



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROPUESTA DE INTERVENCION MULTIMEDIA ORIENTADO  
A LA DISMINUCION DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS E  
INCREMENTO DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO  
MEDICO EN PACIENTES ONCOPEDIATRICOS**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

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

**ERIKA DANIELA GUZMÁN RODRIGUEZ**

**DIRECTORA DE LA TESINA:**

**MTRA. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO**



Ciudad Universitaria, D.F.

Agosto, 2013.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## AGRADECIMIENTO

Quiero comenzar esta tesis agradeciendo a aquellas personas que me animaron a emprenderla; y que directa o indirectamente participaron, leyendo, opinando, retroalimentando, corrigiendo, teniéndome paciencia, dándome ánimo, acompañándome en los momentos de crisis y de felicidad.

Agradezco a mis Padres que me acompañaron en esta aventura, de forma incondicional, entendieron mis ausencias y malos momentos. A mi Hermano que a pesar de la distancia estuvo atento de cómo iba mi proceso. A ti Fernando, que desde un principio hasta el día de hoy junto con mis padres me das ánimo para terminar este proceso, y por hacerme crecer como persona.

Gracias también a mis queridas compañeras por ese apoyo en equipo que mostramos al compartir nuestras dudas con respecto a todo este proceso pero en especial quiero agradecer a ti Yolanda porque no solo estuviste dentro del aula siendo mi compañera te convertiste en mi amiga y me dejaste entrar en tu corazón y juntas concluimos este esperado proceso.

Agradezco también a la DEC por permitir esta forma de lograr concluir nuestro último escalón en la carrera así como a Juan Manuel Gálvez Noguez por estar siempre al pendiente de cada avance y por esclarecer esas dudas que surgían durante este proceso, a la maestra Guadalupe Santaella Hidalgo por sus enseñanzas, opiniones, ánimo, paciencia, tolerancia, y por los grandes momentos que pasamos dentro del aula junto con mis demás compañeras, y a cada una de las sinodales que expresaron su opinión para hacer mejor este trabajo.

Gracias a todos y cada uno de ustedes de corazón.

# INDICE

<b>RESUMEN</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>2</b>
<b>CAPITULO I. SALUD Y ENFERMEDAD</b>	<b>5</b>
1.1 Concepto de Salud	5
1.1.1 Concepto de Enfermedad	6
1.2 Cáncer	7
1.2.1 Tipos de cáncer	9
1.2.2 Leucemia	10
1.2.3 Fisiopatología	11
1.2.4 Cuadro Clínico	11
1.3 Diagnóstico	12
1.3.1 Pronóstico y Tratamiento	13
1.4 Impacto Psicológico del DX, Px y Tx	14
<b>CAPITULO 2. DEPRESIÓN</b>	<b>18</b>
2.1 Concepto de Depresión	18
2.2 Etiología de la Depresión	19
2.3 Teorías de la Depresión	22
2.3.1 Teoría biológica	22
2.3.2 Teorías conductuales de la depresión	23
2.3.3 Teorías cognoscitivas	26
2.4 Clasificación de la Depresión DSM-IV	26
2.4.1 Trastorno Depresivo Mayor	26
2.4.2 Trastorno Distímico	27
2.4.3 Trastorno Depresivo no Especificado	28
2.5 Depresión Infantil	29
2.5.1 Enfoque teórico	29
2.5.2 Conceptualización	32
2.5.3 Clasificación	32
2.5.4 Manifestaciones de la Depresión Infantil	35
2.5.4.1 Anaclítica	35
2.5.4.2 Depresión y Dolor	36
2.5.5 Epidemiología	36
<b>CAPITULO 3. HOSPITALIZACIÓN</b>	<b>38</b>
3.1 Definición de hospitalización	38
3.2 Tipos y Funciones de los Hospitales	39
3.3 Preparación psicológica a la hospitalización infantil	40
3.4 Psicoeducación	42
3.4.1 Psicoeducación como parte del tratamiento integral	43
<b>PROPUESTA DE INTERVENCIÓN</b>	<b>45</b>
<b>LIMITACIONES Y SUGERENCIAS</b>	<b>53</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>55</b>

## **RESUMEN**

En los últimos años las enfermedades crónicas degenerativas han provocado un grave impacto psicológico en niños, adolescentes y adultos que la padecen. En el caso de menores enfermos el impacto del diagnóstico repercute tanto en los padres como en el menor hospitalizado, por el tiempo indefinido en hospitalización; las intervenciones necesarias, el periodo del padecimiento así como la recuperación.

Por ello la presente investigación se enfoca a la mejor manera de proporcionar la información de la Leucemia Linfoblástica Aguda a escolares mediante un programa multimedia, que les permitirá despejar las dudas previas a su hospitalización así como los conocimientos relevantes de su enfermedad, el tratamiento y las secuelas del mismo, para así poder disminuir o evitar la presencia de síntomas depresivos y por ende una mejor adherencia al tratamiento.

Palabras clave: Leucemia Linfoblástica Aguda, Depresión, Hospitalización

## **ABSTRACT**

In recent years, chronic degenerative diseases have caused a serious psychological impact on children, adolescents and adults who have it. For patients under the impact of diagnosis affects both parents and in the smaller hospital, for time indefinite hospitalization necessary interventions, the period of illness and recovery.

Therefore this research focuses the best way to provide information to school acute lymphoblastic leukemia using a multimedia program, which will allow the doubts prior to his hospitalization and relevant knowledge of their illness, treatment and aftermath thereof. To himself to lessen or prevent depressive symptoms and therefore better adherence.

Keywords: Acute Lymphoblastic Leukemia, Depression, Hospitalization

## INTRODUCCION

La interacción pediátrica como la conocemos hoy, dista mucho de lo que fue en sus comienzos. "Las condiciones en que eran internados los niños han ido evolucionando con el correr del tiempo". (Ortigosa, J.; Méndez, F.; 2000)

En tiempos atrás los aspectos psicoafectivos no eran tomados en cuenta en pacientes infantiles hospitalizados ya que no contaban con conocimientos necesarios para tratarlos, solo se atendían entonces aspectos biológicos, que se encontraban en un desarrollo constante.

Ortigosa y Méndez (2000) mencionan que:

Gracias al avance de las ciencias sociales y el desarrollo de la psicología evolutiva se toman en cuenta y se logran avances sobre las necesidades psicoafectivas del niño hospitalizado, por tanto se empieza dar importancia a las repercusiones emocionales durante el proceso de enfermedad y la hospitalización. (párr. 3)

En nuestro país surgieron 4173 nuevos casos de leucemia en 1999, de estos 1707 casos fueron en niños de 5 a 14 años de edad. De esta cifra, fallecieron 412 pacientes, de los cuáles 97 fueron niños del mismo rango de edad. En el año 2000 fue la segunda causa de muerte de niños en edad escolar con un total de 642 defunciones de un total de 7118 reportadas en el año. En el 2001, fue la segunda causa de mortalidad más frecuente en niños de edad escolar, con un total de 588 defunciones, cifra que equivale al 8.3% de un total de 7088 defunciones del mismo año. (Secretaría de Salud, Principales causas de mortalidad en edad escolar. 1999-2001)

Dentro de un hospital de tercer nivel las áreas que más se atienden en pediatría son: Infectología, Oncología, y Cardiología. Cuando un niño ingresa a hospitalización genera repercusiones ya sea en el contexto personal, familiar, así como en el social que lo rodea en ese momento.

Algunos de los cambios conductuales o emocionales del niño durante su internación son observables, tanto por los padres, como por el propio personal de la institución: médico, de enfermería y psicología. Los menores se niegan a permanecer más tiempo en hospitalización, no apoyan al personal médico para diversos procedimientos, tienen la necesidad de saber por qué se encuentran en un hospital y no en casa, tienen roces con su núcleo familiar que los acompaña durante su internación y muchas de las veces comienzan a presentar características de un cuadro depresivo y ansioso que no solo repercute en su salud; sino también durante la estancia tanto de ellos como de los padres que los acompañan.

Por ello la presencia del personal de psicología apoya y colabora junto con el personal médico y de enfermería, para así lograr que el tiempo de permanencia en dicha institución sea lo menos complicada y dé como resultado una buena adherencia al tratamiento.

Dado que se generan cambios en el estado anímico del niño enfermo con frecuencia asociados a temores y fantasías que generan comportamientos de rechazo y actitudes de poca participación con el tratamiento de su malestar, la importancia de la presencia del psicólogo como parte del equipo interdisciplinario es vital, ya que colaborará en diversas actividades que van desde la psicoeducación, a la psicología de enlace y a la intervención tanto individual como grupal en casos necesarios favoreciendo el proceso que pasará el niño y su familia durante la estancia hospitalaria, pudiendo así prevenir trastornos emocionales, baja adherencia terapéutica, y deserciones del tratamiento lo que en términos de tiempo costo beneficio afectará no solo al paciente, sino a niveles institucionales y sociales.

El abordaje en cuanto a este tema no es limitado pero no existe la suficiente información para dar a conocer procedimientos más específicos sobre el manejo de pacientes infantiles hospitalizados. Por ello nos enfocamos en el presente estudio a una edad particular, por lo que se consideró la etapa escolar que va de los 6 a los 12 años de edad, según la teoría de Piaget el periodo comprendido

entre cinco y siete años marca una transición del pensamiento preoperacional a operaciones concretas: el pensamiento es menos intuitivo y egocéntrico, el pensamiento comienza a ser reversible, flexible y mucho más complejo, no se limita en el aquí y ahora, caracterizado por el uso de diferencias lógicas y se caracteriza por la búsqueda de relaciones causales y ya logra ser independiente; condiciones que hacen posible que el apoyo psicológico sea de gran beneficio durante la estancia hospitalaria.

Por tanto, los beneficios de esta investigación son la aportación de material multimedia elaborado exprofeso, sobre el manejo del paciente escolar hospitalizado.

En el capítulo 1 se habla sobre el concepto de salud y enfermedad, así como del cáncer y sus diferentes tipos; haciendo énfasis en la leucemia ya que es el diagnóstico en el que nos enfocaremos así como el impacto psicológico que alcanza.

En el capítulo 2 se retoma el tema de la depresión, la clasificación según el DSM-IV y sus teorías, se menciona la depresión infantil ya que es un factor muy importante y con el que se tendrá que trabajar durante todo el proceso hospitalario con el menor.

En el capítulo 3 se define a la hospitalización sus tipos y la función de cada uno de ellos, la preparación psicológica que se lleva a cabo durante la hospitalización y la psicoeducación.



## Capítulo 1 Salud- Enfermedad

### 1.1 Concepto de Salud

La salud entendida en sentido amplio como el bienestar físico, psicológico y social, va mucho más allá del esquema biomédico, abarcando la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. Para el individuo no es tanto la pérdida de la salud y las alteraciones que esto contrae en el transcurso del tiempo en que se pierde la salud, sino las repercusiones sobre los distintos grados de vitalidad y el funcionamiento adaptativo que requieren en el ámbito donde se desarrollan.

Las definiciones de salud pertenecen a dos categorías distintas. Las que consideran a la salud como un estado ideal y aquellas que hablan de la salud como un movimiento en dirección positiva. (Stone, 1987).

La primera definición implica que cualquier enfermedad o daño es una desviación de la buena salud y que el estado ideal puede restaurarse, eliminando la enfermedad. La segunda definición considera a la salud como una dirección hacia un continuo es decir; implica que el movimiento hacia un estado mayor de salud es mejor que el movimiento que se produce en dirección opuesta. Puesto que la salud es multidimensional, todos los aspectos de la vida biológicos, psicológicos y sociales, deben ser tomados en cuenta. (Stone 1987).

Según Brenner y Wrubel (1989):

El bienestar, mental y social no es un mero accidente en nuestra vida, ni un premio o castigo que nos cae del cielo, sino que se corresponde con situaciones ecológicas, económicas y sociales bien precisas, que nosotros mismos, a través de nuestra historia, hemos provocado. (San Martín 1992).

Dubos (1975) sostiene que la salud es “el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones de este medio”.

"Actualmente ya no se percibe a la salud como algo que debe estar conservándose sino a un desarrollo constante de ella para un mejor bienestar de la persona". (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

La OMS (1946) define salud como: "Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

Quiere decir que todo lo que se cree, las actitudes , los hábitos cotidianos como la alimentación, el estrés social o laboral, la falta ejercicio, las horas de sueño, los chequeos médicos , el ambiente contaminado en el que normalmente nos encontramos y diversos factores; contribuyen a un alteración en alguna parte de nuestro cuerpo.

"El paciente tiene que transformarse en “agente de salud” mediante la creación de conductas participativas en el cuidado de la salud; mantener una actitud de autovigilancia". (Gil Rodríguez, León Rubio y Jarana Expósito, 1995)

### **1.1.1 Concepto de Enfermedad**

Pless y Pinkertong (1975) en (Valencia, 2007) definen la enfermedad crónica como aquella en la que la condición permanece por más de tres meses durante un año o requiere de continua hospitalización por más de un mes. Una dimensión para categorizar y distinguir las enfermedades crónicas es la prevalencia. Entre más común es el problema de salud, más probabilidades de que el problema se maneje por los proveedores de atención primaria a la salud o al sistema escolar. Una segunda dimensión es la edad de inicio. La tercera dimensión es la movilidad-actividad. El curso de la enfermedad representa la cuarta dimensión. La quinta dimensión representa el impacto de la enfermedad en el funcionamiento cognitivo.

Por último la sexta dimensión en la enfermedad crónica se refiere a la visibilidad, afectando la imagen corporal.

Las enfermedades crónicas degenerativas destacan por su alta frecuencia y por los graves daños que producen a quienes lo padecen y los aspectos emocionales que surgen de ello; entre ellos se encuentran la obesidad, la enfermedad cardiovascular y cerebrovascular, hipertensión arterial y diabetes mellitus; cáncer.

Los factores que desencadenan un cáncer en los niños no coinciden con el de un adulto y solo en algunos casos los niños que padecen Síndrome de Down tienen un riesgo incrementado de desarrollar cáncer. Así como los niños que previamente ya han recibido quimioterapia o radioterapia incrementan el riesgo que se presente otro tipo de cáncer en un futuro. En su mayoría los cánceres infantiles son a raíz de mutaciones o cambios no heredados y no existe una forma para prevenirlos.

La finalidad de abordar estos conceptos es para definir un poco de lo que se hablara en este capítulo, ya que el tema que analizaremos será Hematología infantil (Cáncer en la sangre)

## **1.2 Cáncer**

El cáncer se considera en la categoría de enfermedades crónico-degenerativas, su aparición se asocia con características biológicas de la persona, sus estilos de vida y con otras condiciones propias del desarrollo. (Ehrenzweig, 2007).

El cáncer es un conjunto de enfermedades caracterizadas por la presencia de nuevas células (neoplásicas) que crecen y se extienden sin control. Estas células pueden ser benignas o malignas y ambas células neoplásicas pueden ser peligrosas. Las células malignas a veces efectúan metástasis y se extienden por la sangre o a través de la linfa (líquido corporal que recorre los vasos linfáticos) a

otros organismos del cuerpo; en otras palabras las enfermedades malignas atentan contra la vida (Brannon, 2000)

Durante el siglo XIX la teoría principal del cáncer afirmaba que un agente parásito o infeccioso causaba este trastorno, pero las investigaciones no podían determinar la naturaleza del agente. Por esta razón se formuló la teoría de la mutación, la cual establece que el cáncer se origina gracias a un cambio que opera en las células o, en otras palabras a una mutación. Las células continúan reproduciéndose en su forma mutada y el resto es un tumor.

Todos los cánceres son el resultado de una disfunción en el ADN, parte de la programación celular que controla el crecimiento y la reproducción de la célula.

Las investigaciones efectuadas durante finales del siglo XIX y los comienzos del siglo XX establecieron que una gran cantidad de agentes químicos, físicos y biológicos causaban distintas clases de cáncer (Braun, 1977) en (Brannon, 2000).

Las células neoplásicas pueden ser benignas o malignas, (Levy, 1985). La tendencia que se presentan los tumores benignos a limitarse a un área suele convertirse en elementos menos peligrosos que los malignos, pero no todos los tumores benignos son inofensivos. Los tumores malignos son mucho más peligrosos, ya que invaden y destruyen el tejido circundante y también pueden desplazarse o realizar una metástasis a través del torrente sanguíneo o linfático, extendiéndose a otras zonas del cuerpo, (Brannon, 2000).

Esta enfermedad puede no presentar una sintomatología uniforme, y dado que se han descubierto cientos, no hace diferencia en su sintomatología: una proliferación incontrolada de las células, cambios en el DNA, invasión de tejidos adyacentes, la producción de metástasis a distancia. (Snyder, 1989, Prokkof, Bradley, Burish, Anderson y Fox, 1991; Sheridan y Radmacher, 1992).

### 1.2.1 Tipos de cáncer

El término indica el grado en que copian a las células normas. Hay entonces, tumores bien diferenciados que son los que recuerdan a las células maduras normales del tejido que las origina, (Alarcón, 2010).

- A) Tumores o neoplasias benignas. El sufijo “oma” se aplica a todas las neoplasias benignas, como ejemplo de ello, están los lipomas, osteomas, angiomas y fibromas.
  
- B) Tumores o neoplasias malignas. Los canceres nacen de los tejidos o del sostén, y se les denomina sarcomas. Los canceres que nacen del tejido epitelial, se denomina carcinomas, a su vez se les separa según su patrón de crecimiento, si es glandular se le conoce como “adenocarcinoma” y si es escamoso del organismo “epidemoides” o “escamoso”.

Existen 5 grupos esenciales por los cuales se clasifica el cáncer, dentro de los cuales hay subgrupos: (Alarcón, 2010)

-Carcinoma: surge a partir de las células que cubren la superficie del cuerpo (piel), glándulas (senos, próstata) y órganos internos (pulmones, estomago e intestinos).

-Sarcoma: se presentan en tejidos conectivos, tales como los huesos, tendones, cartílagos grasa y músculos.

-Leucemia: comienza en las células de la médula ósea que produce la sangre.

-Linfoma: se presenta en las células del sistema inmunológico.

-Mieloma: se presenta en las células del plasma de la médula ósea.

Por tanto en la presente investigación solo se retomara sobre la leucemia linfoide aguda que es un cáncer más común que lo padece la población infantil.

### 1.2.2 Leucemia

Las leucemias son neoplasias de células hematopoyéticas que proliferan inicialmente en la médula ósea y posteriormente se diseminan a la sangre e incluso a otros tejidos. Esas células muestran defectos de maduración y su acumulación en la médula ósea determina un frenado de la hematopoyesis normal, a la que acaban substituyendo, llegando a ser inmaduros la mayor parte de los elementos linfoides o mieloides que pasan por la sangre.

Por tanto las leucemias se deben a la supresión de la hematopoyesis normal, infiltración de las células malignas en los tejidos y a los defectos metabólicos de la enfermedad maligna. A lo anterior la leucemia se clasifica en mielocítica o mieloblástica aguda, pero si sufre una modificación en sus formas primarias a las células linfoides, la leucemia se clasifica en Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) que es la más frecuente en niños. (Champlin, en Hocking, 1987)

El origen de la Leucemia Linfoblástica se relaciona con lo siguiente:

- Enfermedades hereditarias: Que se da con mayor frecuencia en afecciones congénitas ejemplo de ello; la anemia congénita de Faconi, el síndrome de Down entre otros.
- Alteraciones genéticas: Aun se discute si estas alteraciones son la causa o la consecuencia de la enfermedad, lo cierto es que se observan hipoploidias (Déficits de cromosomas), hiperploidias (exceso de cromosoma 8), translocaciones (denominada por el cromosoma Philadelphia).
- Sustancias químicas: Las personas que están acostumbradas a trabajar con un exceso de benzol o derivados, las personas que trabajan en el campo y acostumbran a trabajar con pesticidas o herbicidas.
- Radiaciones ionizantes: Las personas que han sido sometidas a altas dosis de radiaciones.

### **1.2.3 Fisiopatología**

La leucemia aguda se caracteriza por la proliferación de las células mieloides o blastos linfoides. Las células leucémicas surgen después de la transformación maligna de un progenitor hemopoyético linfoide único, seguida de la replicación y expansión de la clona transformada. Hay una aparente interrupción de la maduración de las células leucémicas en la etapa de mieloblasto en la LMA (Leucemia Mieloide Aguda) y en la etapa de linfoblasto LLA (Leucemia Linfoblástica aguda). Las células leucémicas se acumulan principalmente por un defecto en el proceso de la diferenciación a las células maduras normales. Las células leucémicas infiltran la médula ósea y causan supresión de la hemopoyesis normal produciendo pancitopenia. Las células leucémicas pueden entrar a la circulación periférica y pueden infiltrar otros tejidos como los ganglios linfáticos, bazo, piel, vísceras y sistema nervioso central. (Mckenzie S.B., 1991).

### **1.2.4 Cuadro clínico**

Los síntomas iniciales de la Leucemia Aguda suelen presentarse por menos de tres meses y son pacientes que se pueden quejar de: palidez, fatiga y disnea con ejercicio moderado y pueden estar presentes náuseas, vómito y pérdida de peso. La hemorragia es un problema importante en los pacientes con leucemia aguda y puede estar relacionada con trombocitopenia severa o anormalidades de la coagulación. Los megacariocitos pueden intervenir en el proceso leucémico, causando una producción y una función plaquetaria anormal. Comúnmente están presentes petequias y fragilidad capilar.

Entre las infecciones comunes en los pacientes con leucemia aguda se incluyen gingivitis, estomatitis, celulitis, absceso perirectal, neumonía,

infecciones del tracto urinario y septicemia. La *Candida albicans* es la agente patógena más frecuente.

Durante el proceso y progreso de la LLA se presenta una serie de enfermedades que afectaran al paciente desde problemas renales hasta recaídas en el SNC.

### **1.3 Diagnóstico**

El diagnóstico de la leucemia aguda requiere de la demostración de las células leucémicas en la médula ósea, sangre periférica o tejidos extramedulares. Es importante distinguir una LMA y LLA ya que están dos enfermedades difieren (Harrison, T.R. et al, Vol. 1; 1998)

Se requiere de un examen del frotis de sangre, efectuando una cuenta diferencial a 500 células, para así poder establecer el diagnóstico de leucemia aguda si cumple con las siguientes características:

- Presencia de blastos con una cifra >30% de total de las células nucleadas en la médula ósea.
- Si en la médula ósea existe un predominio de células nucleadas (>50%) que el 30 % de los blastos (incluyendo en la cuenta diferencial a las células eritroides).
- Células con características morfológicas de leucemia premyelocítica hipergranular.

Son características específicas que deben aparecer en algunas de las siguientes pruebas y procedimientos que se realizaran al paciente infantil:

- Examen físico y de antecedentes



- Recuento sanguíneo completo: cantidad de glóbulos rojos y plaquetas, cantidad y tipo de glóbulos blancos, cantidad de hemoglobina en los glóbulos rojos.
- Aspiración de la médula ósea y biopsia: Extracción de la médula o un trozo pequeño de hueso mediante la inserción de una aguja en el hueso de la cadera o el esternón.
- Análisis citogénico: se muestra bajo un microscopio células de la muestra de sangre o de médula para verificar ciertos cambios en los cromosomas de los linfocitos.
- Estudio químico de sangre.
- Radiografía del tórax

### **1.3.1 Pronóstico y Tratamiento**

El tratamiento de la leucemia se basa en las características cuantitativas de malignidad y en el principio de muerte celular. Y el tratamiento consta de cuatro fases: Inducción a la remisión, remisión, consolidación y mantenimiento.

EL pronóstico y las opciones de tratamiento pueden depender de varios aspectos:

- Edad en el momento del diagnóstico y la raza.
- El número de glóbulos blancos en los momentos del diagnóstico.
- Cuán rápido y cuánto disminuye la concentración de las células leucémicas después del tratamiento inicial.
- Si las células se originaron en linfocitos B o en T.
- Si se manifestaron ciertos cambios en los cromosomas de los linfocitos.
- Si la leucemia se ha diseminado hacia el cerebro y la médula espinal.

-Si el niño padece Síndrome de Down.

Regularmente el tratamiento que se les brinda a los pacientes infantiles son: radioterapias si esto no disminuye el exceso de glóbulos blancos, la quimioterapia que son una serie de dosis en las cuales el infante experimentara cambios físicos y psicológicos durante el proceso que duran alrededor de 5 a 8 años dependiendo del tipo de paciente, el trasplante de médula ósea y la donación de células.

Después del tratamiento inicial, el pronóstico y las opciones de tratamiento pueden depender de los siguientes aspectos:

-Tiempo transcurrido desde la finalización del tratamiento inicial y en el momento que la leucemia recidiva.

#### **1.4 Impacto Psicológico Del Dx. Tx Px**

Aun no se ha establecido un vínculo casual entre los factores psicológicos del riesgo y el desarrollo de la enfermedad, sin embargo, las investigaciones indican que ciertos factores psicológicos pueden estar asociados a la incidencia, así como a los fallecimientos por cáncer. Uno de los factores psicológicos más importantes es el modelo de inhibición de las emociones. Las personas que reprimen sus sentimientos, particularmente, la ira y la hostilidad, presentan un riesgo mayor de padecer cáncer. No obstante la evidencia es menor a la hora de establecer una relación consistente entre depresión y cáncer, (Brannon, 2000).

En la actualidad existe un programa de preparación psicológica para la hospitalización que consiste en un conjunto de elementos aplicados antes, durante y después de su estancia hospitalaria; con la finalidad de propiciar bienestar hospitalario y por consiguiente favorecer su adaptación a este contexto y disposición a los tratamientos. Los programas de preparación psicológica para la hospitalización tienen diferentes campos de aplicación (Peterson y Mori, 1998):

1.- Posibles hospitalizaciones futuras: estos programas van dirigidos a los niños que aún no han estado en un hospital, por lo que en caso de ser ingresados por una emergencia ya estarían preparados para afrontar la experiencia.

2.- Intervenciones no quirúrgicas: son dentro del hospital, como pueden ser intervenciones dolorosas (por ejemplo, curas, punciones lumbares, extracciones de sangre), tratamientos con efectos secundarios aversivos (por ejemplo, quimioterapia, radiaciones) y exploraciones invasivas (por ejemplo, cateterismo, o endoscopia).

3.- Intervenciones quirúrgicas: estos programas son realizados dentro del ambiente hospitalario para ayudar a enfrentar al niño la cirugía.

En general estos programas de preparación para la hospitalización infantil, tienen como objetivo informar, estimular la expresión emocional, establecer relaciones de confianza entre el niño y el personal, suministrar información a los padres, y proporcionar estrategias de afrontamiento a niños y padres.

Cohen y Lazarus (1980) establecen que, antes de proporcionar información es importante conocer las siguientes características:

1.- Naturaleza de la enfermedad o intervención.

2.- Procedimiento médico que se va a aplicar.

3.- Sensaciones producidas por la intervención.

4.- Efectos colaterales.

5.- Estrategias de afrontamiento del sujeto.

En la tabla 1 se da una breve explicación durante la información proporcionada en la preparación psicológica previa a la hospitalización infantil.

INFORMACION	CONTENIDO
Sobre el proceso	Intervención médica: cómo, cuándo, dónde y quiénes le van a intervenir. Fases y etapas por las que pasará durante la hospitalización, cuánto tiempo durará, quien estará con él, cuánto tardará en recuperarse.
Sobre las sensaciones	Percepción de las sensaciones asociadas al tipo de intervención: dolor, tristeza, somnolencia, cansancio, náuseas, picor, opresión, sonidos, olores, etc.
Sobre la enfermedad	Datos de la enfermedad: causas, epidemiología, mortalidad, pronóstico, tratamiento y cambios de vida asociados a dicha enfermedad.
Sobre el aparataje e instrumental	La explicación sobre el funcionamiento de los aparatos.
Sobre la conducta del sujeto	Comportamientos para favorecer el bienestar y recuperación del paciente.

Ortigosa, J.; Méndez, F. “Hospitalización infantil. Repercusiones psicológicas”, Biblioteca Nueva. Madrid, 2000

Aunque existen ya muchos adelantos sobre la oncología el recibir un diagnóstico de cáncer provoca un impacto emocional muy importante. Provoca tristeza, miedo, preocupación, rabia, la dependencia que genera el estar hospitalizado, el cambio de la vida escolar, laboral, familiar y social.

Todos los pacientes diagnosticados con cáncer reaccionan y afrontan la situación de lo que sucede de manera diferente. Algunas pueden mostrar un estado de ánimo depresivo, llanto frecuente, desesperanza marcada e impotencia, nerviosismo, inquietud importante.

Cuando se presenta una depresión severa existe una serie de síntomas que presentará el paciente como: tristeza, abatimiento, irritabilidad, nerviosismo, apatía, indiferencia, lentitud (en el habla y en los movimientos), insomnio, cansancio, pérdida del apetito, falta de atención, pérdida de memoria, dificultad para concentrarse, sentimientos de autoculpabilidad, desprecio, molestias físicas como: náuseas y vómito, estreñimiento, y dolores diversos.

Por ello es importante resaltar que la información que se le brinde al menor como a los padres despeje sus dudas en cuanto al procedimiento que se requiera y el tiempo de duración en el hospital; así como las consecuencias de los diferentes procedimientos que se realizarán.

Es muy frecuente que en los pacientes se encuentre sentimientos negativos, pero a medida que aumenta su confianza en el equipo de salud tratante, los pacientes se sienten un poco más seguros y dispuestos a tratarse. Todo ello es parte de un proceso, hasta llegar al momento de la aceptación de la enfermedad, lo cual permitirá enfrentarla, (Ascencio, 2010; Picazo, 2001)

## Capítulo 2 Depresión

En este capítulo se retomará un poco sobre la historia del término de “depresión”, así como de las diferentes teorías y su clasificación.

### 2.1 Concepto de Depresión

Jesús Alberdi *et al.* (2006) entiende por depresión:

La agrupación de síntomas, susceptibles de la valoración y ordenamiento en unos criterios diagnósticos racionales y operativos. Por definición, el concepto de depresión recoge la tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque, en menor o mayor grado, siempre están también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático.

Se podría hablar de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

Si bien muchos síndromes de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, no raras veces resulta difícil establecer su autonomía diagnóstica respecto a otras entidades psicopatológicas. Jesús Alberdi *et al.* (2006) menciona que, la comorbilidad entre trastorno depresivo y trastorno por ansiedad es alta y con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones. También es frecuente que concurra con el abuso del alcohol o tóxicos, y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas.

Es importante plantearse la posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo a partir de datos observacionales poco específicos: deterioro en la apariencia y aspecto personal, lentitud en los movimientos, marcha cansada, tono de voz bajo,

facies triste o poco expresiva, llanto fácil o espontáneo en la consulta, escasa concentración durante la entrevista, verbalización de ideación pesimista, quejas hipocondríacas, alteraciones en el ritmo del sueño, quejas somáticas difusas y difíciles de encuadrar.

En lugar de tristeza o bajo estado de ánimo, la queja principal puede consistir en la pérdida de interés y disfrute en la vida, una vivencia del tiempo enlentecida y desagradable, o la falta de energía vital para las tareas más sencillas de la vida cotidiana. Además es necesario tomar en consideración los datos sobre la historia personal del paciente, los antecedentes afectivos familiares, su situación social y económica.

## **2.2 Etiología de la depresión**

Considerando al ser humano como una unidad biopsicosocial, en la etiología de la depresión también debemos tomar en cuenta una serie de factores asociados, en la presente investigación se retomarán las causas fisiológicas y psicológicas de la depresión.

De acuerdo con Calderón (1990), "La etiología de la depresión es multifactorial con predominio de algunos agentes predisponentes y determinantes sobre otros". Divide las causas de la depresión en:

### **1.- Causas Genéticas**

Son de mayor importancia en la psicosis, en especial en la psicosis maniaco-depresiva y aunque no se pueden descartar en la depresión neurótica y en la simple, es preciso considerar que los miembros de una familia están sujetos a los mismos factores ambientales que pueden determinar la depresión y que la convivencia con una persona deprimida puede originar el mismo cuadro de alguno de los allegados.

## 2.- Causas Psicológicas

Calderón (1990) menciona, que las causas psicológicas pueden intervenir en la génesis de cualquier tipo de depresión pero son especialmente importantes en la depresión neurótica. Estos rasgos no son heredados sino que se aprenden a través de la estrecha relación y la dependencia respecto a los miembros de la familia.

### -Causas determinantes

Noyes *et al.* (1961), plantean la creencia de que casi todos los patrones neuróticos se derivan de conflictos y actitudes afectivas que aparecen desde la niñez, y que para entender la neurosis de un paciente, se deben relacionar los síntomas del enfermo con alguna situación problemática que no fue resuelta durante la infancia.

Durante la infancia se presentan algunos trastornos, como sonambulismo, terrores nocturnos, enuresis, berrinches temperamentales, fobias, timidez y onicofagia.

Probablemente estas manifestaciones deben considerarse como signos de conflictos específicos y de factores situacionales que han producido angustia y que han determinado la aparición de síntomas neuróticos.

Se debe distinguir si estas circunstancias son factores etiológicos determinantes, o si son elementos desencadenantes que ponen de manifiesto la incapacidad de enfrentamiento de una personalidad deficiente estructurada.

### -Causas desencadenantes

Entre las causas inmediatas de la neurosis, con frecuencia se encuentran la necesidad de reprimir, distorsionar o desplazar sentimientos de hostilidad, y los impulsos coercitivos de sexualidad y dependencia.

Las neurosis son más frecuentes en la mujer que en el hombre, en parte porque en ella la represión de las necesidades y de los instintos biológicos básicos es más rígida, sin embargo, la vida psicosexual con sus tabúes y restricciones



sociales, no constituye el único factor ya que cualquier necesidad o deseo apremiante y fundamental contra cuya expresión tiene que construirse una barrera defensiva puede originar síntomas neuróticos.

-Pérdida del objeto

Solomon *et al.* (1976) mencionan, que en la depresión neurótica el elemento “pérdida” es de importancia capital, la pérdida puede ser reciente y real, haberse presentado en el pasado, ser de algo intangible, como el efecto en la autoestima, o ser inminente o amenazadora, por lo que importa no son los hechos sino la actitud del enfermo respecto a ellos.

En el caso de los niños, Solomon *et al.* (1976) mencionan que es aún importante, si este no tiene una relación satisfactoria con su madre". La ausencia de la madre por hospitalización del niño origina el problema de “hospitalismo”, nombre que se da a los síndromes producidos por la permanencia prolongada en un hospital, asilo, orfanato o en cualquier institución que rompa con los lazos familiares y sociales.

En 1919, y casi en forma simultánea, Pfaundler en Europa, y Chapin en Estados Unidos, denominaron hospitalismo al síndrome de deterioro progresivo cuyo índice de mortalidad alcanzaba el 70%, que parece en los niños hospitalizados desde sus primeros días de vida que pueden atribuirse a infecciones ni a deficiencias higiénicas sino al trato impersonal y a la falta de estímulos afectivos que normalmente provienen de la madre o de su adecuado sustituto

### 3.- Causas Ecológicas

En la medida que el hombre deteriora el medio ambiente, disminuye la calidad de vida. Es válido suponer que los aspectos psicológicos del hombre no permanecen al margen de este torbellino, y que, por tanto, su salud mental también es afectada por el medio ambiente nocivo en que se desenvuelve.

La contaminación atmosférica proviene de productos de la combustión de vehículos, industrias, talleres, quema de desechos y polvo; que provocan mala calidad del aire inhalado. Los problemas de tránsito son el exceso de vehículos y la falta de estacionamientos y, esto provoca mayor número de accidentes, pérdida económica y la disminución de las horas de descanso. Los ruidos excesivos que provienen de los autotransportes, aviones de reacción, fábricas metalúrgicas y equipos de sonido tienen como consecuencia, insomnio, fatiga física e intelectual, irritabilidad, aumento de la frecuencia cardíaca y la tensión arterial y sordera.

Todos estos elementos juntos o dependiendo del rubro que se considere, son causas ecológicas de la depresión.

#### 4.- Causas Sociales

Los estados afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y desarrollo de nuestra especie. Por ello otras de las causas que influyen en la depresión son la desintegración familiar, la disminución del apoyo moral, la falta de vínculos vecinales y las migraciones que muchas de las veces surgen de la necesidad de buscar algo mejor.

### **2.3 Teorías de la Depresión**

Existe una diversidad de teorías que intentan explicar y comprender la depresión:

#### 2.3.1 Teoría Biológica

La primera de las teorías a nivel biológico sobre la depresión postulaba que esta se producía por una deficiencia de neurotransmisores (NT) monoaminérgicos en el espacio sináptico, principalmente de la norepinefrina (NE) y de serotonina (5HT). Esta teoría se conoce como hipótesis monoaminérgica. La hipótesis de los receptores de neurotransmisores va un paso más allá, proponiendo que es el mal

funcionamiento de los receptores de los principales NT monoaminérgicos los que originarían de la depresión. Tal anomalía en los receptores podría estar generada por el agotamiento de los NT monoaminérgicos en el espacio sináptico que daría lugar a una regulación compensatoria al alza de los receptores postsinápticos. Las neuronas noradrenérgicas utilizan como NT la norepinefrina. La síntesis de la NE comienza con el transporte del precursor tiroxina mediante la acción de una bomba de transporte activo. Una vez dentro de la neurona, sobre la tiroxina intervienen tres enzimas que se encargaran de transformarla en NE. La primera de estas enzimas es la tiroxinhidroxilasa (TOH), que convierte al precursor en DOPA. La segunda enzima, la DOPA-descarboxilasa (DDC), convierte la DOPA en dopamina (DA). La tercera, la dopamina-beta-hidroxilasa, se encarga de transformar la DA en NE, que será almacenada en las vesículas sinápticas, lista para ser depositada en el espacio sináptico donde tendrá lugar la neurotransmisión.

### 2.3.2 Teorías Conductuales de la Depresión

Skinner (1953) postuló que:

La depresión era el resultado de un debilitamiento de la conducta debido a la interrupción de secuencias de la misma que habían sido reforzadas positivamente por el ambiente social. Esta conceptualización de la depresión como un fenómeno de extinción y como una reducción de la frecuencia de emisión de la conducta ha sido básica para todas las posiciones conductuales.

Ferster (1966) sugirió factores tales como:

Cambios ambientales repentinos, el castigo y el control aversivo, y cambios en las contingencias de reforzamiento puedan dar lugar a la depresión, es decir, a una tasa reducida de conducta. Señaló que el fracaso depresivo para producir conductas adaptativas puede deberse a una serie de factores, incluyendo: a) cambios ambientales repentinos que requieren que se

establezcan nuevas fuentes de reforzamiento; b) la implicación en conductas aversivas o punitivas que evita la oportunidad del refuerzo positivo, y c) la observación errónea del ambiente, que produce una conducta socialmente inapropiada y una baja frecuencia de refuerzo positivo. Ferster planteó que la pérdida de una fuente central de refuerzos conduciría a una disminución de todas las conductas que están “encadenadas” a ella u organizadas alrededor del refuerzo perdido (p. ej., un individuo que se ha jubilado podría tener problemas para levantarse por la mañana, arreglarse y ver a los amigos o compañeros, en el caso de que todas las conductas estuvieran organizadas alrededor del trabajo, que a su vez era fuente central de refuerzos).

Costello (1972) propuso que:

La depresión se debía a la ruptura de una cadena de conductas causada probablemente por la pérdida de uno de los reforzadores de la cadena. Este autor planteó que la eficacia del refuerzo para todos los componentes de la cadena de conductas es contingente con la terminación de la cadena. Así, cuando se rompe una cadena de conductas, hay una pérdida de la eficacia del refuerzo asociada a todos los componentes de la cadena. Costello afirma que la pérdida de interés general en el ambiente por parte del sujeto deprimido constituye una manifestación de esta disminución de la eficacia del reforzador.

Rehm (1977) propuso "un modelo de autocontrol para la depresión donde intento integrar los aspectos cognitivos y conductuales del trastorno". Rehm sugirió que el modelo de Kanfer (1977) sobre la autorregulación podría servir como un modelo heurístico para el estudio de la etiología, sintomatología y tratamiento de la depresión. De modo concreto, Rehm postuló que las conductas de las personas deprimidas podrían caracterizarse por una o más déficit en la conducta de autocontrol.

En primer lugar, con respecto a la autoobservación, los individuos deprimidos atienden de forma selectiva a los acontecimientos negativos que siguen a su conducta, con la exclusión relativa de los sucesos positivos, un estilo cognitivo que podría explicar el pesimismo y el punto de vista desesperanzado de los individuos deprimidos. En segundo lugar, las personas deprimidas atienden de forma selectiva a las consecuencias inmediatas de su conducta, con la exclusión relativa de los resultados a más largo plazo y, por consiguiente, no pueden ver más allá de las demandas actuales cuando realizan elecciones conductuales. El tercer déficit en la conducta de autocontrol de las personas deprimidas implica a la autoevaluación, que consiste básicamente en una comparación entre una estimación de la actuación (que proviene de la autoobservación) y un criterio o patrón interno. Rehm señaló que los individuos deprimidos se plantean patrones poco realistas, perfeccionistas y globales, haciendo que sea muy poco probable en satisfacerlos. Finalmente, Rehm postuló que las personas deprimidas no son capaces de proporcionarse suficientes recompensas contingentes a sí mismas para mantener sus conductas adaptativas.

Lewinsohn *et al.* (1985) plantearon que las teorías conductuales y cognitivas de la depresión habían sido demasiado limitadas y simples. Propusieron un modelo integrado, multifactorial, de la etiología y mantenimiento de la depresión que intenta reflejar la complejidad de este trastorno. En este modelo se presenta la ocurrencia de la depresión que se considera como un producto de factores tanto ambientales como disposicionales. Y se plantea que la cadena de acontecimientos que conduce a la aparición de la depresión empieza con los factores antecedentes de riesgo, que inician el proceso depresogénico trastornando importantes patrones de conducta adaptativa.

### 2.3.3 Teorías cognoscitivas

Seligman (1974) postuló que "la depresión proviene de la desesperanza aprendida: conducta pasiva de "renuncia" producida por la exposición a estímulos aversivos ineludibles (por ejemplo, una descarga eléctrica incontrolable que se aplica en un laboratorio)". En un principio pensaba que era el resultado del condicionamiento pero más tarde revisó su teoría dándole un toque cognoscitivo. La nueva versión establece que las raíces de la depresión se encuentran en la manera de explicar los fracasos y otros hechos negativos de la vida (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978). La teoría de la indefensión aprovecha postular una sensación de desvalidez como la "ruta final" que lleva a la depresión y a incorporar otros factores a un estilo explicativo que favorece semejante actitud (Abramson, Alloy y Metalsky, 1995). Susan Nolen-Hoeksema (1991,2000) comprobó lo siguiente: los deprimidos que rumian su estado siguen siéndolo más tiempo que los que tratan de distraerse. Los primeros se concentran una y otra vez en sus sentimientos depresivos, pensando constantemente en lo triste, apáticos y desmotivados que se hallan. Para Nolen-Hoeksema (1995) tal estado tiende a extenderse y a aumentar los episodios de depresión.

## 2.4 Clasificación de la Depresión

La clasificación de la que nos apoyamos para dicha investigación es la descrita por el DSM-IV; esta clasificación reconoce tres: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado.

### 2.4.1 Trastorno Depresivo Mayor

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas en las que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe de

experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambio de apetito, de sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas.

Normalmente, el apetito disminuye, aunque especialmente en la consulta ambulatoria, pueden tener más apetito. En cuanto al sueño existe una alteración asociada con un episodio depresivo mayor es el insomnio, aunque se caracteriza a menudo el insomnio medio (despertarse en la noche y tener problemas para volver a dormirse); pero puede presentarse también un insomnio inicial (problemas para conciliar el sueño), y con menos frecuencia algunos pacientes manifiestan exceso de sueño (hipersomnía).

Los cambios psicomotores también suelen presentarse estos incluyen una agitación por parte del paciente y un enlentecimiento, solo que deben ser bastante graves para ser observables y no presentar únicamente una sensación subjetiva.

Por definición, un episodio depresivo mayor no es debido a los efectos fisiológicos directos de las drogas, a los efectos secundarios de las drogas o a la exposición de tóxicos. Asimismo, el episodio no es debido a los efectos fisiológicos directos de ninguna enfermedad médica.

#### 2.4.2 Trastorno Distímico

La característica esencial del trastorno distímico es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años. Los sujetos con trastorno distímico describen su estado de ánimo como triste o “desanimado”. Durante los periodos de estado de ánimo depresivo hay al menos otros dos síntomas de entre los siguientes: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnía, falta de energía o fatiga, baja autoestima dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos

de desesperanza. Los sujetos pueden señalar pérdida de interés y autocrítica, viéndose a sí mismos como poco interesantes o inútiles. Solo puede realizarse el diagnóstico de trastorno distímico si no ha habido episodios depresivos mayores antes de aparecer los síntomas distímicos. Después de los 2 primeros años del trastorno distímico, puede sobre añadirse al trastorno distímico episodios depresivos mayores. En estos casos “depresión doble” se diagnostica tanto como el trastorno depresivo mayor como el trastorno distímico. Una vez que la persona vuelve a la línea de base distímica (p.ej., dejan de cumplirse los criterios para el episodio depresivo mayor, pero persisten los síntomas distímicos), solo se diagnostica el trastorno distímico.

La edad de inicio y el patrón característico de los síntomas en el trastorno distímico pueden indicarse utilizando las especificaciones siguientes:

Inicio temprano: Se debe usar esta especificación si el inicio de los síntomas distímicos se produce antes de los 21 años. Estos sujetos tienen más probabilidad de desarrollar episodios depresivos mayores

Inicio tardío: Se debe usar esta especificación si el inicio de los síntomas distímicos se produce a los 21 años o con posterioridad.

Con síntomas atípicos: Se debe usar esta especificación si el patrón de los síntomas durante los últimos 2 años del trastorno cumple los criterios de síntomas atípicos.

#### 2.4.3 Trastorno Depresivo no Especificado

La categoría del trastorno depresivo no especificado incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para el trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, algunas veces los síntomas depresivos se presentan como parte de un trastorno de ansiedad no especificado. Los ejemplos del trastorno depresivo no especificado incluyen:



Trastorno disfórico premenstrual: los síntomas (p.ej., estado de ánimo acusadamente deprimido, ansiedad importante, marcada labilidad afectiva, pérdida de interés en las actividades), se presentaron con regularidad la última semana luteínica (y remitieron a pocos días de la menstruación). Estos síntomas tienen que ser de la suficiente gravedad como para interferir notablemente en el trabajo, los estudios o las actividades habituales y estar completamente ausentes por lo menos 1 semana después de la menstruación.

Trastorno depresivo menor: episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems exigidos para el trastorno depresivo mayor.

Trastorno depresivo breve recidivante: episodios depresivos con una duración de 2 días a 2 semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses (no asociados con los ciclos menstruales).

Trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia: un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual en la esquizofrenia.

Un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia.

Casos en los que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducida por sustancia.

## **2.5 Depresión Infantil**

Al evocar la depresión en el niño, se observa el contraste entre la extrema frecuencia de su referencia teórica y la rara aparición en la clínica.

### **2.5.1 Enfoque teórico**

En 1934 M. Klein sitúa que la posición depresiva se presenta en el segundo

semestre y segundo año de vida del niño, ya que corresponde al estadio de percepción del objeto total. Es aquí donde el niño se encuentra fuera del sufrimiento depresivo por sus mecanismos de escisión, proyección e introyección.

Klein señala que los objetos malos se separan de los objetos buenos y son proyectados sobre el espacio circundante, mientras que los objetos buenos se incorporan a la persona del bebe. Las tendencias agresivas hacia la madre, provocan sufrimiento, inquietud y finalmente la “depresión en el niño” pero es causa de los “objetos buenos” del miedo continuamente a perderlos.

Para hacer frente a su sufrimiento el niño intenta mediante sus mecanismos de defensa (desplazamiento y sublimación) restaurar y perseverar su objeto bueno sus ataques sádicos.

Por otra parte Winnicott (1954) prefiere utilizar los términos inquietud o compasión para definir el momento en que el niño se da cuenta del carácter despiadado de su conducta frente a su madre.

M. Malher (1966) refiere a la posición depresiva más allá del segundo semestre de vida, entre el decimosexto y el vigesimocuarto mes, en donde el niño es consciente de su separación, de su individuación y de su omnipotencia. Y es donde la madre deja de ser todopoderosa ante los ojos del niño y pierde su capacidad de protección y omnipotencia. El momento depresivo corresponde a este doble movimiento de decepción relativa respecto del objeto materno y de una mejor percepción de su individualidad y a la vez de su debilidad.

Spitz relata el comportamiento de los bebés de entre 6 y 18 meses, en un medio desfavorable, aunado a una separación maternal brutal: primero se observa un periodo de lloriqueo, más tarde un estado de retraimiento e indiferencia; paralelamente, aparecen la regresión del desarrollo y numerosos síntomas somáticos. Todo ello conduce a un estado de miseria próximo al marasmo. Spitz llama a esta reacción “depresión anaclítica” puesto que el niño se apoya en la

madre para desarrollarse, apoyo en el que de repente carece de la depresión anaclítica. Posteriormente lo nombrará hospitalismo intrafamiliar,

Bowlby (1980) cree que la edad oscila entre los 5 meses y los 3 años y observa la siguiente secuencia:

1. Fase de protesta: en el momento de la separación. El niño llora, se agita e intenta seguir a sus padres.
2. Fase de desespero: El niño rehúsa a comer, no se deja vestir, callado, inactivo, sin solicitar nada de su entorno.
3. Fase de desvinculación: dejar de rehusar la presencia de las enfermeras, acepta los cuidados, la comida y los juguetes.

Lo esencial es que en la segunda fase, la de desespero es la más parecida en las manifestaciones depresivas del adulto.

Para Sandler y Joffe (1965) la respuesta depresiva es una reacción afectiva de base: es una de las respuestas posibles ante el sufrimiento. La reacción depresiva según los autores “la última reacción a fin de evitar la impotencia ante el sufrimiento físico y psicológico”. La pérdida del objeto provoca una pérdida concomitante del estado de bienestar y secundariamente un estado de sufrimiento. La reacción depresiva, está íntimamente unida al desarrollo de la agresividad no descargada.

Esta revisión teórica subraya dos puntos fundamentales:

1. La importancia de las pulsiones agresivas, con la posibilidad de su elaboración o expresión por parte del sujeto.
2. Importancia de la pérdida o de la separación en el pasado del niño depresivo.

### 2.5.2. Conceptualización

Los niños y adolescentes más que un estado anímico triste o desanimado, puede presentar un estado de ánimo irritable o inestable. Esta forma de presentación debe diferenciarse del patrón de “niño mimado” con irritabilidad ante las frustraciones, los sujetos pueden referir el sentimiento de estar menos interesados en sus aficiones, de que han perdido el interés o de haber dejado de disfrutar con actividades que antes consideraban placenteras. En los niños, el estado de ánimo puede ser irritable más que depresivo y la duración exigida es de 1 año.

El diagnóstico del síndrome depresivo es mucho más difícil en la infancia que en la edad adulta, ello se debe, en parte, a que el niño tiene mayor dificultad para describir su sintomatología.

Entre los síntomas que se han considerado como integrantes del cuadro depresivo en niños, pueden señalarse: fatiga, frecuentes actos de rebeldía, llanto, somnolencia, lentitud en el pensar y actuar, pérdida de memoria, rendimiento escolar deficiente, pasividad y resistencia pasiva contra el estudio, distracciones, actitudes taciturnas, quejas hipocondriacas. La pérdida de contacto con otros niños de su misma edad debería ser considerada como otra manifestación indudable de depresión.

### 2.5.3 Clasificación

En la década de los 60 había absoluta indiferencia respecto a la depresión infantil, al iniciarse el interés por el problema, hubo controversia respecto al criterio de la clasificación que debería adoptarse, con tres orientaciones diferentes:

La depresión en niños debería ser considerada como una entidad clínica independiente que requiera criterios diagnósticos diferentes de los utilizados en adultos, con la única diferencia de que era necesario establecer niveles de desarrollo.

Cytryn y Mc Knew (1972) clasifica la depresión infantil en tres categorías: aguda, crónica y enmascarada.

Los dos primeros cuadros presentan síntomas semejantes: mal rendimiento y adaptación a la escuela, alteraciones de los patrones del sueño y de la alimentación, sentimientos de miedo y de desesperación, retardo psicomotor y, en ocasiones, ideas o intentos suicidas. Para diferenciar el cuadro agudo del crónico, además del criterio de duración, proponen se tome en cuenta en los cuadros agudos se puede tener un trauma severo y reciente, relacionado a menudo de una pérdida de objeto, la ausencia importante de familiares cercanos.

El cuadro de depresión enmascarada se presenta en forma claramente reconocible, más bien aparece una gran variedad de alteraciones emocionales, como hiperactividad, conducta agresiva, trastornos psicósomáticos, hipocondría y tendencia a la delincuencia.

Debido a la extrema variabilidad de la semiología depresiva, se realiza una en función de la edad según los estadios madurativos:

-Depresión del bebé y del niño pequeño (hasta 24-30 meses): la sintomatología más evidente ha sido descrita por Spitz, quien observó un periodo de lloriqueo, seguido por un estado de retraimiento y de indiferencia hasta llegar a la “depresión anaclítica” en caso de carencia afectiva grave. Bowlby, a su vez, ha estudiado las consecuencias de la separación: cuando dicha separación ocurre entre 5-6 meses y 2 años y medio-3 años; la fase de desespero sucede a la fase de protesta.

No hay parloteo o gorjeo, ni juego con las manos o con los sonajeros, tampoco curiosidad exploratoria. Las estimulaciones son frecuentes: balanceos en posición genopectoral, ritmias solitarias nocturnas o adormecerse, pero sobre todo diurnas, gimoteos. Las estimulaciones pueden llegar a ser conductas autoagresivas. Las adquisiciones psicomotoras se retrasan: retraso en el sentarse, en el andar y en el control de esfínteres, estos niños inician el andar hacia los 20 meses. La expresión fonemática y el hablar se hallan siempre retrasadas y profundamente perturbadas.

Son más frecuentes las reacciones depresivas correspondientes tanto a carencias afectivas parciales (ausencias breves pero repetidas, imágenes maternas múltiples, madre también depresiva) como a inadecuación en la interacción madre-hijo. Cuanto más pequeño es el niño, más se inscribe la sintomatología en el ámbito de las conductas psicósomáticas. La anorexia y los trastornos del sueño son las más frecuentes; así como los episodios diarreicos, las afecciones dermatológicas (eccemas, alopecia) y las afecciones respiratorias (asma).

-Depresión del niño pequeño (3 años a 5-6 años): Son especialmente variables las manifestaciones sintomáticas. Si bien pueden ser vinculadas directamente en el transcurso de una separación o de una pérdida brusca. Las perturbaciones conductuales son: aislamiento y retraimiento, agitación, inestabilidad, las conductas agresivas auto y sobre todo heteroagresivas y autoestimulación prolongada, especialmente comportamientos masturbatorios crónicos y compulsivos, también a menudo un aspecto caótico. En el estado afectivo: alterna con actitudes de arrogancia, negativas al relacionarse, cólera y violencia al menor rechazo. A veces se dan oscilaciones del humor, con alternancia de agitación eufórica y luego de llanto silencioso. En las adquisiciones sociales: no hay juego con otros niños ni autonomía en los hábitos de la vida cotidiana. Los trastornos somáticos son habituales: trastornos del sueño, con frecuencia despertares nocturnos, pesadillas, somnolencia diurna, trastornos del apetito con oscilaciones entre el rechazo del alimento y la fase bulímica, enuresis y en ocasiones también ecopresis intermitente.

-Depresión del niño mayor (5-6 años a 12-13 años): A esta edad la sintomatología parece reagruparse en dos ejes:

1. Manifestaciones vinculadas directamente al sufrimiento depresivo, a veces con conducta de autodepreciación, autodesvalorización y sufrimiento moral expresado directamente.
2. Frecuente emisión de comportamientos vinculados a la protesta y lucha contra los sentimientos depresivos.

Los trastornos del comportamiento son habituales: cólera, impulsividad y agresividad, hurtos repetidos, mentira y comportamientos mitómanos y fugas.

El fracaso escolar es casi constante, acentúa la desadaptación del niño en su entorno y confirma su incapacidad e incompetencia, lo que reafirma su sentimiento de culpa.

-Depresión del adolescente: muy frecuentemente y estrechamente vinculada a las modificaciones psicoafectivas propias de su edad.

#### 2.5.4 Manifestaciones de la depresión infantil

La presente investigación retomará 2 tipos de manifestaciones; anaclítica, relación con el dolor

##### 2.5.4.1 Anaclítica

La expresión “anacítica” del griego ana: cambio o transposición, y de clisis: apoyarse- es un término psicoanalítico que indica la dependencia del niño respecto de la madre para poder sentir bienestar. La depresión anaclítica es un síndrome que se presenta en los niños durante el primer año de vida si se les priva de atenciones maternas adecuadas.

Al separarse de la madre el niño sufre cambios característicos; primero se presenta una fase de protesta caracterizada por llanto y agitación. Como segunda fase, si el estado de privación continúa, el infante cae en un estado de tristeza y desesperanza; la lucha disminuye, su llanto se hace monótono y menos intenso. En hospitales infantiles es frecuente que este estado de menor inquietud sea considerado de forma errónea debido a una disminución de la pena. En realidad es un estado de duelo en que el niño declina, deja de comer, se consume y cae en un estado llamado marasmo. Como fase final, el niño entra un estado de aislamiento, desligándose de toda relación humana e interesándose en objetos inanimados o en partes de su cuerpo, con frecuencia se masturba, se embarra con

sus propias materias fecales, se golpea la cabeza y se mece en su cuna.

#### 2.5.4.2 Depresión y Dolor

La evolución de las ideas sobre el dolor y la depresión ha sido analizada recientemente en la Clinical Updates de la IASP. Esta actualización recoge que, en la segunda mitad del siglo XVII (1861), Gresenger observó la depresión como un espectro de diferentes trastornos, tanto mentales como somáticos, cuyas proporciones relativas se reflejaban conforme a diferentes parámetros, por ejemplo predisposiciones individuales especiales o presencia de enfermedad somática asociada, o también influencias psicosociales de índole diverso.

En 1928, Pletnew (en Wörz 2003) señaló que las quejas o síntomas somáticos eran parte integral del síndrome depresivo, y este fundamento ha venido manteniéndose durante largo tiempo y hasta el día de hoy.

#### 2.5.5 Epidemiología

Se ha realizado varias revisiones, algunas de ellas muy recientes, sobre la determinación de la relación de la depresión y dolor en relación con cuadros dolorosos o procesos específicos, entre los que destacan dolor oncológico, dolor neuropático, migrañas, dolor articular o fibromialgia.

Se observó que la asociación entre depresión y dolor y, más específicamente, el aumento en el riesgo de depresión se producía en función de determinados aspectos del dolor, como por ejemplo la gravedad, la frecuencia, la duración y el número de síntomas. Así, la probabilidad de que pacientes con múltiples síntomas dolorosos, por ejemplo pacientes con dolor de espalda, dolor torácico, dolor facial, de cabeza, etc.; sufrieran depresión era entre tres y cinco veces superior a la de los pacientes sin dolor.



Katon (1984) trata asimismo de establecer la naturaleza recíproca de la relación depresión-dolor. Parece que la depresión complica el tratamiento de los pacientes con dolor y se asocia a peores resultados terapéuticos y a un peor pronóstico. En efecto, en pacientes con dolor la depresión se asocia a la aparición de síntomas dolorosos, mayor intensidad de dolor, mayor duración y a una recuperación improbable. La función social, el trabajo y la actividad funcional se deterioran aún más cuando dolor y depresión coexisten. Asimismo, la simultaneidad de estos dos cuadros condiciona un aumento en la utilización de los servicios sanitarios, una adhesión menor al tratamiento, insatisfacción del paciente y aparición de futuros episodios de dolor.

### **3. Hospitalización Infantil**

#### **3.1 Definición de hospitalización**

La enfermedad es acompañada de cambios físicos y psíquicos que alteran la existencia del individuo y su ambiente inmediato a corto, mediano o largo plazo. El ingreso hospitalario consecuencia de la ruptura del bienestar físico, también repercute sobre el estado psíquico.

En la infancia, la hospitalización puede tener repercusiones negativas por la capacidad de asimilación de las situaciones nuevas, la dependencia de terceros, la falta de referentes con lo que contrastar las nuevas experiencias incidiendo a una interpretación errónea de la situación. Desde hace un par de años se ha considerado que la hospitalización sea el último recurso para se emplee en un niño enfermo, ya que esto conlleva a la separación de su ambiente natural y exponerlo a lo desconocido.

Existen hechos históricos relacionados con la hospitalización infantil y el cuidado psicológico al niño hospitalizado, a continuación en la siguiente tabla 2 se muestra cronológicamente.

ÉPOCA HISTÓRICA	HECHOS RESEÑABLES
ANTIGUAS CIVILIZACIONES	*Antecedentes de hospitales en la antigüedad en Grecia, Egipto, Ceilán y China. *Primera definición de enfermera infantil. Primera persona que escucha a los niños y atempera sus manifestaciones y necesidades.
EDAD MEDIA/ RENACIMIENTO	*Hospitales dependientes de órdenes monásticas.
SIGLO XVII	*A comienzos del siglo se abren hospitales privados para el cuidado del enfermo.
SIGLO XIX	*A la mitad del siglo, primeras salas infantiles en los hospitales: se les permitía a los padres el mayor tiempo posible. *A finales del siglo se produjo un cambio en las visitas de los padres.
SIGLO XX	*1938 En Gran Bretaña se ensaya la hospitalización con la madre. *1945 Informe sobre hospitalismo Spitz. *1952 Trabajos de Bowlby y Robertson sobre los efectos de la separación de la madre en la hospitalización. *1958 Robertson habla sobre efectos de la madre en la hospitalización.

Ortigosa, J.; Méndez, F. "Hospitalización infantil. Repercusiones psicológicas", Biblioteca Nueva. Madrid, 2000

### 3.2 TIPOS Y FUNCIONES DE LOS HOSPITALES

La hospitalización se define como el periodo de tiempo que una persona permanece internada en un hospital para la ejecución de cualquier acción médica referida a la enfermedad. La palabra hospital se deriva del latín hospitium, es decir lugar en el que se tiene a las personas hospedadas (Zurriaga, 1991); es un

establecimiento institución destinado al diagnóstico y tratamiento de enfermos, donde se practican también la investigación y la enseñanza (Dorland, 1993).

En la actualidad un hospital moderno se constituye por cinco sistemas de acción que se desglosan con la enfermedad (Ortiz y Abad, 1990): diagnóstico, aislamiento, asistencia (cuidado), tratamiento, rehabilitación y enseñanza e investigación.

Coe (1973) define tres tipos de hospitales según su finalidad: el primero corresponde a los centros psiquiátricos y geriátricos, el segundo a los hospitales generales, y el tercero a los traumatológicos.

### **3.3 PREPARACION PSICOLÓGICA A LA HOSPITALIZACION INFANTIL**

La preparación se debe considerar especialmente cuando las estancias hospitalarias son con frecuencia o largas, intervenciones de riesgo o muy invasivas, cuando se altera alguna parte del cuerpo, cuando las experiencias médicas anteriores fueron negativas, si el niño presenta fobia médica, ansiedad excesiva de separación.

Aquí se hace referencia a todo tipo de actuación que tiene como objetivo aliviar el estado emocional del niño y los padres como consecuencia del ingreso al hospital. La hospitalización resulta un acontecimiento estresor que se encuentra en el individuo antes, durante y después de la estancia hospitalaria.

#### **a) AMBIENTE INUSUAL**

Lutzker y Lamazor (1985) advierten que los estímulos de las salas donde se efectúan las consultas pediátricas son atemorizantes (olor, instrumentos, etc.). La arquitectura, el mobiliario y la decoración de muchos hospitales no están diseñados especialmente para los niños, que se enfrentan a una situación desconocida.

#### b) INTERRUPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

La hospitalización altera el estilo de vida no solo de los niños hospitalizados sino y también de los padres como la: interrupción a su escolaridad, de su tiempo libre, el aislamiento etc.

#### c) PERDIDA DE AUTONOMIA E INTIMIDAD

La organización hospitalaria promueve la despersonalización del paciente y la dependencia del personal sanitario. La hospitalización supone la aceptación de normas (horarios de visita, presencia de acompañantes, etc.) y la adaptación a los nuevos hábitos (alimentos, sueño, etc.). La autonomía y la intimidad del paciente, que debe de estar en permanente a disposición de los profesionales de salud, se restringen a disposición de cualquier identificador social del individuo. (Rodríguez, López y Pastor, 1989).

#### d) INCERTIDUMBRE SOBRE LA CONDUCTA APROPIADA

El niño desconoce cuál es comportamiento adecuado durante la estancia hospitalaria. La mayoría de los pacientes intenta complacer a los adultos, ajustando su conducta a las expectativas de los padres y el personal sanitario.

#### e) RELACIONES PERSONALES

Los estudios de Bowlby y Robertson en la década de los 50 que la ausencia de los padres durante la hospitalización de los niños, produce alteraciones emocionales y conductuales en los menores de 5 años (Mendoza y Cobo, 1986). Sus efectos negativos en los más pequeños persisten dos o tres años. (Vernon, Shulman y Foley, 1966).

El comportamiento de los padres influye notablemente en las relaciones infantiles. Si se muestran serenos contribuye a tranquilizar a los niños, pero se manifiestan

ansiedad, sobre todo en momentos críticos como la aplicación de un procedimiento invasivo, es preferible que no se hallen presentes para que el niño no se altere dificultando el trabajo de los profesionales (Aguilar y Ruiz, 1994).

#### f) CONTACTO CON DESCONOCIDOS

La hospitalización implica relacionarse con personas que no se conocen: personal sanitario, el contacto con otros pacientes, etc. Polaino-Lorente y del Pozo (1992) consideran que el cáncer infantil conlleva riesgo de aislamiento, por sobreprotección paterna y temor a que alguien proporcione indebidamente información al niño, por ejemplo que se le comunique el diagnóstico o el pronóstico de su enfermedad.

### **3.4 PSICOEDUCACIÓN**

Es un proceso que permite, a los profesionales de los diferentes ámbitos de la salud, brindar al paciente la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo.

Fortalecer dichas capacidades indirectamente como el incremento en las características de autonomía y responsabilidad por el autocuidado elevando así la autoestima y su propia valoración.

El profesional (en cualquier ámbito de la salud) que imparte psicoeducación tiene por objeto orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema, sus causas, sintomatología primaria y secundaria, curso, desarrollo, pronóstico y tratamiento eficaces que pueden intervenir en el proceso de curación y por ende en una mejora de calidad de vida.

El hecho de manejar información adecuada específica tiene un efecto inmediato en la disminución de la incertidumbre por parte del paciente, posibilitando mayor flexibilidad y realismo en el modo de abordar la problemática y su contexto.

El estar informados acerca de lo que pasa favorece a los pacientes a tener una actitud menos alerta o defensiva. Al ser capaces de aceptar su problemas, comienzan a considerarse iguales a los demás, valoran sus fortalezas y debilidades de forma más realista que la utilizada hasta el momento.

La psicoeducación por tanto es un proceso amplio que puede orientarse a la psicopatología o a las personas en general tengan o no una afección clínica.

### **3.4.1 PSICOEDUCACIÓN COMO PARTE DEL TRATAMIENTO INTEGRAL**

El Dr. Bulacio, Juan Manuel menciona que la psicoeducación comienza desde la primera entrevista y probablemente por un largo periodo de tiempo, ya que deberá ser dosificada según los tiempos disponibles, las etapas del tratamiento y el interés específico del paciente.

Los contenidos de la psicoeducación deben centrarse en:

- El diagnóstico y sus implicaciones
- El fenómeno del estrés y la ansiedad así como su relación
- La necesidad de realizar un tratamiento integral
- El fundamento del tratamiento psicofarmacológico
- Que es lo que puede esperarse de un medicamento en relación a sus beneficios y a sus posibilidades efectos adversos.
- La importancia del cumplimiento adecuado en dosis y su forma de administración.
- El tiempo que tardara el efecto buscado y como continuar el tratamiento a lo largo del tiempo
- El fundamento de la psicoterapia recomendada (individual, familiar o grupal)
- La importancia “per se” de la psicoeducación

-La importancia de la creatividad en su propia vida y en tratamiento mismo

-Definir el objetivo final como una mejoría en la calidad de vida

La psicoeducación no solo dar información sino que es tener en cuenta la manera de brindarla. No es una terapia en si misma sino parte de un tratamiento integral.

El fin de la psicoeducación es lograr el aprendizaje por parte del paciente tanto a nivel teórico como práctico, esto implica transmitir no solo contenidos “psicológicos” sino el procedimiento de cómo aplicar dichos contenidos.

Entonces la psicoeducación abarca:

-Contenidos “psicológicos” a transmitir: esto implica un conocimiento teórico general para el autoconocimiento tanto racional como emocional y conductual.

-Procedimientos: herramientas aplicables.

-Destinatarios: el psicoeducando que aprende a través de la observación (teórica) y a través de la ejecución de lo aprendido.

La intencionalidad de la psicoeducación es mejorar la calidad de vida del paciente individual acorde a lo común.



**PROPUESTA DE INTERVENCION MULTIMEDIA  
ORIENTADO A LA DISMINUCIÓN DE SÍNTOMAS  
DEPRESIVOS E INCREMENTO DE ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO MÉDICO EN PACIENTES  
ONCOPEDIÁTRICOS**

**Características Generales: Disminuir los síntomas depresivos e incrementar la adherencia al tratamiento con diagnóstico de (LLA) en niños escolares.**

En los principales aportes epistemológicos de las teorías depresivas en la infancia, autores como Spitz, M. Klein, Bowlby, Malher , teóricos de las relaciones objetales que privilegian la importancia de los vínculos tempranos, refieren que los infantes presentan síntomas depresivos durante la niñez, desde su nacimiento hasta los 3 años de edad; por ello durante la hospitalización la presencia de la madre es un factor importante y más cuando el infante es diagnosticado con Leucemia Linfoblástica Aguda, factor desencadenante de estados depresivos y ansiosos en los pacientes pediátricos.

Por esta razón es necesario facilitar al paciente y a la familia la intervención psicológica dirigida a niños escolares con un diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda asociada con síntomas depresivos durante su hospitalización; con el propósito de favorecer la adherencia al tratamiento como resultado de la disminución de los síntomas depresivos.

Se elaboró una propuesta psicoeducativa diseñada y organizada en un material didáctico interactivo de modalidad virtual, que tiene la finalidad de informar y evitar confusiones asociadas a su padecimiento a los niños que ingresan a hospitalización por primera vez o subsecuentes, de los procedimientos de los tratamientos que le serán administrados, los beneficios de esto y las posibles reacciones en su cuerpo, el personal encargado, mobiliario y espacio geográfico asignado para dichos procedimientos, así como la ubicación de sí mismo dentro de las áreas hospitalarias. Información que desvanece dudas, fantasías y temores que nutren los estados ansiosos y depresivos de los niños.

Objetivo General: Aplicar un programa multimedia para el apoyo del paciente, la familia y el personal de salud; para favorecer la adherencia al tratamiento y la

disminución de síntomas depresivos y con ello lograr mantener un mejor estado de salud de los escolares tanto dentro como fuera de la hospitalización.

Objetivo Específico: Atender las necesidades de información sobre padecimientos y contexto hospitalario de pacientes oncopediatricos hospitalizados, a través de un producto innovador acorde a las exigencias actuales en respuesta a las demandas sanitarias y que resulte atractivo y pertinente a las características de la población dirigida, dada la modalidad interactiva del mismo.

<b>CARACTERISTICAS</b>	
EDAD	6-12 años.
SEXO	Indistinto.
GRADO ESCOLAR	Cursando la primaria.
LOCALIZACION	Hospital en el área de pediatría oncopediatrica.
CONDICION PERSONAL CARACTERISTICA	Diagnosticado con Leucemia Linfoblástica Aguda.

## MATERIALES

<b>MATERIALES</b>	
<b>NOMBRE</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
Programa Multimedia	Información que ayuda al menor a una adherencia al tratamiento y una disminución en los síntomas depresivos.
Cartas Descriptivas	Descripción a detalle sobre la información proporcionada al paciente.
Computadora/Tabla	

Hojas	Para anotaciones extras de los pacientes (dudas)
Lápices/Plumas	Para anotaciones extras de los pacientes (dudas).

## ESCENARIO

INSTITUCIÓN	
Descripción:	El objetivo es que el programa multimedia se reproduzca en Instituciones que atiendan a menores con un padecimiento de LLA
HABITACION DEL HOSPITAL	
Iluminación	Si
Ventilación	Si

## DURACIÓN

Sesiones	Se llevara acabó en cuatro sesiones en las que se le presentaran en orden y detalle al escolar la información acerca de su padecimiento.
Tiempo	El tiempo que se requerirá para cada una de la sesiones varía ya que ninguna consta de la misma información. La primera sesión durará 10 min., la segunda 20 min., la tercera y la cuarta 10 min. Cada una de ellas.

## CARTAS DESCRIPTIVAS

Objetivo Específico: Presentación del programa multimedia al paciente así que pretende en el contacto inicial familiarizar niño en el contexto hospitalario que lo acompañara dentro de su hospitalización.

<b>Sesión</b> <b>1</b>	<b>Actividad</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Forma de evaluación</b>	<b>Instructor</b>
Al inicio de su hospitalización	Se le hará la presentación del disco.	Se le presentará el programa multimedia al menor en una computadora portátil o tabla. Mediante el programa interactivo el podrá saber en esta primera sesión el mobiliario que se encuentra en su habitación así como el funcionamiento de los aparatos que se emplearán durante el tratamiento que se encuentran dentro de ella.	Computadora/ Tabla	10 min.		

Objetivo Específico: Ofrecer de forma interactiva información acerca del padecimiento que tiene.

<b>Sesión</b> <b>2</b>	<b>Actividad</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Forma de evaluación</b>	<b>Instructor</b>
Durante hospitalización	Se le hará la presentación de la segunda parte del disco al menor.	Se le presentará el programa multimedia al menor en una computadora portátil o tabla. En esta segunda sesión el menor podrá obtener información acerca de su enfermedad y como que es se desarrolla en cuerpo; así como los posibles tratamientos. El programa está diseñado con la finalidad de que el menor, al ser un programa interactivo tenga la curiosidad de poder darle clic a cada dibujo proporcionado y así de esa manera proporcionarles la información requerida sobre su padecimiento intentando que no sea de impacto agresivo hacia el menor.	Computadora / Tabla	20 min.		

Objetivo Específico: Dar información acerca de las secuelas del tratamiento que se les será administrado durante su hospitalización.

<b>Sesión 3</b>	<b>Actividad</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Forma de evaluación</b>	<b>Instructor</b>
Durante hospitalización	Se le hará la presentación del disco.	Se le presentará el programa multimedia al menor en una computadora portátil o tabla. Se les proporcionara información acerca de las secuelas que contraerán con el tratamiento durante su hospitalización y se les explicara que solo será una sintomatología que se presentara durante la administración del tratamiento.	Computadora / Tabla	10 min.		

Objetivo Específico: Despejar dudas acerca de la información proporcionada ya sea sobre el padecimiento que se tiene, el tipo de tratamiento sé que se le administrara o las secuelas del tratamiento.

<b>Sesión</b> <b>4</b>	<b>Actividad</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Forma de evaluación</b>	<b>Instructor</b>
Durante hospitalización	Aclaración de dudas en cuanto a la información.	Se le proporcionará al menor hojas y papel para que él pueda exponer sus dudas respecto a la información que le dio en el programa interactivo; esta puede ser con respecto a la enfermedad, el tratamiento que posiblemente se le será administrara o de las secuelas que deja el tratamiento. Esto tiene la finalidad de que el menor pueda despejar dudas que surjan durante la presentación del programa multimedia y que así para sus posibles hospitalizaciones él tenga la información que desea y sea de mayor facilidad su adherencia al tratamiento y que sus síntomas depresivos sean menores que al inicio de su primera hospitalización.	Lápiz y Papel	10 min.		



## **LIMITACIONES Y SUGERENCIAS**

El alcance que pretende el programa multimedia diseñado expresamente para minimizar el estado depresivo del paciente oncopediátrico y propiciar su adherencia al tratamiento ya que resulta una herramienta adecuada que goza de buena aceptación tanto por parte de los pacientes como de sus familiares, logran mantener la atención e interés en sus contenidos y resolver dudas y fantasías acerca de su condición de salud actual y del contexto hospitalario; no obstante, las limitaciones en cuanto al equipo de cómputo tanto dentro de la institución como en los hogares puede obstaculizar el acceso oportuno a la información que dicho programa multimedia ofrece.

Considero que en cuanto se ponga en marcha esta intervención se decidan tomar en cuenta también las exigencias particulares de cada menor en cuanto a todo el proceso que requiere ya que con la opinión de niños familiares se podrán realizar revisiones periódicas con el fin de adecuar el contenido del mismo.

## **ALCANCES**

En la actualidad en el sistema hospitalario la toma de decisión para dar el diagnóstico de una enfermedad terminal es de carácter difícil ya si esto es aunado a que el paciente es un menor de edad ya que no logra comprender cuál será el procedimiento que esto conllevará durante un periodo de tiempo indefinido así como lo que esto tendrá como consecuencia.

Por ello el apoyo del psicólogo tiene un papel muy importante ya que no solo apoya al paciente durante su estancia hospitalaria, sino a los padres de familia y al personal médico por lo que pudiera suscitar durante el proceso.

Para ello con la propuesta de intervención de un programa multimedia se logra tener un mayor alcance en los paciente oncopediatricos y así puedan adherirse a

su tratamiento y su sintomatología depresiva sea menor que a su llegada al hospital.

¿Por qué un programa multimedia y no otro tipo de material para poder explicar al paciente su diagnóstico y todo el proceso que llevará durante un tiempo indefinido? Porque para poder captar la atención del pequeño y este se sienta familiarizado con lo que respecta a su entorno y logre comprender por lo que pasara y que si al ver todo el proceso tenga dudas ya sean más claras de cómo eran al principio y así con la ayuda del personal médico y psicológico el paciente quede más tranquilo con su diagnóstico.

Actualmente existen libros en los que se muestra un caso y se explica brevemente los procesos del padecimiento, pero en ocasiones no es suficiente; por ello integrar este programa multimedia para mayor eficiencia y sea una herramienta de trabajo más para los profesionales de la psicología.

El impacto de contenido del programa multimedia tiene un cuidado para que al momento de que sea visto por el paciente sea entendible.

## REFERENCIAS

- Abramson, L.Y., Alloy, L.B., Metalky, G.I., Joiner, T.E. y Sandin, B. (1997). Teoría de la depresión por desesperanza: aportaciones recientes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2/3, 211-222. Citado en Wayne Weiten. *Psicología. Temas y variaciones*. México: CENGAGE Learning, 2006.
- Bayes, R (1985). *Psicología Oncológica*. España: Martínez Roca.
- Bulacio, J.M. (2004). *Ansiedad, Estrés y Práctica Clínica*. Buenos Aires, Argentina: Akadia.
- Brannon, L. Feist J. (2000). *Psicología de la salud*. España: Pearson Pretice Hall.
- Caballo, V. (2002). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. España: Siglo XXI España Editores.
- Calderón, G. (1990). *Depresión: Causas, Manifestaciones y Tratamiento* México: Trillas.
- Carr, J. H. (2010). *Atlas de Hematología Clínica*. Buenos Aires, Argentina: Medica Panamericana.
- Chinchilla Moreno, A. (2008). *La depresión y sus máscaras: aspectos terapéuticos*. Buenos Aires: Madrid, Médica Panamericana.
- De la Gándora, J, et al. (2004). *Depresión en pacientes de Riesgo*. Madrid: Ars Medica.
- Ehrenzweig, S, Y. Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. *Revista avances en psicología latinoamericana* vol.25 (1) 2007 pp 7-21.
- López-Ibor, J. y Valdés, M. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Noyes, A.P y Kolb, L. C. *Psiquiatría Clínica moderna*, México, La prensa Médica Mexica, 1970. Citado en Guillermo Calderón. *Depresión: Causas, manifestaciones y tratamiento*. México, Trillas, 1990 p. 41.
- Retamal, C. P. (1999). *Depresión*. Santiago de Chile: Universitaria.
- Ortigosa, J.; Méndez, F. (2000). *Hospitalización infantil. Repercusiones psicológicas*". Madrid: Biblioteca Nueva
- Solomon, P, y Patch, V. D., *Manual de psiquiatría, El manual moderno*, México, 1976. Citado en Guillermo Calderón. *Depresión: Causas, manifestaciones y tratamiento*. México, Trillas, 1990 p. 41.

Taylor, S.E (2007). Psicología de la salud. 6° Ed. México. ED. McGrawHill.

Valencia, A. (2007). Programa de Apoyo Psicosocial para niños con cáncer y sus familiares. Tesis de Doctorado Inédita. Universidad Nacional Autónoma de México.

Weiten, W. (2006). Psicología. Temas y Variaciones. México: CENGAGE Learning.

#### REFERENCIAS DE INTERNET

<http://www.psycooncologia.org>

[http://www.fundacioniccap.org.ar/downloads/investigaciones/Poster\\_4\\_Uso\\_de\\_la\\_psicoeducacion\\_como\\_estrategia\\_terapeutica.pdf](http://www.fundacioniccap.org.ar/downloads/investigaciones/Poster_4_Uso_de_la_psicoeducacion_como_estrategia_terapeutica.pdf)

<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/leucemia.pdf>

<http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/LLAinfantil/Patient/page1>