*. 1 st edition. pp 341- 381. W. W. Norton & Company, New York.
- Gómez, D. (2000) *Hematología clínica*. Ediciones Cuellar; 133-138. México
- González Núñez, J.J. y Rodríguez, P. (2002) *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Edit. Plaza y Valdes. México

- Grau C. (1993) La integración escolar del niño con neoplasias. CEAC. Barcelona.
- INEGI, (1995) Dirección General de Estadística, Regencia del D.F.
- Maguire GP. (1983) Aspectos psicológicos y sociales de las neoplasias malignas en la infancia. *Anales Nestlé*; 69:31-42.
- Morales, F. (1999) La psicología en los programas y servicios de salud. Aspectos generales. En: F. Morales (Ed.), *Introducción a la psicología de la salud*. (133-191). Edit. Paidós. México.
- Mulhern, RK., Kepner, J., Thomas P., Armstrong F., Friedman H., & Kun L. (1998) Neuropsychological functioning of survivors of childhood medulloblastoma randomized to receive conventional or reduced dose craniospinal irradiation: A pediatric oncology group study. *Journal of clinical oncology*;16: 1723-28
- Oaklander, V. (1992) *Ventanas a nuestro niños, terapia gestaltica para niños y adolescentes*. Edit. Cuatro Vientos, Santiago de Chile
- O'Connor, K. (2003) *Play Therapy: Living Children and Families the Power to Cope*. The Conference Annual of Association for Therapy Play. Virginia, Estados Unidos de América.
- Padilla, M. (2003) *Psicoterapia de juego*. Edit. Plaza y Valdés. México.
- Pérez, C. (1979). Taller nacional para la definición del perfil profesional del psicólogo: Algunas implicaciones. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 5 (2), 641-643.
- Programa de Maestría y Doctorado en Psicología (2002). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Programa de Reforma del Sector Salud (1995-2000). Poder Ejecutivo Federal, Estados Unidos Mexicanos.

Programa de Residencia en Psicoterapia Infantil (2003). Programa de Maestría en Psicología Profesional, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Ramírez, M (1999). Resumen del proyecto: Psicología de la salud en México; comportamientos relacionados a la salud-enfermedad, papel del psicólogo. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.

Roa, A. (1995). Marco teórico conceptual de la psicología de la salud. En: A. Roa (Ed.), Evaluación en Psicología clínica y de la salud. (502- 569). CEPE. España.

Rodríguez, G. y Palacios, J. (1989) Algunas consideraciones sobre la psicología de la salud en México. En: J. Urbina (Ed.), El psicólogo: formación y ejercicio. (473-481). UNAM. México, D.F

Rodríguez, G. y Rojas, M. (1998) Psicología de la salud en América Latina, México, D.F.: Edit. Facultad de Psicología, UNAM. México

Salinas, J. (1995). "El psicólogo en la atención a la salud". Tesis de maestría. Universidad nacional Autónoma de México. Campus Iztacala. Edo. Méx., México.

Schneider, P. (1985). El campo de la psicología médica. En, Psicología aplicada a la práctica médica. Paidós. Argentina, Buenos Aires.

Secretaría de Salud. Subsecretaría de Coordinación Sectorial. Coordinación de Salud Mental (1998). Boletín de Información Estadística. Julio-Septiembre. No.3

Secretaría de Salud (2002) Programa de Atención a la Psicopatología Infantil y de la Adolescencia. Programa de Acción en Salud Mental, México.

Shaefer, C. (2003) Foundations of Play Therapy. John Wiley & Sons, Inc. New Jersey

Shaefer C. y O'Connor K. (1988) Manual de Terapia de Juego. Edit. Manual Moderno. Vol 1: 192-209. México

Shaefer C. y O'Connor K. (1988) Manual de Terapia de Juego. Edit. Manual Moderno. Vol.2, México.

Secretaría de Salud (2005) Salud, Gaceta de comunicación interna de la Secretaría de salud; No 31. México

Secretaría de Salud (2002) Paginas consultadas: [www.ssa.gob.mx](http://www.ssa.gob.mx)  
[www.municipiossaludables.gob.com.mx](http://www.municipiossaludables.gob.com.mx)

Sheridan, C y Radmacher, S.(1992). Health Psychology, the biomedical model. Wiley. USA.

Solloa, L. (2001) Los Trastornos Psicológicos en el Niño: Etiología, características, diagnóstico y tratamiento. Edit Trillas. México

Urbina, J. (1989) El Psicólogo: Formación, Ejercicio Profesional y Prospectiva. Edit. Facultad de Psicología. U.N.A.M. México.

Urbina, J y Rodriguez, G. (1993) El psicólogo en el sector salud en México. En: J. Palacios y E. Lucio (Eds), Primer Congreso Internacional de Psicología de la Salud. (349-359). Facultad de Psicología. UNAM. México

# **ANEXO 1**

## Linfomas Malignos

A esta enfermedad neoplásica también se le conoce como linfoma unicelular o linfoma No-Hodgkin. La enfermedad se origina en linfocitos que sufren alteraciones y se localizan en ganglios linfáticos o tejido linfoide extraganglionar. Este padecimiento es frecuente al igual que las leucemias, en los EE. UU. Se diagnostican cada año 40,000 casos y la frecuencia sigue en aumento; un factor que predispone a ello es el SIDA ya que esta enfermedad predispone al paciente a sufrir de linfoma maligno y sarcoma de Kaposi. En México la incidencia es muy similar. Los hombres son ligeramente más afectados que las mujeres y la enfermedad se presenta a partir de los 3 años, si bien la incidencia aumenta después de los 50 años.

La etiología exacta no se conoce pero los factores como virus, bacterias como el *h. pylori*, inmunosupresión natural o adquirida, agentes químicos y radiación son factores predisponentes.

### **Clasificación:**

Hasta hace algunos años la clasificación se basaba únicamente en el aspecto del ganglio (Rapaport). Posteriormente se efectuaron observaciones sobre el origen inmune de los linfocitos involucrados y aparecieron otras clasificaciones (Lukes-Collins), sin embargo, al integrarse el comportamiento clínico al aspecto morfológico del linfoma se establece la clasificación internacional (working formulation) que divide a los linfomas de acuerdo a su morfología y comportamiento clínico, es decir de acuerdo a su malignidad. La clasificación de los linfomas permite entonces un tratamiento racional y adecuado para cada caso, ya que se trata de un grupo heterogéneo de neoplasias linfoides.

### **Grado de alta malignidad:**

- curso clínico agresivo.
- sobrevida corta.
- posible curación con quimio-terapia

**Tabla 1 - CLASIFICACION DE LINFOMAS MALIGNOS**

**GRADO BAJO DE MALIGNIDAD:**

- linfocitos pequeños bien diferenciados.
- folicular de linfocitos pequeños y núcleo hendido.
- folicular de linfocitos pequeños y grandes, núcleo hendido.

**GRADO INTERMEDIO**

- folicular de células grandes.
- difuso de células pequeñas y núcleo hendido.
- difuso de células pequeñas y grandes.
- difuso de células grandes.

**GRADO ALTO DE MALIGNIDAD**

- células grandes, inmunoblástico.
- células pequeñas, núcleo no hendido tipo Burkitt.
- linfoblástico.

Los linfomas foliculares en general tienen un curso más indolente que su contraparte difuso. Los linfomas con mayor grado de indiferenciación tienen un comportamiento clínico más agresivo. La mayoría de los linfomas tienen su origen en el linfocito B (80%), los linfomas tipo T ocupan el 15-20% de la frecuencia. El comportamiento clínico varía también de acuerdo al origen inmune de la neoplasia. Las alteraciones cromosómicas, como traslocaciones, son frecuentes en el linfocito neoplásico.

**Anatomía patológica:**

A diferencia, de la enfermedad de Hodgkin en los linfomas malignos no existe pluricelularidad ni células de Sternbreg-Reed. La arquitectura del ganglio enfermo se encuentra alterada y se observa substitución del tejido normal por linfocitos neoplásicos.

La infiltración puede ser difusa o conservar folículos linfoides. Los linfocitos anormales pueden ser pequeños o grandes y tener el núcleo hendido o sin hendidura; la infiltración puede ser de un solo tipo de células o combinación de grandes y pequeñas. Cada tipo de linfoma se clasifica en grados de malignidad (tabla 1). Lo cual tiene implicaciones pronosticas importantes. El tipo de célula, Su grado de diferenciación y la arquitectura difusa o folicular del ganglio son los datos más importantes a considerar por el patólogo.

## **ANEXO 2**

## Te harán análisis de tu sangre

Se llaman biometrías hemáticas, te sacarán un poco de sangre que depositarán en unos tubitos para analizarlos, en ocasiones estos análisis se harán todos los días para conocer como está tu sangre y poder cuidarte adecuadamente.



También te tomarán fotos de tus huesos, que se llaman radiografías, las cuales serán de tu pecho y si es necesario también de tu cabeza.

Si tienes dudas con relación a tu tratamiento, le debes preguntar a tu médico.



SICOLOGÍA  
Servicio de Pediatría

Salud

Hospital General de México D. D.

## HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

## BIENVENIDOS AL HOSPITAL

## PEDIATRÍA HEMATO-ONCOLOGÍA

Elaboró:

Sicóloga Kochiti Prado Serrano  
Adscrita al Servicio de Pediatría del  
Hospital General de México.

## ¿Por qué estoy aquí?

Seguramente te sentiste cansado, tuviste fiebre, te salieron puntitos violeta o moretones, no te daban ganas de comer, algunas partes de tu cuerpo te dolían, tuviste fiebre, falta de apetito o te salieron algunas bolitas.

Esto es porque estás enfermo, tus papás te han traído para conocer que tienes y los médicos puedan curarte.



## ¿Me voy a quedar aquí?

No, sólo estarás algunos días para que los médicos puedan hacerte algunos estudios y conocer que enfermedad tienes. Después te darán algunas medicinas y estarás unos días más.

## ¿Mis papás se quedarán conmigo?

Generalmente mamá, papá o algún familiar estará contigo, pero solamente uno. En ocasiones, sólo podrán estar un rato durante el día. Esto no significa que te vayan a dejar, son las reglas del hospital y además recuerda que también tienen que ir a dormir, comer, bañarse o cuidar a sus hermanitos. **NO OLVIDES QUE TE QUIEREN MUCHO Y DESEAN TENERTE EN CASA.**



## ¿Qué me van a hacer?

Te pondrán una venoclisis, que es una manguerita que estará conectada a una bolsita y a tu vena y que contiene suero.

Generalmente te la ponen en las venas del brazo o de la mano.



Abajo de la piel tenemos venas que llevan la sangre a todo nuestro cuerpo, es como una super-carretera que llevará los medicamentos a todo tu cuerpo.

Para ponerte la manguerita te darán un piquete que dolerá un poco, pero no hay que mover el brazo, para que solamente se haga una vez.

## ¿Al terminar el tratamiento podré ir a casa?

El médico es la única persona que te puede decir cuando te podrás ir a casa.

Si tienes fiebre o tus análisis no salen como el médico espera, tendrás que quedarte unos días más, no te desanimes, esto es por tu bien.

Una vez que estés en casa, tendrás que regresar al hospital algunas veces para tu tratamiento, en ocasiones te pondrán la quimioterapia en el consultorio y otras veces tendrás que quedarte por unos días en el hospital.



Tu médico y tus papás siempre estarán al pendiente de ti y buscarán el mejor tratamiento, si tienes dudas les debes preguntar.

**AUNQUE PASES MUCHOS DÍAS EN EL HOSPITAL, PIENSA QUE PRONTO REGRESARÁS A CASA Y TE SENTIRÁS MEJOR.**



**TRATAMIENTO**



Elaboró:

Sicóloga Xochitl Prado Serrano  
Adscrita al Servicio de Pediatría del  
Hospital General de México.

## ¿Qué tengo?

Tienes una enfermedad en tu cuerpo que se llama Cáncer, la bolita que tienes ha estado creciendo y probablemente tengas otras. **Tus papás que te quieren mucho,** te han traído para que recibas tratamiento y esas bolitas se hagan más chiquitas, a veces logran que desaparezcan.

## ¿Qué es un tratamiento?

Los doctores te dan medicinas por tu venoclisis, ya sean tomadas (pastillas o jarabes) o inyectadas. Y esto te sirve para combatir la enfermedad que tienes y así te sientas mejor.



El tratamiento que te darán se llama **Quimioterapia**, al principio te la van a poner muy seguido.

## ¿Cómo me voy a sentir?

Son medicinas fuertes, que atacarán a tu enfermedad, por lo que te sentirás en ocasiones con sueño, dolor de cabeza, náuseas, dolor de estómago o vómito. No hay de que preocuparse ya que esto es por un rato y unos días después estarás mejor.

Al estar en el hospital recibiendo tu tratamiento,

permanecerás en tu cama y una enfermera estará al pendiente de ti, si te sientes mal o te molesta tu venoclisis, llámala.



## ¿Y si saben mal las medicinas?

Hay medicinas que pueden tener un sabor que no nos guste, pero es muy **IMPORTANTE TOMARLAS.**



## SUGERENCIAS

- Si se te tapa la venoclisis o te molesta, puedes decir en donde te gustaría que te la pusieran.
- Puedes tomarte la medicina que más te guste al último para quitarle el sabor de las otras. (Solamente si te las dan al mismo tiempo)
- **PREGUNTARLE A LA ENFERMERA, QUÉ OTRAS COSAS PUEDES HACER, PARA TOMAR TU MEDICINA.**

## ¿Al terminar el tratamiento podré ir a casa?

El médico es la única persona que te puede decir cuando te podrás ir a casa.

Si tienes fiebre o tus análisis no salen como el médico espera, tendrás que quedarte unos días más, no te desanimes, esto es por tu bien.

Una vez que estés en casa, tendrás que regresar al hospital algunas veces para tu tratamiento, en ocasiones te pondrán la quimioterapia en el consultorio y otras veces tendrás que quedarte por unos días en el hospital.



Tu médico y tus papás siempre estarán al pendiente de ti y buscarán el mejor tratamiento, si tienes dudas les debes preguntar.

**AUNQUE PASES MUCHOS DÍAS EN EL HOSPITAL, PIENSA QUE PRONTO REGRESARÁS A CASA Y TE SENTIRÁS MEJOR.**



**HOSPITAL GENERAL  
DE MÉXICO**

**TRATAMIENTO**



Elaboró:

Sicóloga Xochitl Prado Serrano  
Adscrita al Servicio de Pediatría del  
Hospital General de México.

**PEDIATRÍA  
HEMATO-ONCOLOGÍA**

## ¿Qué tengo?

Tienes una enfermedad en la sangre que se llama Leucemia, la cual no permite que tu organismo se defienda de otras enfermedades y evita que tu sangre coagule pronto, es decir que, **tarda en parar la sangre** que te sale de la nariz, por ejemplo. **Tus papás que te quieren mucho**, te han traído para que recibas tratamiento.

## ¿Qué es un tratamiento?

Los doctores te dan medicinas por tu venoclisis, ya sean tomadas (pastillas o jarabes) o inyectadas. Y esto te sirve para combatir la enfermedad que tienes y así te sientas mejor.



El tratamiento que te darán se llama **Quimioterapia**, al principio te la van a poner muy seguido.

## ¿Cómo me voy a sentir?

Son medicinas fuertes, que atacarán a tu enfermedad, por lo que te sentirás en ocasiones con sueño, dolor de cabeza, náuseas, dolor de estómago o vómito. No hay de que preocuparse ya que esto es por un rato y unos días después estarás mejor.

Al estar en el hospital recibiendo tu tratamiento,

permanecerás en tu cama y una enfermera estará al pendiente de ti, si te sientes mal o te molesta tu venoclisis, llámala.



## ¿Y si saben mal las medicinas?

Hay medicinas que pueden tener un sabor que no nos guste, pero es muy **IMPORTANTE TOMARLAS**.



## SUGERENCIAS

- Si se te tapa la venoclisis o te molesta, puedes decir en donde te gustaría que te la pusieran.
- Puedes tomarle la medicina que más te guste al último para quitarle el sabor de las otras. (Solamente si te las dan al mismo tiempo)
- **PREGUNTARLE A LA ENFERMERA, QUÉ OTRAS COSAS PUEDES HACER, PARA TOMAR TU MEDICINA.**